

Arrêt

n° 251 119 du 17 mars 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître S. DELHEZ
Avenue de Fidevoye 9
5530 YVOIR

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
et de l'Asile et la Migration 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 29 juin 2020, par X, qui se déclare de nationalité géorgienne, tendant à la suspension et l'annulation « de la décision de Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration du 28 mai 2020 décision déclarant sa demande d'autorisation de séjour sur le pied de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 recevable, mais non fondée ainsi que l'avis du médecin conseil de l'Office des Etrangers (...) ».

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 12 février 2021.

Entendu, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me ZOUITENE *loco* Me S. DELHEZ, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 21 décembre 2009. Le 23 décembre 2009, il a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges, qui a donné lieu à une décision de refus du statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire prise par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides le 18 novembre 2011.

1.2. Par un courrier du 21 mai 2010, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi. Le 20 mars 2012, la partie défenderesse a déclaré la

demande d'autorisation de séjour fondée et un certificat d'inscription au registre des étrangers d'une validité d'un an portant la mention « séjour temporaire » lui a été délivré.

1.3. Le 16 mai 2013, le requérant a sollicité la prorogation de son titre de séjour, laquelle demande a donné lieu à une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour prise le 14 août 2013 par la partie défenderesse et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Un recours a été introduit contre ces décisions auprès du Conseil de céans, lequel l'a rejeté par un arrêt n° 146 356 du 26 mai 2015.

1.4. En date du 11 mai 2015, il 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, laquelle a été déclarée non fondée le 14 août 2015. Un recours a été introduit auprès du Conseil de céans, lequel l'a rejeté par un arrêt n° 199 785 du 15 février 2018.

1.5. Le 28 décembre 2015, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi, laquelle demande a donné lieu à une décision déclarant la demande non fondée prise le 2 mars 2017 par la partie défenderesse et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Il a introduit un recours, selon la procédure de l'extrême urgence, contre ces actes devant le Conseil de céans qui l'a rejeté au terme d'un arrêt n° 187 159 du 19 mai 2017.

Le requérant a également introduit un recours, selon la procédure ordinaire, contre lesdites décisions, lesquelles ont été annulées au terme de l'arrêt n° 218 231 du 14 mars 2019. Le recours en cassation introduit auprès du Conseil d'Etat a été déclaré admissible mais fut néanmoins rejeté par un arrêt n°247.248 prononcé par la Haute juridiction administrative le 6 mars 2020.

1.6. Entre-temps, soit le 16 mai 2017, il a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement et une décision d'interdiction d'entrée pendant trois ans. Le requérant a introduit un recours, selon la procédure de l'extrême urgence, contre ces actes devant le Conseil de céans qui l'a rejeté au terme d'un arrêt n° 187 160 du 19 mai 2017.

Il a également introduit deux recours, selon la procédure ordinaire, à l'encontre, d'une part, de la mesure d'éloignement avec maintien et, d'autre part, de l'interdiction d'entrée, lesquels ont été rejetés respectivement par les arrêts n° 192 529 du 26 septembre 2017 et n° 222 728 du 17 juin 2019.

1.7. Le 30 avril 2018, le requérant a introduit une seconde demande de protection internationale qui a fait l'objet d'une « décision irrecevable (demande ultérieure) », prise par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides le 15 juin 2018. Un recours contre cette décision a été introduit auprès du Conseil de céans, lequel l'a rejeté par un arrêt n° 209 134 du 10 septembre 2018.

1.8. En date du 8 octobre 2018, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision, assortie d'un ordre de quitter le territoire, déclarant la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.5. non fondée. Un recours a été introduit contre cette décision auprès du Conseil de céans, lequel l'a rejeté par un arrêt n°216 122 du 31 janvier 2019, la décision ayant été par ailleurs retirée.

1.9. Le 9 octobre 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinq}) à l'encontre du requérant. Un recours a été introduit contre cette décision auprès du Conseil de céans, lequel l'a rejeté par un arrêt n° 215 727 du 25 janvier 2019.

1.10. En date du 28 mai 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi, introduite le 28 décembre 2015.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, 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 la Géorgie, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 25.05.2020, 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'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne (sic) 2004/83/CE, ni de (sic) l'article 3 CEDH.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif du requérant ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. Le requérant prend un premier, en réalité, un unique moyen « de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ainsi que des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, ainsi que le principe général de droit AUDI ALTERAM PARTEM et le droit à être entendu et le devoir de minutie ».

