

Arrêt

n° 269 819 du 15 mars 2022
dans l'affaire X / VII

En cause : 1. X

agissant en son nom et au nom de son enfant mineur :

X

X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. VANCRAEYNEST
Avenue de Fidevoye 9
5530 YVOIR

contre:

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

LA PRÉSIDENTE DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 3 octobre 2018, en son nom et au nom de son enfant mineur, par X, ainsi que par X, qui déclarent être de nationalité nord macédonienne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, et de deux ordres de quitter le territoire, pris le 17 juillet 2018.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 novembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 23 décembre 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me S. DELHEZ *loco* Me P. VANCRAEYNEST, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et A. COSTANTINI, attaché, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 11 septembre 2001, la première requérante a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Le 17 septembre 2001, la partie défenderesse a pris une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire, à son encontre. Le recours introduit, auprès du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides, contre ces décisions a été déclaré irrecevable, le 15 mai 2002.

1.2. Le 8 septembre 2010, la première requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Le 18 janvier 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre. Le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a annulé ces décisions (arrêt n° 134 105, prononcé le 27 novembre 2014).

Le 18 décembre 2014, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré irrecevable la demande, susmentionnée, et a pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre de la première requérante. Le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions (arrêt n° 195 650, prononcé le 28 novembre 2017).

1.3. Le 7 mai 2015, la première requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour, sur la même base.

Le 3 mai 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre. Le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions (arrêt n° 195 652, prononcé le 28 novembre 2017).

1.4. Le 16 août 2016, la première requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour, sur la même base.

Le 21 mars 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et a pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre. Le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions (arrêt n° 203 859, prononcé le 17 mai 2018).

1.5. Le 21 septembre 2017, faisant valoir son état de santé, la première requérante a introduit une son nom et au nom de ses enfants une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée recevable, le 1^{er} décembre 2017.

Le 17 juillet 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée, et a pris des ordres de quitter le territoire à l'encontre des première et seconde requérantes. Ces décisions, qui leur ont été notifiées, le 5 septembre 2018, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

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

« 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 [...], 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'intéressée ([la première requérante]) 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 Macédoine, pays d'origine de la [première] requérante.

Dans son avis médical remis le 13.07.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE constate qu'il n'y a pas depuis 1an et demi, de certificat médical attestant que cette affection est encore actuelle, que l'ensemble des traitements médicamenteux prescrits sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à l'intéressée, qu'il n'y a pas de contre-indication médical à voyager et à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins en Macédoine.

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

Dès lors,

1) Le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que [la première requérante] souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Macédoine

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 [à] l'article 3 CEDH ».

- S'agissant des ordres de quitter le territoire (ci-après : les deuxième et troisième actes attaqués) :

« En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 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.

2.1. Les parties requérantes prennent un premier, en réalité, unique moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), du « principe de bonne administration et [du] devoir de minutie », et des articles 1319, 1320 et 1322 du Code civil « en ce qu'ils consacrent le principe général de droit du respect de la foi due aux actes ».

2.2. Dans une première branche, dirigée contre le premier acte attaqué et intitulée « la gravité de la maladie de la [première] requérante », elles font valoir que celle-ci « présente plusieurs pathologies. Que toutes présentent une gravité intrinsèqu[e]. Que le médecin conseil de la partie adverse ne remet pas en cause la gravité de la pathologie de la [première] requérante. [...] Que tout au plus, estime-t-il que le risque suicidaire est inhérent à toute dépression avant d'affirmer que pour pouvoir retenir un tel risque, il est nécessaire de retrouver, chez la [première] requérante des passages à l'acte récents ou anciens, des idées suicidaires,... Que la motivation de la décision litigieuse apparaît pour le moins contradictoire. Que dans un premier temps, le médecin conseil affirme que le risque de suicide est inhérent à ce type de pathologie avant d'affirmer que ce risque exige la réunion de plusieurs conditions. Que cette motivation contradictoire ne répond pas aux exigences du prescrit légal et viole de manière flagrante les dispositions visées au moyen ».

