



Arrêt

n° 348 757 du 22 juin 2026
dans l'affaire X I

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître B. BOUCHAT
Avenue Henri Jaspar 109
1060 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration et désormais par la
Ministre de l'Asile et de la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA 1^{ère} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 octobre 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 2 septembre 2024.

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

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 12 mars 2026 convoquant les parties à l'audience du 3 avril 2026.

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

Entendu, en leurs observations, Me B. BOUCHAT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me Z. AKKA *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La partie requérante est arrivée en Belgique le 6 janvier 2015.

Le 14 janvier 2015, elle a introduit une demande de protection internationale, qui s'est clôturée négativement par un arrêt du Conseil de céans n° 197 382, prononcé le 29 décembre 2017.

Le 10 juillet 2017, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire-demandeur de protection internationale (annexe 13quinquies).

Le 13 novembre 2017, 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.

Le 5 février 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire.

Le 10 août 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), ainsi qu'une interdiction d'entrée d'une durée de trois ans (annexe 13sexies).

Le 12 mars 2019, la partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 17 juillet 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté en date du 25 janvier 2022 par un arrêt du Conseil de céans n° 267 220.

Le 15 novembre 2019, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies). Le recours introduit contre cette décision selon la procédure de l'extrême urgence a été rejeté par l'arrêt du Conseil n° 229 272 pris en date du 26 novembre 2019.

Le 3 décembre 2019, la partie requérante a introduit une deuxième demande de protection internationale qui s'est clôturée négativement par un arrêt du Conseil de céans n° 241 752, prononcé en date du 30 septembre 2020.

Le 19 mars 2019, la partie défenderesse a pris la décision de libérer la partie requérante sans plus.

Le 5 décembre 2019, elle a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, et le 24 septembre 2020, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse. Cette décision a été annulée par un arrêt du Conseil de céans n° 267 221 du 25 janvier 2022.

Le 12 mai 2020, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Par une décision du 15 avril 2021, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable.

Le 3 mai 2021, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter précité. Le 8 juin 2021, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire.

Le 25 juin 2021, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9bis susvisé.

Le 13 février 2024, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 17 mai 2024, elle a introduit une nouvelle demande sur la même base.

Le 2 août 2024, le fonctionnaire-médecin a rendu son avis médical.

Le 2 septembre 2024, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevables mais non fondées les demandes d'autorisation de séjour des 5 décembre 2019 et 17 mai 2024. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 02.08.2024, (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 et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.).

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

- 1) il n'apparaît pas 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*
- 2) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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.*

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

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».

2. Exposé du moyen unique d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la :

- « - Violation des articles 2, 3 et 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme
- Violation de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne
- 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
- Violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs
- Violation du principe général de bonne administration qui impose à l'administration de statuer sur la base de tous les éléments de la cause
- Violation du principe général de bonne administration du devoir de minutie et pour cause d'erreur manifeste d'appréciation dans le chef de l'administration ».

2.2. Dans la deuxième sous-branche de la deuxième branche, la partie requérante reproche notamment à la partie défenderesse de ne pas avoir procédé à un examen suffisant de la qualité des soins disponibles au pays d'origine ni de leur adéquation concrète à sa situation médicale.

Elle fait valoir qu'elle avait pourtant souligné auprès de la partie défenderesse que la République démocratique du Congo manque cruellement d'hôpitaux, que les médicaments y sont hors de prix, qu'il n'existe ni mutuelles ni couverture financière des soins de santé au sens large, et que les conditions des centres de santé sont déplorables.

Elle ajoute avoir fait valoir que les centres et hôpitaux manquent de matériel de première nécessité, tels que l'électricité, les draps, les lits ou encore les médicaments, que le système de soins y est archaïque, que la qualité des soins est déplorable, que les moyens investis dans le domaine de la santé, tout comme le personnel médical, sont insuffisants. La partie requérante ajoute encore que le pays souffrirait d'un manque d'infrastructures sanitaires, que de nombreux médicaments seraient de mauvaise qualité, que le contexte post-conflit continuerait de fragiliser l'ensemble du système sanitaire, et qu'il existerait un mauvais système de régulation des soins, en telle sorte que la population indigente serait, dans les faits, privée de soins adéquats.