2.1.1. Dans une *première branche*, consacrée à « La gravité de la maladie », le requérant expose ce qui suit : « Attendu que le médecin conseil de la partie adverse ne remet pas en cause la gravité de [sa] maladie.

Que tout au plus se contente-t-il d'indiquer que [s'il] présente des idéations suicidaires, aucune tentative de suicide n'est documentée et les idéations suicidaires sont inhérentes à toute dépression sans qu'elles ne soient reliées à [sa] situation spécifique.

Que pourtant, le Dr [D.] a rédigé plusieurs certificats médicaux extrêmement complets dans lesquels il détaille ce risque de suicide, augmenté par le suicide d'un proche [...].

Que si les certificats médicaux ne mettent pas en évidence de période grave ou aigue, c'est uniquement parce [qu'il] se trouve dans un milieu de vie sécurisant où il peut bénéficier du suivi du Dr [D.] avec une régularité parfaite et une fréquence extrêmement importante.

Que si le Dr [D.], psychiatre, comme le souligne le médecin conseil de la partie adverse, qui [le] suit depuis de nombreuses années précise qu'il présente des idéations suicidaires, il est manifeste que ces idéations présentent un caractère suffisamment important.

Que le médecin conseil de la partie adverse ne peut, de la sorte, écarter les conclusions d'un spécialiste qui [le] suit depuis de très nombreuses années, sans même [l'] avoir reçu.

Qu'en tout état de cause, il est manifeste que les pathologies dont [il] souffre sont extrêmement graves ».

2.1.2. Dans une *deuxième branche*, consacrée au « [...] lien de causalité entre [son] état de santé et les événements vécus dans le pays d'origine », le requérant fait valoir ce qui suit : « Attendu que la pathologie dont [il] souffre à savoir, notamment, un état dépressif post-traumatique sévère est intimement liée aux événements auxquels il a eu à faire face dans son pays d'origine.

Que ce lien de causalité a été mis en évidence dans la demande d'autorisation de séjour, qui mentionnait expressément que la pathologie dont [il] souffre est consécutive à un traumatisme grave vécu dans le pays d'origine.

Que le Dr [D.], psychiatre, qui [le] suit a également mis en évidence ce lien de causalité dans chacun de ses certificats médicaux.

[Qu'il] n'a eu de cesse de compléter sa demande en envoyant à la partie adverse des certificats médicaux actualisés qui, tous, mentionnaient ce lien de causalité. Que la partie adverse ne pouvait dès lors raisonnablement ignorer (sic) ce lien de causalité.

Que pourtant, le médecin conseil de la partie adverse ne fait nulle part mention de ce lien de causalité et ne se prononce, par conséquent, nullement quant à ce.

Que le diagnostic du PTSD ainsi que l'origine de ce trauma ont été identifiés par le Dr [D.] dans le cadre du suivi et du traitement mis en place avec [lui].

Qu'il est d'ailleurs a souligné (sic) [qu'il] est suivi par le Dr [D.] depuis de nombreuses années.

Que le Dr [D.] souligne également qu'à défaut de soin dans le pays d'origine, le PTSD y a chronicisé.

Que par ailleurs, la relation thérapeutique est indispensable.

Qu'en ne tenant pas compte du lien de causalité entre [sa] pathologie et son pays d'origine, le médecin conseil de la partie adverse néglige un élément prépondérant dans [sa] demande d'autorisation de séjour et qui rend inintelligible la décision de la partie adverse se fondant sur son rapport.

Que dans un arrêt du 25 novembre 2010, le Conseil du Contentieux des Etrangers a rappelé 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 se fonde celle-ci sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ses 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 »* (arrêt n° 51 577).

Que cette négligence a également été sanctionnée par la Juridiction de Céans dans un arrêt plus récent, à savoir un arrêt du 27 janvier 2012 (n° 74.021).

Qu'il est manifeste que le médecin conseil de la partie adverse n'a pas tenu compte de l'ensemble des éléments présents dans [son] dossier médical et objectivant le lien entre le pays d'origine et le traumatisme subi.

Que le lien de causalité entre la pathologie dont [il] souffre et les événements traumatiques vécus dans le pays d'origine est manifestement établi.

Que la décision litigieuse apparaît dès lors manifestement mal motivée.

Que le moyen est sérieux ».

2.1.3. Dans une « quatrième », en réalité, *troisième branche*, titrée « L'accessibilité et la disponibilité des soins », le requérant soutient ce qui suit : « Attendu que le médecin conseil de la partie adverse mentionne, en termes de décision litigieuse que la pathologie dont [il] souffre ne constitue pas une maladie entraînant un risque réel pour sa vie ou pour son intégrité physique ou un risque de traitement inhumain et dégradant quand il n'y a pas de traitements dans le pays d'origine les soins requis étant disponibles et accessibles dans son pays d'origine.