2.3. Dans une deuxième branche, dirigée contre le premier acte attaqué et intitulée « le caractère substituable du traitement », les parties requérantes soutiennent que « le psychiatre de la [première] requérante a expressément indiqu[é] que les traitements prescrits à cette dernière n'étaient pas substituables. Que le médecin conseil de la partie adverse indique que le motif de cette absence de substitution possible n'est pas motivé par le psychiatre de [la] concluante et qu'il s'agit d'un motif purement économique. Qu'il est particulièrement interpellant de lire ce genre d'affirmation dans la mesure où le médecin conseil de la partie adverse affirme, sans aucun fondement que le traitement de la [première] requérante peut être modifié alors que le psychiatre de la [première] requérante qui suit cette dernière depuis plusieurs années, affirme le contraire. Qu'une telle affirmation apparaît extrêmement dangereuse et comme mettant en péril la santé de la [première] requérante qui, de l'aveu même du médecin conseil de la partie adverse est grave. Que la [première] requérante s'est habituée à ces médicaments et, s'agissant de psychotropes, cela apparaît extrêmement important. Que par ailleurs, compte tenu du grand nombre de médicaments prescrit à [la] [première] requérante, une substitution de son traitement pourrait entraîner des effets indésirables extrêmement dangereux pour son état de santé. Que la décision litigieuse ne tient manifestement pas compte de ses éléments alors que le médecin conseil de la partie adverse, conformément au prescrit de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 dispose de la possibilité, non seulement de solliciter de plus amples informations, mais également de solliciter un avis d'un médecin spécialiste. Qu'il s'est abstenu de le faire. [...] ».

2.4. Dans une troisième branche, dirigée contre le premier acte attaqué et intitulée « le lien de cause [à] effet », elles arguent que « la [première] requérante souffre d'une dépression psychonévrotique phobique post-traumatique que le psychiatre qui la suit estime consécutive au traumatisme subi dans le pays d'origine et considère qu'un retour dans le pays d'origine n'est pas envisageable. Que le médecin conseil, une nouvelle fois sans avoir rencontré la [première] requérante à une reprise, affirme que le psychiatre qui [la] suit [...] ne peut affirmer que la pathologie [...] repose sur ledit traumatisme. Que pourtant le psychiatre qui suit régulièrement la [première] requérante et avec lequel s'est établi un lien de confiance et qui a pu recueillir ses déclarations affirme le contraire. Qu'en tout état de cause, l'avis du médecin conseil de la partie adverse ne repose sur aucun fondement et s'avère être une motivation stéréotypée qui n'a, en rien, été individualisée au cas d'espèce. Que la décision litigieuse ne tient manifestement pas compte de ses éléments alors que le médecin conseil de la partie adverse, conformément au prescrit de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 dispose de la possibilité, non seulement de solliciter de plus amples informations, mais également de solliciter un avis d'un médecin spécialiste. Qu'il s'est abstenu de le faire. Cette motivation ne peut en rien être considérée comme adéquate et motivée en droit et en fait. Que le lien de causalité entre la Macédoine et la pathologie de la [première] requérante est donc établi de manière expresse. Que la motivation stéréotypée du médecin conseil de la partie adverse ne peut en aucun cas constituer une motivation adéquate au sens des dispositions susmentionnées. Qu'il est incontestable que son état de santé connaîtra une nette aggravation et pourrait entraîner le décès de la [première] requérante en cas de retour dans son pays d'origine. Que le médecin conseil de la partie adverse ne peut, sans avoir au préalable examiner la [première] requérante, se contenter d'affirmer le contraire sur base d'une motivation stéréotypée [...] ».