2.3. Dans la troisième sous-branche de la deuxième branche, elle fait valoir qu'elle avait exposé, dans sa demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales, « la situation désastreuse quant à la non disponibilité de soins adéquats en RDC ».

La partie requérante soutient ainsi que le médecin psychiatre assurant son suivi avait expressément indiqué qu'un retour au pays d'origine impliquait un risque de non-disponibilité du traitement indispensable à sa stabilisation, avec un risque de décompensation particulièrement nocif pour sa santé mentale. Elle ajoute que ce médecin relevait également que le suivi nécessité par son état n'était pas disponible au Congo.

Elle expose encore que ces inquiétudes étaient partagées par un médecin exerçant à l'hôpital général de Kinshasa, lequel aurait confirmé la piètre qualité des soins de santé en République démocratique du Congo ainsi que leur absence d'accessibilité effective pour la population, au point qu'il ne s'agirait pas seulement d'un suivi non idéal, mais d'un suivi véritablement inadéquat et défaillant.

La partie requérante rappelle également que le pays manquerait cruellement d'hôpitaux, de personnel médical, d'équipements, de fournitures et de médicaments, tandis que les médicaments seraient hors de prix, qu'il n'existerait ni mutuelles ni couverture financière des soins de santé, et que les centres hospitaliers fonctionneraient dans des conditions particulièrement déplorables, marquées notamment par un manque d'électricité, de lits, de draps ou encore de médicaments. Selon elle, l'aide humanitaire n'est pas suffisante pour pallier ces lacunes.

Elle ajoute que plusieurs sources feraient état d'une prévalence croissante des maladies cardiovasculaires en République démocratique du Congo, alors même que leur prise en charge serait limitée par le manque de formations appropriées, d'équipements essentiels et d'accès aux médicaments, peu d'établissements proposant des services adaptés à ce type de pathologies et aux situations de comorbidité.

Elle fait encore valoir que plusieurs sources feraient état de la faiblesse structurelle du système de santé congolais, fragilisé par des décennies de conflits armés, limitant l'accès effectif aux soins pour la population.

Elle ajoute que des rapports souligneraient également l'existence de graves dysfonctionnements affectant le système général de soins de santé dans ce pays, notamment un manque de fournitures et de personnel qualifié, un manque de surveillance ainsi que des coûts particulièrement élevés pour les personnes nécessitant des soins, la fourniture de traitement antirétroviraux contre le VIH étant en outre décrite comme particulièrement mauvaise.

S'agissant plus particulièrement de la santé mentale, la partie requérante soutient que les soins psychiatriques seraient particulièrement déficients, voire inexistantes en République démocratique du Congo. Elle indique qu'un rapport de l'OSAR confirme notamment le manque de personnel qualifié (moins de soixante neuropsychiatres dans tout le pays), les faibles capacités d'hospitalisation, les conditions de prise en charge particulièrement difficiles dans les hôpitaux (conditions hygiéniques et surpopulation), l'intégration très limitée des services de santé mentale dans les soins primaires, ainsi que l'absence presque totale de psychothérapies adaptées, notamment de thérapies cognitivo-comportementales, la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux réduisant l'accès aux soins, ainsi qu'une disponibilité limitée des médicaments.

Elle expose que les personnes souffrant de troubles psychiatriques feraient l'objet d'une forte stigmatisation sociale, les troubles mentaux étant fréquemment associés à la sorcellerie ou à des possessions démoniaques, ce qui réduirait davantage encore l'accès aux soins et conduirait parfois à l'abandon des patients par leur entourage.

Elle fait également valoir que le personnel qualifié en santé mentale y serait largement insuffisant, plusieurs sources relevant le nombre extrêmement limité de spécialistes disponibles dans le pays. Elle souligne notamment qu'une recherche effectuée dans un annuaire médical congolais ne ferait apparaître qu'un seul psychiatre répertorié.

La partie requérante ajoute encore que les rares structures spécialisées existantes disposeraient de moyens extrêmement limités, ne permettant ainsi pas de répondre à l'ampleur des besoins de la population.