Que le médecin conseil de la partie adverse mentionne que les soins requis sont disponibles et accessibles dans [son] pays d'origine.

Que pourtant, il ressort de l'analyse réalisée en termes de requêtes (*sic*) que ces soins ne sont pas accessibles ni mêmes (*sic*) disponibles dans le pays d'origine.

Que par ailleurs, la relation thérapeutique est indispensable.

Que cette relation serait rompue [s'il] était renvoyé dans son pays d'origine et elle (*sic*) verrait son état de santé s'aggraver.

Que le médecin conseil de la partie adverse déclare qu'il n'y aura pas d'interruption de soin en cas de retour dans le pays d'origine, ni même de traitement médicamenteux.

Que dans la suite de ce recours, [il] démontre l'absence de soins de santé en GEORGIE.

Qu'il va de soi que le risque de subir un mauvais traitement doit s'apprécier par rapport à [sa] situation dans l'hypothèse où il retournerait dans son pays d'origine ou de séjour.

Que la Cour Constitutionnelle a rappelé, dans un arrêt du 13 juin 1997, que « Pour qu'un traitement soit inhumain ou dégradant : il n'est pas nécessaire qu'il mette en péril la vie même de celui auquel il est infligé; qu'il suffit pour qu'il soit qualifié tel qu'il mette gravement en question les droits fondamentaux des personnes auxquelles il est infligé ; que parmi ces droits fondamentaux figure le droit à l'intégrité physique et en conséquence le droit de recevoir des soins appropriés dans des conditions décentes » (CA, 13 juin 1997, RG 1997/K.R/63).

Que la partie adverse ou son médecin conseil ne peut, dès lors, pas se contenter d'examiner l'état médical en Belgique mais doit également s'assurer que celui-ci pourra être soigné correctement en GEORGIE et dans la négative, en tirer les conclusions nécessaires au vu de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Que la Juridiction de Céans, saisi (*sic*) d'une requête en suspension d'extrême urgence, a sanctionné cette prise de position légère de la partie adverse, dans un arrêt récent du 31 juillet 2012 : « force est de constater que l'affirmation qu'il doit en être déduit, en conséquence, qu'il ne souffre nullement d'une maladie qui entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou le pays où il séjourne constitue une pétition de principe, qui n'est nullement étayée... Il en résulte que la teneur du rapport précité ne permet pas de vérifier si le médecin conseil a examiné si la dépression sévère invoquée n'est pas de nature à entraîner un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le chef du requérant en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine » (CCE, arrêt n° 85 445).

Qu'est également indispensable, outre les médicaments [lui] prescrit le suivi mis en place auprès de psychiatres ainsi que d'autres médecins non seulement généralistes, mais également de nombreux spécialistes puisse être poursuivi (*sic*).

I. La disponibilité des soins

Attendu que le médecin conseil de la partie adverse mentionne que les médecins spécialistes et les médicaments que requièrent [son] état de santé sont disponibles en GEORGIE.

Que cette décision du médecin conseil de la partie adverse fait expressément référence et cite même des informations issues de la banque de données MedCOI ».

Après avoir reproduit un extrait de l'arrêt n° 211 356 prononcé le 23 octobre 2018 par le Conseil de céans, le requérant poursuit comme suit : « Qu'ainsi, à la lecture de la Jurisprudence (*sic*) de la Juridiction (*sic*) de Céans (*sic*), la décision n'est manifestement pas adéquatement et suffisamment motivée.

Qu'en effet, le médecin conseil se contente de déclarer dans le cadre de son avis que les médicaments sont disponibles et le suivi également.

Qu'il reproduit ce qui semble être des captures d'écran.

Que la partie adverse se contente de reproduire ce qui semble être fruit (*sic*) de recherches antérieures (demandes formulées entre 2017 et 2020) pour les besoins procéduraux de manifestement d'autres dossiers.

Que [son] profil ne correspond à aucun des profils décrit (*sic*).

Que le tableau se contente d'indiquer que tous les médecins et médicaments recherchés sont disponibles.

Qu'à la lecture de ces pièces, on ignore cependant sur quelle base cette information est donnée.

Que l'on ignore s'il s'agit de sources officielles des autorités géorgiennes, lesquelles auront naturellement tendance à biaiser le système ou bien d'autres sources non officielles.

Qu'aucun élément ne permet de [le] renseigner quant à ce.

Qu'ici aussi, le médecin conseil n'étaye en rien sa réponse.