2.5. Dans une quatrième branche, dirigée contre le premier acte attaqué et intitulée « la disponibilité et l'accessibilité des soins en Macédoine », les parties requérantes soutiennent que « [la première requérante] doit être suivi[e] par un psychiatre. Que le

médecin conseil de la partie adverse se fonde, pour affirmer la disponibilité et l'accessibilité du traitement sur des sources de 2010, 2009 et 2006. Que ces sources sont manifestement obsolètes. Qu'il ressort d'un rapport postérieur de l'OSAR que les soins en sont manifestement ni accessibles, ni disponibles. Que le système de santé macédonien est déplorable. Qu'on dénonce, en effet, que *« la plupart des établissements de santé sont mal équipés et il se peut que les soins spécialisés ne soient pas disponibles. Il faut habituellement acquitter immédiatement le coût des soins en argent comptant »*. Que plus de 90% des personnes vivant en région rurale estiment que leur accès à des soins de santé est inadéquat. Que pour certains médicaments et vaccins, il y a des difficultés d'approvisionnement. Que *« les infrastructures sociales (écoles, soins de base, etc.) et les infrastructures physiques (...) sont peu développées »* dans les zones rurales. Qu'il existe une pénurie de médecins [...]. Qu'à côté de cela, le chômage est très important en Macédoine. Qu'ainsi, *« la Macédoine se classe en tête de la liste des pays connaissant les plus gros problèmes de chômage. Parmi les 92 pays figurant dans l'enquête, la Macédoine atteint un taux de chômage de 32% et une inflation de 35% »*. Que l'on dénonce également qu'*« un habitant sur trois vit dans la pauvreté »*. Que si la [première] requérante était contrainte de retourner dans son pays, elle ne pourrait, non seulement avoir accès à un traitement médical adéquat, mais elle aurait, en outre, de grandes difficultés à financer les soins nécessaires. Qu'elle ne saurait prendre en charge ses frais médicaux. Que l'assurance médicale existante est manifestement inefficace. Que l'OSAR mentionne ainsi notamment que *« Participation aux frais et retards de remboursement. Le secteur de la santé est financé entre autres par une participation des assurés; la part de l'assuré aux coûts est fixée à environ 20 %, indépendamment du revenu. 44 Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les dépenses de santé payées par les patients s'élevaient à environ 33 %.45 Il semble que dans les hôpitaux, les assurés doivent souvent payer leurs médicaments au comptant bien que ceux-ci devraient théoriquement être facturés directement à la caisse-maladie. D'après le rapport de l'ombudsman de Macédoine, les remboursements par la caisse-maladie sont très lents et ne couvrent souvent pas intégralement les montants originaux. 46 »*. Que l'assurance maladie est donc manifestement un leurre inefficace. Que l'OSAR confirme l'existence d'une assurance maladie pour les macédoniens mais dénonce ses limites et ses défauts : *« La lenteur du traitement des dossiers expose les patients à ne plus pouvoir être traités en temps utile. Le récent rapport de l'ombudsman de Macédoine montre que dans la pratique, beaucoup de personnes accèdent difficilement aux prestations de l'assurance-maladie: on rapporte ainsi des retards et des très longs délais de traitement des demandes. Des décisions concernant des demandes et des recours de patients auprès de l'assurance-maladie ne sont parfois prises par l'autorité compétente qu'après plusieurs années, ce qui compromet l'accès des patients à un traitement en temps utile »*. Que l'OSAR explique, par ailleurs, que même pour les personnes pouvant bénéficier de l'assurance maladie, rien n'est acquis et l'aide est souvent insuffisante. Qu'*« Il semble que dans les hôpitaux, les assurés doivent souvent payer leurs médicaments au comptant, bien que ceux-ci devraient théoriquement être facturés directement à la caisse-maladie. D'après le rapport de l'ombudsman de Macédoine, les remboursements par la caisse-maladie sont très lents et ne couvrent souvent pas intégralement les montants originaux »*. Que l'organisation a également examiné l'efficacité du système de l'aide sociale. Qu'ain[s]i, *« L'aide sociale ne soutient pas assez les personnes vulnérables. Selon l'ombudsman de Macédoine, le système de l'aide sociale ne peut protéger efficacement les personnes vulnérables. Les raisons en sont des retards et des lenteurs de procédures ainsi que des rejets contraires au droit et précipités des demandes. Le montant de l'aide ne suffit souvent même pas à assurer les besoins minimum vitaux comme se nourrir et se vêtir, sans même parler des factures d'électricité, de chauffage et d'eau »*. Que Concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé psychique le rapport de l'OSAR mentionne que *« 1.1.3 Possibilités de traitement de maladies psychiques Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé, le diagnostic et le traitement de maladies psychiques en Macédoine sont structurés comme suit : Les médecins des soins de santé primaires commencent par diagnostiquer le problème psychique et adressent le patient au niveau immédiatement supérieur. 21 Au niveau secondaire, on trouve les consultations ambulatoires de neuropsychiatrie, les instituts pour enfants et adolescents de Skopje et de Bitola ainsi que les unités de neuropsychiatrie des centres médicaux. Au niveau tertiaire, il existe trois cliniques psychiatriques spécialisées ainsi qu'une clinique psychiatrique universitaire et le service neuropsychiatrique de l'hôpital*