Elle ajoute encore que l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires demeurerait particulièrement limitée, en raison notamment de la faible adhérence des bénéficiaires au traitement, des difficultés d'accès aux soins, de leur coût, du fossé persistant entre l'offre et la demande de soins psychiatriques, l'influence des religieux et des traditionnels ainsi que du contexte social et politique fragile affectant le système de santé congolais.

Elle fait encore valoir que les pathologies mentales feraient l'objet d'une faible acceptation sociale en République démocratique du Congo, dans un contexte marqué par une couverture sanitaire embryonnaire, une insuffisance de spécialistes et l'absence de structures médicales adaptées. Selon elle, ces éléments concourent à des traitements inadéquats pour des personnes atteintes de psychose et de schizophrénie.

Elle cite également des extraits d'articles concernant les ruptures de stock de psychotropes et neuroleptiques, ainsi qu'un phénomène de falsification de médicaments dans le pays d'origine.

Elle reproche à la partie défenderesse de s'être limitée à des informations non exhaustives, sans répondre aux éléments essentiels invoqués dans sa demande, notamment ceux relatifs à la perception des maladies mentales, aux ruptures de stock des médicaments psychiatriques ainsi qu'à l'insuffisance de spécialistes et de structures adaptées, en telle sorte que l'acte attaqué violerait l'obligation de motivation formelle, le devoir de minutie et serait entaché d'une erreur manifeste d'appréciation.

3. Discussion.

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 [...]. Ce certificat médical [...] indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire ».

Le cinquième alinéa indique que « l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de séjour du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer, il 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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

Le Conseil rappelle également qu'en vertu de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, « la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate ».

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'expliciter les motifs de ces motifs. La décision doit, toutefois, faire 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. Cette obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le demandeur de l'autorisation de séjour, mais lui impose de répondre, par l'acte lui-même, aux arguments essentiels de ce dernier, fût-ce de façon implicite mais certaine.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la partie requérante conteste les constats posés par le fonctionnaire-médecin s'agissant de la disponibilité du traitement médical requis par son état de santé et soutient qu'il n'a pas répondu à suffisance à l'argumentation invoquée à l'appui de la demande d'autorisation de séjour du 17 mai 2024 tenant notamment à la défaillance du système de soins de santé congolais, y compris de santé mentale.

Ainsi, la partie requérante s'exprimait comme suit :

« 1.1. Concernant la question de la disponibilité des traitements et des soins, il est fondamental de préciser que le médecin psychiatre accompagnant le requérant souligne qu'un retour au pays implique le risque de non disponibilité du traitement du patient, indispensable à sa stabilisation et que dès lors, un tel retour pourrait s'avérer très nocif pour la santé mentale du requérant (risque de décompensation) (pièce 8, b)). Le médecin psychiatre relève que le suivi nécessité par le patient n'est pas disponible au Congo (pièce 6), où il ne pourra pas bénéficier du traitement nécessité (pièce 8, a)).

1.2. Cette inquiétude du médecin belge est partagée par les médecins congolais.

En effet, le requérant a veillé à contacter le Docteur [X], travaillant à l'Hôpital Général de Kinshasa (ex Mama Yemo) afin de s'enquérir de l'état actuel des soins de santé au Congo, et le sort qui lui serait réservé en cas de retour au pays d'origine (sachant que, privé du traitement adéquat, c'est sa vie et celle des autres qui serait en danger avéré).

Le médecin déplore la piètre qualité des soins de santé au Congo, et leur non-accessibilité dans les faits pour la population, au point qu'au-delà d'un suivi médical qui n'est pas idéal, il s'agit véritablement d'un suivi médical inadéquat puisque « défaillant », et parant (sic), dangereux, ce qui justifie l'octroi d'un titre de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi de 1980 susmentionnée.