Qu'il y a donc lieu constater (*sic*), sans avoir égard à l'autre condition, que l'acte administratif litigieux n'est pas motivé au sens des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 ni au sens de la jurisprudence du Conseil d'Etat [puisqu'il] n'était pas, lorsque la décision lui a été notifiée, en possession des informations issues de cette banque de données.

Que la décision litigieuse est d'autant plus incompréhensible [qu'il] a déposé de nombreux documents démontrant que les soins et médicaments requis ne sont pas disponibles dans le pays d'origine, ce qui n'est pas contesté utilement par la partie adverse.

Qu'en outre, ces affirmations dénuées de tout fondement sont en opposition avec les constatations reprises dans les rapports que le médecin conseil de la partie adverse invoque pourtant à l'appui de son argumentation.

Que l'on peut ainsi lire que dans le rapport de l'OSAR du 28 août 2018 intitulé « GEORGIE : accès à des soins médicaux » que « *Malgré les réformes entreprises depuis 2013, il subsiste encore de sérieux problèmes qui réduisent l'accès aux soins de santé psychiatriques. Il manque de l'argent, des psychiatres, la formation professionnelle est limitée et la qualité des services laisse souvent à désirer. Selon le Bureau du défenseur public, malgré les efforts entrepris par le gouvernement ces dernières années, il existe encore de sérieux problèmes, notamment systémiques, avec le système de santé psychiatrique géorgien. Un premier problème concerne le manque de moyen financier. L'augmentation des moyens financiers pour les soins psychiatriques observées depuis 2006 a surtout concerné les soins pour les patient-e-s hospitalisée-s, la première priorité de l'Etat, et dans une moindre mesure les soins de réhabilitation psychologique et les soins ambulatoires. Ce manque de moyens financiers entraîne, selon le Bureau du défenseur public, des problèmes en termes de personnel insuffisamment qualifié, de mauvaise qualité des soins ou encore d'absence de réhabilitation psychosociale.* ».

Que ce rapport vanté par la partie adverse infirme donc les informations qu'elle reprend un peu plus haut et qui font état de ce que les médecins psychiatres sont disponibles dans le pays d'origine.

Que la décision litigieuse adopte donc une motivation contradictoire.

Que le rapport de l'OSAR est même encore plus inquiétant en ce qu'il mentionne que « *Le manque de moyens et la fragmentation et l'insuffisance des soins ambulatoires limitent les possibilités de suivi des patient-e-s. Forts risques de rupture du continuum de services de soins. Selon le Bureau du défenseur public, la trop courte période de gestion de la condition aigue des patient-e-s (dix à quatorze jours en moyenne) ne permet souvent pas d'arriver à des améliorations notables, en l'absence d'atteinte de la phase de rémission, et il est probable que la condition des patient-e-s commence rapidement à se détériorer dès la sortie de l'hôpital en raison du manque de suivi dû à un manque de moyens financiers.*

Les traitements ambulatoires sont fragmentés et sous -développés, ce qui entraîne un fort risque de rechute et de ré-hospitalisation (Bureau du défenseur public, 31 mai 2016). Selon la Fondation Internationale Curatio (CIF), le système en place réduit l'implication des services psychiatriques dans le suivi des patient-e-s après que la patiente ou le patient ait quitté l'hôpital. Comme les services psychiatriques ambulatoires sont trop peu nombreux, les patient-e-s qui rechutent sont souvent réhospitalisé-e-s pour de longues périodes (CIF, juin 2014). Selon Lela Sulaberizde, la période de trois semaines pendant laquelle les soins psychiatriques intensifs sont fournis, et au terme de laquelle les patient-e-s sont soit libéré-e-s, soit transférées aux soins de longue durée, est basée sur des considérations financières plutôt que médicales et peut représenter un obstacle aux soins centrés sur les patient-e-s. La manque de suivi du patient entraine une rupture du continuum de services de soins (Lela Sulaberizde et al., 13 février 2018). ».

Que le même rapport poursuit encore en indiquant que « *En raison de leur surcharge de travail, les psychiatres limitent souvent leur temps de consultation et ne peuvent pas fournir de soins psychothérapeutiques.* ».

Que malgré cela, la partie adverse affirme, sans aucun fondement, sur base des données MedCOI que les psychiatres sont disponibles en GEORGIE....

Qu'il est manifeste que les affirmations issues de la base de données MedCOI sont erronées et apparaissent dénuées de tout fondement.

Attendu que si cette affirmation est vraie (*sic*) pour l'accès à des médecins tant spécialistes que généraliste (*sic*), elle l'est également pour les médicaments.