militaire à Skopje. 22 *Traitement dégradant et conditions précaires.* Le traitement, fortement axé sur les traitements en cliniques et sur l'administration de médicaments, est insuffisant des points de vue médical, psychologique, humain et économique. 23 Ainsi, des critiques font état d'un recours régulier à des traitements inhumains et dégradants dans les institutions psychiatriques, en particulier à Demir Hisar et à Negorci, parfois au ssi à Demir Kapija. 24 Dans son rapport de janvier 2012, le Comité européen de prévention de la torture retient que les instituts psychiatriques imposent aux patients des conditions de vie extrêmement précaires et disposent de trop peu de personnel soignant. 25 Le rapport de l'ombudsman de Macédoine, en mars 2012, signale également des plaintes concernant la situation des patients dans une clinique psychiatrique de Skopje. 26 *Désinstitutionnalisation.* Selon plusieurs sources, des efforts ont été entrepris en vue de désinstitutionnaliser le traitement et la prise en charge des maladies psychiques : Ainsi, on tente de se passer toujours davantage des services psychiatriques classiques des hôpitaux pour les remplacer par des offres de prise en charge au niveau communal auxquelles participe la société civile. 27 Celles-ci incluent des foyers de jour, mais aussi des hébergements temporaires dans des familles d'accueil. D'autres formes, comme l'habitat accompagné ou en petits groupes, se trouvent encore en phase pilote. 28 On observe cependant qu'à ce jour, les institutions chargées de traiter les maladies psychiques manquent souvent de personnel et de moyens financiers et que les progrès sont encore limités. 29 ». Qu'à la lecture du rapport on constate qu'il n'y a pas suffisamment de personnel, mal formé et surtout que l'on fait subir aux patients des traitements inhumains et dégradants. Que de telles mesures sont intolérables. Que le médecin conseil de la partie adverse ne peut, compte tenu de ce qui précède, raisonnablement affirmer que les soins sont disponibles et accessibles. Que cela revient à renvoyer la [première] requérante vers une mort certaine[.] Que les soins de santé ne sont manifestement ni accessible[s] ni disponible[s] dans le pays d'origine des requérant[e]s. [...] ».

2.6. Dans une cinquième branche, dirigée contre le premier acte attaqué et intitulée « la capacité à travailler », relevant que « le médecin-conseil de l'Office des Etrangers mentionne que le mari de la [première] requérante pourrait trouver un travail en Macédoine pour subvenir à ses besoins », les parties requérantes soutiennent qu'« il s'agit d'une motivation manifestement stéréotypée, le médecin conseil de la partie adverse n'a pas tenu compte du cas d'espèce. Que la [première] requérante n'est pas mariée et ne l'a jamais été.... Que manifestement le médecin conseil de la partie adverse n'a pas examiné le bon dossier. Que la décision litigieuse est manifestement mal motivée et souffre de nombreux copier-coller malheureux ». Elles ajoutent que « cet[te] aide ne peut souffrir d'aucun retard, d'aucune réduction et sera nécessairement extrêmement importante pour faire vivre une famille, mais également prendre en charge les frais médicaux. Qu'une telle aide est inenvisageable. Qu'il était donc quelque peu précipité, de la part du médecin-conseil de la partie adverse, d'affirmer que la [première] requérante pourrait, sans problème, travailler et, par conséquent, subvenir à ses besoins et ce, sans vérifier au préalable si cette possibilité existait réellement dans la pratique au vu de la conjoncture économique arménienne [sic]. [...] ».