Que la partie adverse affirme, une nouvelle fois sans aucun fondement, que les médicaments sont disponibles dans le pays d'origine.

Que pourtant, les ressources documentaires que la partie adverse invoque en termes de décisions (*sic*) affirment une fois de plus le contraire....

Que le rapport de l'OSAR du 28 août 2018 affirme ainsi que « *Médicaments de mauvaise qualité. Selon le Bureau du défenseur public, les contraintes financières et le système d'appel d'offre en place se traduisent par l'acquisition de médicaments de mauvaise qualité car ceux-ci sont généralement achetés aux prix les plus bas (Bureau du défenseur public, 31 mai 2016). Selon Lela Sulaberizde, le manque de moyens alloués aux soins psychiatriques ne permet pas de fournir des soins ou des médicaments de qualité.* ».

Que contrairement à ce qu'affirme donc la partie adverse dans un premier temps, les médicaments ne sont pas disponibles dans [son] pays d'origine.

Que ces informations communiquées sur base des données MedCOI, sans que celles-ci ne mentionnent leurs sources, sont contredites par les ressources documentaires qui sont également invoquées par la partie adverse à l'appui de la décision litigieuse....

Qu'une nouvelle fois, la décision litigieuse n'apparaît manifestement pas adéquatement motivée.

[Qu'il] s'en réfère aux documents déposés en annexe de sa requête et ceux invoqués ci-avant et qui démontrent que contrairement à ce qu'affirme la partie adverse tant les soins de santé que les médicaments ne sont pas disponibles en GEORGIE ».

II. L'accessibilité des soins

Attenu (*sic*) qu'en termes de décision litigieuse, le médecin conseil de la partie adverse affirme que les traitements médicamenteux ainsi que les médecins généralistes et spécialistes sont accessibles dans son pays d'origine.

Qu'elle se fonde, pour tenir une telle affirmation, sur un rapport de l'OSAR du 28 août 2018.

[Qu'il] ne peut que regretter que la partie adverse n'ait réalisé qu'une lecture extrêmement lacunaire et parcellaire de ce rapport.

Qu'une lecture plus complète aurait pu permettre de relever les informations suivantes : « *Néanmoins, de nombreux établissements médicaux sont situés à Tbilissi, ce qui entraîne des obstacles géographiques et financiers pour les habitant-e-s des zones rurales qui doivent les utiliser. Bien que des hôpitaux soient présents dans les régions habitées par les minorités ethniques (Akhalkalaki, Ninotsminda, Akhmeta, Telavi, Kvareli et Lagodekhi), ces établissements sont souvent dépourvus d'équipements médicaux adéquats, ce qui force la population locale à se rendre dans les centres régionaux ou la capitale pour bénéficier de soins de santé (Bureau du défenseur public, 16 janvier 2018). Selon Lela Sulaberizde, les régions de RachaLechkhumi et de Kvemo Svaneti, des régions isolées et essentiellement rurales, ne disposent d'aucun service de soins psychiatriques. En conséquence, les patient-e-s doivent voyager sur des distances assez importantes, ce qui entraine des dépenses supplémentaires et limite l'accès aux soins (Lela Sulaberizde et al, 13 février 2018).* ».

Que ce rapport mentionne également, en ce qui concerne plus particulièrement les soins psychiatriques, que « *Malgré les réformes entreprises depuis 2013, il subsiste encore de sérieux problèmes qui réduisent l'accès aux soins de santé psychiatriques. Il manque de l'argent, des psychiatres, la formation professionnelle est limitée et la qualité des services laisse souvent à désirer. Selon le Bureau du défenseur public, malgré les efforts entrepris par le gouvernement ces dernières années, il existe encore de sérieux problèmes, notamment systémiques, avec le système de santé psychiatrique géorgien. Un premier problème concerne le manque de moyen financier. L'augmentation des moyens financiers pour les soins psychiatriques observées (sic) depuis 2006 a surtout concerné les soins pour les patient-e-s hospitalisées, la première priorité de l'Etat, et dans une moindre mesure les soins de réhabilitation psychologique et les soins ambulatoires. Ce manque de moyens financiers entraîne, selon le Bureau du défenseur public, des problèmes en termes de personnel insuffisamment qualifié, de mauvaise qualité des soins ou encore d'absence de réhabilitation psychosociale. L'environnement thérapeutique reste également inadéquat et il manque des services communautaires. Les services psychiatriques manquent cruellement de ressources humaines avec un déficit de psychiatre (sic) deux fois plus élevé que la moyenne européenne (Bureau du défenseur public, 31 mai 2016). Selon Lela Sulaberizde, il n'y a que 3,92 psychiatres pour 100 000 personnes en Géorgie, contre une moyenne de 8,59 psychiatres pour 100 000 personnes en Europe (Lela Sulaberizde et al., 13 février 2018). Selon le Bureau du défenseur public, la formation et le développement professionnel du personnel psychiatrique laisse (sic) aussi à désirer et a un impact négatif sur la qualité des soins avec parfois des risques de violence verbale ou même physique envers les patient-e-s (Bureau du défenseur public, 31 mai 2016). Selon la Fondation Internationale Curatio (CIF), le manque de ressources humaines entraîne de longues périodes d'attente, surtout pour les patient-e-s ambulatoires (CIF, juin 2014).* ».