2.7. Dans ce qui peut être tenu pour une sixième branche, relative aux deuxième et troisième actes attaqués, les parties requérantes font valoir que « les ordres de quitter le territoire ont été notifiés aux requérant[e]s concomitamment à la décision de refus d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Que ces décisions sont donc connexes. Qu'il convient, compte tenu de ce qui précède, d'annuler la décision de refus d'octroi d'un titre de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Que les éléments invoqués ci-avant pour la décision de refus de séjour doivent s'appliquer *mutatis mutandis* aux ordres de quitter le territoire notifiés aux requérant[e]s. Qu'il convient dès lors également d'annuler l[es] ordre[s] de quitter le territoire connexe[s] à ladite décision ».

3. Discussion.

3.1. Aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 alinéa 3 et 5 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. [...] 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 ».

Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, montrent 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, 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 9ter 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.

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. Dans son avis du 13 juillet 2018, sur lequel se fonde le premier acte attaqué, le fonctionnaire médecin a, notamment, indiqué ce qui suit :

« Pathologie active actuelle

Dépression psychonévrotique phobique post-traumatique, comportement suicidaire, trouble du sommeil, perte d'autonomie.

Concernant la perte d'autonomie, il est troublant de relever dans les CMT rédigés à la même date (26.07.2017) que le médecin traitant note « que son père en mauvaise santé a besoin d'elle » alors que le psychiatre note « qu'elle serait en perte d'autonomie ». Elle serait à la fois capable de s'occuper de son père mais incapable de s'occuper d'elle-même. Quoi qu'il en soit, l'aide apportée par sa famille peut tout aussi bien être réalisée en Macédoine qu'en Belgique.

Le risque suicidaire mentionné 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. Il n'y a pas eu d'hospitalisation depuis son arrivée en Belgique voici 8 ans.

Pour rappel le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV '(référence mondiale dans le domaine psychiatrique) un série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, plan précis de passage à l'acte, idées suicidaires récentes, au cours du mois écoulé) ».

Si le fonctionnaire médecin a reconnu que la première requérante souffrait d'une dépression psychonévrotique phobique post traumatique, il a également estimé, que bien que le risque suicidaire soit inhérent à toute dépression, il n'est pas concrétisé en l'espèce, puisque « l'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. Il n'y a pas eu d'hospitalisation ». Ces affirmations ne sont pas contradictoires. Partant, la première branche du moyen n'est pas sérieuse .

3.3. Sur la deuxième branche du moyen, dans son avis du 13 juillet 2018, sur lequel se fonde le premier acte attaqué, le fonctionnaire médecin a également indiqué ce qui suit :

« Traitement actif actuel

Dipiperon (Pipamperone), Rivotril (Clonazepam), Remergon (Mirtazapine), Impromen (Bromperidol), Invega (Paliperidone), Seroquel (Quetiapine).

Notons que le traitement du psychiatre comporte 4 antipsychotiques : 2 antipsychotiques classiques de la famille des butyrophénones Dipiperon et Impromen et 2 de la famille des antipsychotiques atypiques Invega et Seroquel. « Les antipsychotiques classiques à faible doses ont des effets comparables à ceux des antipsychotiques atypiques (moins d'effets extrapyramidaux, moins d'effets indésirables cognitifs) ». Rivotril est une benzodiazépine dont, selon le RCP, « l'indication est l'épilepsie », diagnostic absent dans les documents médicaux transmis. Il existe d'autres benzodiazépines ayant un effet anxiolytique, sédatif et hypnotique.

Concernant la mention « traitement non modifiable non substituable », les motivations de cette exigence ne sont pas communiquées. La pratique de la substitution répond à des objectifs économiques évidents. Et un médecin doit pouvoir justifier médicalement pourquoi un médicament ne serait pas substituable chez un patient particulier. Ce n'est pas le cas dans ce CMT de ce spécialiste: il n'y a aucune justification médicale particulière propre au requérant. Cette mention ne peut par conséquent pas être retenue.

Il convient de mentionner qu'aucune étude n'a pu démontrer le bien-fondé de cette exigence.

Rappelons qu'il n'est nullement exigé qu'il soit procédé à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne dispose pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine ».