Qu'il convient de souligner que le Dr [D.], psychiatre a indiqué [qu'il] devait nécessairement bénéficier de soins en ambulatoire.

Que la situation en GEORGIE ne s'améliore pas, en dépit des réformes qui ont été initiées « *La CIF en conclut qu'il n'y a que peu de moyens pour financer les services psychiatriques ambulatoires en Géorgie. Ceux-ci se limitent à prescrire et distribuer des médicaments, souvent de mauvaise qualité et en quantités insuffisantes. Il en résulte que les patient-e-s doivent souvent eux-mêmes acheter les médicaments (CIF, juin 2014). Selon Tensiz Verulava, le soutien du gouvernement se limite largement aux soins psychiatriques urgents et il n'existe pas de soutien psychiatrique ambulatoire pour les malades chroniques (Tengiz Verulava et al., avril 2015).* ».

Que par conséquent, non seulement, les médecins spécialistes ne sont pas accessibles, mais en outre, les médicaments doivent être payés au prix plein par les patients, ce qui les rend, en conséquence, inaccessibles.

Que le rapport de l'OSAR relève toujours que les soins ne seront pas accessibles dans le pays d'origine pour des raisons financières « *Selon le Bureau du défenseur public, la trop courte période de gestion de la condition aigue des patient-e-s (dix à quatorze jours en moyenne) ne permet souvent pas d'arriver à des améliorations notables, en l'absence d'atteinte de la phase de rémission, et il est probable que la condition des patient-e-s commence rapidement à se détériorer dès la sortie de l'hôpital en raison du manque de suivi dû à un manque de moyens financiers. Les traitements ambulatoires sont fragmentés et sous-développés (...).* ».

Qu'enfin, le rapport finit en indiquant que « *En raison de leur surcharge de travail, les psychiatres limitent souvent leur temps de consultation et ne peuvent pas fournir de soins psychothérapeutiques. Malgré certains progrès, de manière générale la demande en soins de réhabilitation psychosociale dépasse largement l'offre (Lela Sulaberizde et al., 13 février 2018). Selon Tengiz Verulava, il est presque impossible de fournir des soins de réhabilitation aux patient-e-s souffrant de problèmes psychiatriques et ceci en raison de manque de moyens financiers.* ».

Qu'il convient de rappeler [qu'il] a quitté la GEORGIE il y a 11 ans et n'a plus, contrairement à ce qu'affirme la partie adverse, aucun contact en GEORGIE, de sorte qu'il ne pourra pas bénéficier de la moindre aide financière et qu'il sera contraint de se débrouiller seul.

Qu'il est, partant, évident, qu'il ne pourra prendre en charge les soins alors que même le médecin de la partie adverse reconnaît la gravité de [sa] pathologie.

Que les soins de santé ainsi que les médicaments ne [lui] seront donc pas, accessibles dans son pays d'origine.

Qu'il ne s'agit pas, en l'espèce d'une limitation de l'accès au (sic) soins mais de l'absence totale d'accès à de tels soins.

Que l'indication selon laquelle [il] pourrait travailler constitue, une fois de plus, une motivation contradictoire.

Qu'au vu des pathologies démontrées par [lui], de la gravité reconnues (*sic*) de celle-ci (*sic*), le médecin conseil de la partie adverse ne peut raisonnablement affirmer [qu'il] pourra travailler, d'autant plus s'il est plongé dans le milieu traumatogène. Qu'un tel point de vue est manifestement contradictoire. Que partant, il est manifeste [qu'il] ne disposera d'aucun revenu, d'aucune aide et ne pourra espérer bénéficier d'une gratuité des soins et médicaments ou de l'intervention de l'Etat de sorte que tant les soins que les médicaments ne lui seront manifestement pas accessibles. Qu'en ce qu'elle affirme le contraire, la décision litigieuse apparaît manifestement mal motivée ».