Les allégations des parties requérantes selon lesquelles « compte tenu du grand nombre de médicaments prescrit à [l]a [première] requérante, une substitution de son traitement pourrait entraîner des effets indésirables extrêmement dangereux pour son état de santé », ne sont étayées par aucun élément probant. La seule mention dans les certificats médicaux, établis les 4 janvier 2018 et 26 juillet 2017, selon laquelle « traitement non modifiable, non substituable », ne suffit pas à empêcher le fonctionnaire médecin de vérifier le caractère substituable du traitement, lorsque, comme il l'a constaté, cette mention n'est assortie d'aucune justification médicale..

Le Conseil rappelle que la partie défenderesse dispose d'un large pouvoir d'appréciation à l'égard des demandes qui lui sont soumises, et qu'il ne lui appartient pas de substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente, lorsqu'il ressort du

dossier que cette autorité a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis, comme c'est le cas en l'espèce. Partant, en raison de leur caractère péremptoire et non étayé, les allégations susmentionnées ne sont pas susceptibles de mettre à mal le bien-fondé des motifs de l'avis du fonctionnaire médecin.

Le Conseil d'Etat a déjà jugé qu'«il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine. » (C.E., arrêt n° 236.016, rendu le 6 octobre 2016). Il en est d'autant plus ainsi qu'aucun élément supplémentaire n'a été invoqué pour démontrer que, dans la situation spécifique de la première requérante, un médicament équivalent ne serait pas en mesure de fournir un traitement adéquat.

Dès lors, il ne peut raisonnablement être reproché à la partie défenderesse d'avoir, au vu des éléments à sa disposition, motivé le premier acte attaqué comme en l'espèce.

3.4. Sur la troisième branche du moyen, dans la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.5., les requérantes faisaient valoir ce qui suit: « on notera également le lien de cause à effet existant entre le pays d'origine de la requérante et son état de santé, lien rendant inefficace tout traitement médical de la requérante dans ce pays ».

Toutefois, le fonctionnaire médecin estime, dans son avis du 13 juillet 2018, ce qui suit :
« Capacité de voyager

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

Le médecin évoque des traumatismes dans le pays d'origine en se basant uniquement sur les déclarations de la requérante : ce sont des « allégations dixit ».

Le médecin ne peut que constater les symptômes de l'affection psychique mais n'est nullement garant de la véracité des faits que la requérante relate.

La réalité des faits allégués par la requérante et repris par le spécialiste dans ce certificat médical n'est pas établie par le moindre élément probant, ni a fortiori le bien fondé de ses craintes et des risques allégués en cas de retour dans le pays d'origine. Le médecin ne peut pas établir avec certitude les circonstances factuelles dans lesquelles le traumatisme ou les séquelles auraient été occasionnés. Le médecin ne peut qu'émettre des suppositions quant aux causes de la souffrance psychique de la requérante. Ce certificat médical n'autorise pas de conclusion quant à l'origine des troubles psychiques. Ce certificat ne peut pas garantir que les événements à l'origine des troubles psychiques sont effectivement ceux qu'invoque la requérante.

L'évaluation de la crédibilité des allégations de la requérante n'est pas du domaine médical mais relève de la compétence du CGRA, dont la décision est ensuite confirmée par le CCE ».

L'avis du fonctionnaire médecin montre qu'il a pris en considération le lien de causalité, prétendu, entre l'état de santé de la première requérante et son pays d'origine. Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui se borne à prendre le contre-pied de cette motivation, et tente, en réalité, d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis, au vu de ce qui a été exposé *supra*.

Quant au grief de ne pas avoir examiné la première requérante, le fonctionnaire médecin a rendu un avis, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi. Ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin d'examiner le demandeur, ni de solliciter l'avis d'un spécialiste (dans le même sens: CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010). En effet, « [...] il se déduit [...] des termes clairs de [l'article 9ter, §1^{er}, alinéas 3 et suivants, de la loi du 15 décembre 1980] qu'il revient au demandeur d'apporter toutes les informations nécessaires sur son état de santé au moment où il dépose sa demande; que par ailleurs, s'il ne pourrait être reproché à l'autorité de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été portés à sa connaissance, le demandeur est tenu d'actualiser sa demande s'il estime que des éléments nouveaux apparaissent, tandis que si tel n'est pas le cas, l'autorité se prononce sur la base des informations dont elle dispose [...] » (CE, arrêt n° 222.232 du 24 janvier 2013).