3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil constate que la décision entreprise est fondée sur un rapport, établi le 25 mai 2020, par le médecin conseil de la partie défenderesse sur la base, entre autres, des documents médicaux produits par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, dont il ressort, en substance, qu'il souffre d'« ostéite chronique suite à une blessure par balle au genou gauche en Géorgie (en 2002) et pose d'une prothèse totale du genou (en 2009) en Belgique. Etat de stress post traumatique chronique avec dépression, idéations suicidaires et trouble du comportement. Hépatite C (dont le bilan n'est pas fourni et non traitée) ». Le médecin conseil relève également, sur la base de diverses sources documentaires énumérées dans son rapport et figurant au dossier administratif, que « Du point de vue médical, nous pouvons conclure qu'une ostéite chronique du genou gauche traitée par une prothèse totale, un état de stress post-traumatique chronique avec dépression et idéations suicidaires, trouble du comportement et une hépatite C n'entraînent pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible en Géorgie ». Dès lors, à la lumière de ces éléments, le Conseil constate que la partie défenderesse a dûment examiné la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi requis par l'état de santé du requérant dans son pays d'origine en manière telle qu'il ne peut être suivi lorsqu'il soutient le contraire en termes de requête.

Le Conseil relève en outre que le requérant se contente de prendre le contre-pied de l'analyse faite par la partie défenderesse ainsi que par son médecin conseil et reste en défaut de contester utilement les conclusions posées par ces derniers.

En particulier, s'agissant du reproche adressé à la partie défenderesse d'avoir considéré qu'« aucune tentative de suicide n'est documentée dans le dossier transmis. Il s'agit d'idéations suicidaires. Un risque suicidaire est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 » alors que « Que si les certificats médicaux ne mettent pas en évidence de période grave ou aiguë, c'est uniquement parce [qu'il] se trouve dans un milieu de vie sécurisant où il peut bénéficier du suivi du Dr [D.] avec une régularité parfaite et une fréquence extrêmement importante.

Que si le Dr [D.], psychiatre, comme le souligne le médecin conseil de la partie adverse, qui [le] suit depuis de nombreuses années précise qu'il présente des idéations suicidaires, il est manifeste que ces idéations présentent un caractère suffisamment important », le Conseil constate qu'en opposant aux différents arguments figurant dans la décision attaquée des éléments de fait, non étayés de surcroît, sans pour autant démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation, le requérant invite en réalité le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse. Or, le Conseil rappelle qu'il est compétent pour exercer un contrôle de la légalité de la décision administrative attaquée et qu'à ce titre, il ne lui appartient nullement de se prononcer sur l'opportunité de décisions qui relèvent du pouvoir discrétionnaire du Ministre compétent ni de substituer, dans le cadre de l'examen du recours, son appréciation à celle de l'administration.

S'agissant du grief au terme duquel « Qu'en ne tenant pas compte du lien de causalité entre [sa] pathologie et son pays d'origine, le médecin conseil de la partie adverse néglige un élément prépondérant dans [sa] demande d'autorisation de séjour et qui rend inintelligible la décision de la partie adverse se fondant sur son rapport », le Conseil observe que le requérant n'est pas fondé à le formuler dans la mesure où, contrairement à ce qu'il allègue, ce lien de causalité n'a pas « été mis en évidence dans la demande d'autorisation de séjour, qui mentionn[er]ait expressément que la pathologie dont [il] souffre est consécutive à un traumatisme grave vécu dans le pays d'origine », ladite autorisation du 28 décembre 2015 mentionnant en réalité tout au plus ce qui suit : « A cet égard il convient de se référer au certificat médical type OE-nouveau modèle complété et signé par le Docteur [L.D.], psychiatre en date du 22 décembre 2015 : [...] Durée prévue du traitement nécessaire : par rapport à l'état de stress post-

traumatique, la littérature scientifique montre que les meilleurs résultats obtenus le sont pour des patients pris en charge dans un contexte de sécurité endéans les 6 semaines qui ont suivi le trauma. Le pays d'origine du patient n'a pas pu lui offrir ces soins essentiels. Le patient a donc chronicisé sa situation. Nous avons donc affaire à un traitement de longue durée qui ne sera efficient que quand un cadre de travail sûr sera apporté. [...] ». Dès lors, dans la mesure où la partie défenderesse n'est nullement tenue d'extrapoler les conséquences éventuelles qu'il faudrait tirer de cette information non autrement développée ni un tant soit peu étayée, cette articulation du moyen ne saurait énerver les constats posés dans la décision querellée.