3.5.1. Sur les quatrième et cinquième branches du moyen, réunies, le premier acte attaqué est fondé sur l'avis du fonctionnaire médecin, daté du 13 juillet 2018 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la première requérante souffre d'une pathologie dont le traitement et le suivi sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique et à l'absence d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant. Dans cet avis, le fonctionnaire médecin a notamment indiqué ce qui suit :

Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, la Macédoine

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) :

1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI montrent la disponibilité du suivi (généraliste, psychologue et psychiatre dont des traitements au long cours, admission forcée si nécessaire, habitation protégée) et du traitement (Haloperidol et Fluphénazine antipsychotiques classiques équivalents thérapeutiques de Pipamperone et Bromperidol antipsychotiques classiques, Diazepam ou Alprazolam Benzodiazepines , équivalents thérapeutiques de Clonazepam, Benzodiazepine, Risperidone antipsychotique atypique équivalent thérapeutique de Paliperidone antipsychotique atypique, Mirtazapine, Quetiapine) :

Requête Medcoi du 08.05.2017 portant le numéro de référence unique BMA 9514

Requête Medcoi du 20.12.2017 portant le numéro de référence unique BMA 10473

Sur base de ces informations, nous pouvons conclure que le suivi médical nécessaire et les médicaments prescrits à la requérante ou des équivalents de classes thérapeutiques similaires qui peuvent valablement et adéquatement les remplacer sans nuire à sa sécurité sont disponibles en Macédoine.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

L'avocat de l'intéressée atteste que [la première requérante] n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine. Cependant, le conseil de la requérante ne fournit aucun de ces documents afin d'étayer ses dires. Or, il incombe à la requérante d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat du 13/07/2001 n° 97.866).

Concernant l'accessibilité des soins en Macédoine, il existe une couverture d'assurance obligatoire qui couvre presque toute la population. Elle permet la prestation de services et d'allocations de santé, basés sur les principes de l'intégralité, de la solidarité, de l'équité et de l'utilisation effective des ressources, dans les conditions prévues par la loi sur l'assurance maladie et mises en œuvre par le HIF. Les citoyens ou les employeurs peuvent également obtenir une assurance supplémentaire pour eux-mêmes, les membres de leur famille ou leurs employés. Cette assurance couvre le coût des services de santé qui ne sont pas indus dans le forfait de base du bénéficiaire. L'assurance est volontaire et peut être organisée entre une société privée et des assurés. Les assurés doivent seulement payer 20% du prix pour les services de santé et les médicaments. Certaines catégories de personnes sont exemptes de payer leurs frais médicaux comme par exemple les personnes bénéficiant de l'assistance financière. Les soins psychiatriques sont offerts principalement par des institutions publiques. La santé mentale a commencé à recevoir plus d'attention politique. Ils sont offerts aux trois niveaux classiques: primaire, secondaire et tertiaire. Le patient doit s'inscrire auprès d'un médecin traitant ou d'un spécialiste en consultation sur prescription du médecin traitant. L'hospitalisation peut avoir lieu dans un hôpital public

régional ou national relevant de la caisse maladie ou dans un établissement privé sous contrat avec la caisse d'assurance maladie.

Seuls les produits pharmaceutiques figurant sur une liste des médicaments remboursés par la caisse sont pris en charge dans le cadre du régime de base. En cas de prise en charge, l'assuré doit supporter de 5 à 20 % des frais.

Notons que l'époux de la requérante est en âge de travailler et ne démontre pas une éventuelle incapacité de travailler. Dès lors, en absence de contre-indication, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi les soins médicaux de son épouse. Il a pu financer leur voyage illégal vers la Belgique et rien ne nous prouve qu'il ne serait, à nouveau, en mesure de trouver les fonds lui permettant de subvenir à ses besoins en matière de santé. Nous devons considérer ces informations comme étant crédibles étant donné que la requérante, dans le cadre de sa demande d'asile, les a transmises aux autorités belges compétentes en vue de se faire reconnaître comme réfugiée.

« Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles en Macédoine » ».

3.5.2. Quant à la disponibilité des soins et du traitement, cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif, et n'est pas utilement contestée par les parties requérantes, qui se bornent à faire valoir que les « sources sont manifestement obsolètes ». Cependant, le dossier administratif montre que le contenu des sources d'information MedCOI, coïncide avec la motivation du rapport du médecin fonctionnaire, et démontre la disponibilité du suivi et du traitement nécessaire à la première requérante.

3.5.3. Quant à l'accessibilité du suivi et du traitement au pays d'origine, l'avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, relève, notamment, l'existence d'une couverture d'assurance obligatoire, et d'assurances supplémentaires, et constate que « les soins psychiatriques sont offerts principalement par des institutions publiques ». Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne à faire valoir des extraits d'un rapport de l'OSAR, pour affirmer que « le système de santé macédonien est déplorable », et qu' « à la lecture du rapport on constate qu'il n'y a pas suffisamment de personnel, mal formé et surtout que l'on fait subir aux patients des traitements inhumains et dégradants ».

Cependant, les extraits de ce rapport international, et d'articles de presse, cités en termes de requête, sont invoqués pour la première fois. Le Conseil rappelle que le fait d'apporter une pièce à l'appui de la requête n'implique pas de plein droit qu'il ne peut en tenir compte. La prise en considération dans les débats de pièces qui sont pour la première fois jointes à la requête est justifiée dans deux cas. Le premier est celui dans lequel l'autorité administrative prend un acte administratif d'initiative, en d'autres mots, sans que la partie requérante n'en ait fait la demande. Le deuxième, qui s'applique en l'occurrence, est celui dans lequel l'autorité administrative refuse d'accorder la faveur que la partie requérante a demandée. Dans ce cas, cette dernière doit déjà avoir exposé dans sa demande la raison pour laquelle elle estime avoir droit à ce qu'elle demande. Or, l'autorité administrative peut envisager de lui refuser cette faveur pour des raisons que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper au moment de sa demande. Dans ce cas, l'autorité administrative doit lui donner l'occasion de faire valoir son point de vue sur les faits qui fondent ces raisons et sur l'appréciation de ces faits.

En l'occurrence, eu égard aux termes de l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que les parties requérantes étaient dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de leur demande, que la partie défenderesse pourrait leur refuser l'autorisation de séjour, demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de leur situation, que la première requérante pouvait bénéficier d'un traitement approprié et suffisamment accessible dans son pays. Elles ne peuvent dès lors reprocher à la partie

défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'éléments dont elles se sont gardées de faire valoir la pertinence au regard de leur situation individuelle, dans la demande d'autorisation de séjour, ou à tout le moins, avant la prise des actes attaqués. Le Conseil estime dès lors ne pas pouvoir prendre ces éléments en considération en l'espèce.

Le motif de l'avis du fonctionnaire médecin, relatif à la capacité à travailler de « l'époux » de la première requérante, présente un caractère surabondant. Partant, la cinquième branche du moyen ne peut suffire à l'annulation du premier acte attaqué.

3.5.4. Au vu de ce qui précède, les informations de la partie défenderesse sont suffisamment précises et fiables pour établir la disponibilité et l'accessibilité du suivi et de la prise en charge des soins requis, dans le pays d'origine des requérantes. La partie défenderesse a pu, sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, ni méconnaître la foi due aux actes ni les dispositions visées au moyen, fonder le premier acte attaqué sur les raisons qu'elle indique dans la motivation de cet acte.

3.6. L'annulation des deuxième et troisième actes attaqués, qui constituent les accessoires de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation, ne se justifie, dès lors, pas, au vu de ce qui précède.

3.7. Il résulte de ce qui précède que le moyen n'est fondé en aucune de ses branches.

4. Débats succincts.

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, 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 quinze mars deux mille vingt-deux, par :

Mme N. RENIERS,

Présidente de chambre,

Mme A. LECLERCQ,

Greffière assumée.

La greffière,

La présidente,

A. LECLERCQ

N. RENIERS