S'agissant de l'allégation selon laquelle « [...] la relation thérapeutique est [par ailleurs] indispensable. Que cette relation serait rompue [s'il] était renvoyé dans son pays d'origine et elle (sic) verrait son état de santé s'aggraver », le Conseil relève que cet argumentaire se fonde sur une affirmation péremptoire relevant d'une considération de convenance personnelle sans que le requérant ne puisse démontrer, document médical à l'appui, que sa relation thérapeutique ne peut être envisagée qu'avec une personne précise à l'exclusion de l'intervention d'un autre thérapeute, et qu'en tout état de cause, cet élément est invoqué pour la première fois à l'appui du présent recours et n'a pas été porté à la connaissance de la partie défenderesse de sorte qu'il ne peut lui être reproché de ne pas l'avoir pris en considération avant la prise de la décision querellée.

S'agissant de la disponibilité des soins en Géorgie, le requérant reproche au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir utilisé une motivation par référence quant à la base de données issues de MedCOI et de ne pas avoir eu accès à ces informations avant la notification de la décision attaquée. Or, de tels propos ne sont nullement fondés dès lors que, d'une part, les informations issues de la base de données MedCOI sont clairement reproduites dans le cadre de l'avis médical du 25 mai 2020 dont il a reçu notification, et d'autre part, qu'une copie des informations issues de cette même base de données se trouve au dossier administratif, de sorte qu'il lui était parfaitement loisible de solliciter la consultation dudit dossier afin d'en prendre connaissance.

Pour le surplus, le Conseil relève que les critiques, formulées à l'égard de la banque de données MedCOI, ne peuvent suffire à justifier l'annulation de l'acte litigieux, le requérant n'indiquant pas en quoi la motivation du médecin conseil, établie sur cette base, ne serait pas conforme aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs. De plus, le requérant critique l'origine de cette source d'informations, sans apporter la preuve de son inexactitude.

Quant à l'allégation selon laquelle « Que [son] profil ne correspond à aucun des profils décrit (sic). Que le tableau se contente d'indiquer que tous les médecins et médicaments recherchés sont disponibles », le Conseil remarque que le requérant n'indique pas les raisons pour lesquelles les situations visées ne seraient pas comparables à la sienne, de sorte qu'elle ne saurait être retenue.

Pour le surplus, le requérant reste en défaut de contester utilement les conclusions posées par la partie défenderesse quant à la disponibilité du suivi et des traitements requis par ses pathologies, se bornant à critiquer, de manière péremptoire, les sources utilisées par la partie défenderesse dont elle aurait fait une « lecture extrêmement lacunaire et parcellaire » sans toutefois démontrer que le traitement et le suivi requis par son état de santé ne seraient pas disponibles, en manière telle que ses critiques sont dépourvues d'utilité. A titre surabondant, force est également de convenir que la seule circonstance que les informations issues de rapports généraux que le requérant avait fait valoir à l'appui de sa demande soient différentes de celles résultant de rapports du même type dont la partie défenderesse fait état à l'appui de la décision querellée ne suffit pas pour conclure que cette dernière aurait commis une erreur manifeste d'appréciation ou violé les dispositions invoquées à l'appui du moyen.

In fine, s'agissant de l'accessibilité du traitement et du suivi nécessités par l'état de santé du requérant, et des critiques émises à l'encontre de l'existence du système de soins de santé en Géorgie, le Conseil observe que le requérant reste en défaut de contester *in concreto* les conclusions posées par la partie défenderesse à cet égard, et d'indiquer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient réellement d'avoir accès au système de soins de santé ainsi qu'aux médicaments dans son pays d'origine, en manière telle que ses griefs sont dépourvus de toute utilité.

De plus, le Conseil observe qu'en tout état de cause, le requérant reste également en défaut de contester autrement que par des allégations péremptoires non autrement étayées que « [...] l'indication selon laquelle [il] pourrait travailler constitue, une fois de plus, une motivation contradictoire. Qu'au vu des pathologies démontrées par [lui], de la gravité reconnues (sic) de celle-ci (sic), le médecin conseil de la partie adverse ne peut raisonnablement affirmer [qu'il] pourra travailler, d'autant plus s'il est plongé dans le milieu traumatogène. Qu'un tel point de vue est manifestement contradictoire ».

3.2. Au regard de ce qui précède, il appert que le moyen unique n'est pas fondé.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut 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 requête en annulation étant rejetée 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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-sept mars deux mille vingt et un par :

Mme V. DELAHAUT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

V. DELAHAUT