En effet, sont déplorés les points suivants :

- La défaillance du système de soins de santé congolais ;
- Un système de soins archaïque ;
- Une qualité à l'image des moyens accordés au domaine de la santé : déplorable ;
- Un personnel médical de qualité bien insuffisant ;
- Le manque d'infrastructures sanitaires en place ;
- Une mauvaise qualité de médicaments ;
- Une population pauvre privée dans les faits de soins adéquats ;
- Un contexte post-conflit fragilisant le système sanitaire tout entier ;
- Une absence de couverture financière pour bénéficier de soins de santé ;
- Un mauvais système de régulation des soins (pièce 10)

1.3. Le requérant souhaite attirer l'attention sur le fait que le pays manque cruellement d'hôpitaux ; les médicaments sont hors de prix ; il n'y a pas de mutuelles ; les conditions des centres de santé sont déplorables, et les centres et hôpitaux manquent de matériel de première nécessité, tels que l'électricité, des draps, des lits, des médicaments. L'aide humanitaire, précieuse, n'est cependant pas suffisante pour pallier à ces graves lacunes.

Les recherches menées par Asylos le confirment : sont à déplorer en RDC le manque de personnel médical, d'équipement, de fournitures et de médicaments.

Des sources indiquent qu'il existe une prévalence croissante de maladies cardiovasculaires en RDC et que le traitement est limité par le manque de directives et de formations suffisantes appropriées, d'équipements essentiels et d'accès aux médicaments. Les statistiques sanitaires indiquent que peu d'établissements en RDC proposent des services pour les maladies cardiovasculaires et le diabète. Les quelques établissements de soins de santé primaires de Kinshasa de sont pas forcément adaptés aux patients souffrant de comorbidité (voy. "Democratic Republic of Congo: Treatment for diabetes and hypertension", Asylos, juin 2018).

La faiblesse du système de santé congolais est indéniable :

"Fragilisée par des décennies de guerres et de conflits armés, notamment dans l'est du pays, la République démocratique du Congo fait constamment face à des urgences sanitaires de grande ampleur, dont des épidémies récurrentes. L'insécurité, la faiblesse de son système de santé et les contraintes logistiques limitent l'accès aux soins pour les populations" (place 24).

1.4. En outre, les rapports indiquent que le système général de soins de santé en RDC présente des problèmes importants, notamment un manque de fournitures et de personnel suffisamment qualifié, un manque de surveillance, et des coûts importants pour les personnes ayant besoin de soins. La fourniture de

traitement antirétroviraux contre le VIH en RDC a été signalée comme particulièrement mauvaise (voir : « DRC : Healthcare for HIV », Asylos, mai 2019).

1.5.

Soulignons surtout que le système de santé mentale est particulièrement fragile, voire inexistant, en RDC. Un rapport de l'OSAR de février 2022 déposé en pièce 17 confirme les graves problèmes d'accès et de disponibilité des soins de santé mentale en RDC. Sont déplorés :

- Le manque de personnel qualifié en santé mentale (moins de 60 neuropsychiatres dans tout le pays) ;
- Le nombre de places d'hospitalisation limité ;
- Les conditions de prise en charge des patients dans les hôpitaux extrêmement difficiles en raison de conditions hygiéniques lamentables et de la surpopulation ;
- Le fait que seuls 3 % des établissements de soins primaires intègrent des services de santé mentale ;
- Des formations en santé mentale souvent superficielles (et d'une durée de moins d'un mois...);
- Des possibilités de psychothérapies ou autres thérapies par la parole, notamment la thérapie cognitivo-comportementale dont le requérant a besoin, presque inexistantes ;
- Une stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux qui réduit davantage l'accès à des soins (ces personnes sont souvent considérées comme "maudites" ou sans possibilité de guérison) ;
- Une disponibilité limitée des médicaments.

1.6. Le requérant insiste par ailleurs sur le fait que les hospitalisations mises en place à Kinshasa par le passé se sont révélées constituer des soins totalement inadéquats, de sorte qu'elles ne peuvent fonder un constat selon lequel les soins en RDC sont disponibles et accessibles – en effet, même si l'on ne peut exiger qu'ils soient de qualité comparable aux soins belges, encore faut-il qu'ils soient adéquats.

Le requérant précise en effet qu'il fait de brefs séjours en hôpital suite à ses épisodes de délires psychiatriques. Durant ceux-ci, des injections lui étaient administrées. Les professionnels de la santé mentale lui demandaient de prier. Le requérant était ainsi totalement abandonné à son sort au quotidien, et en porte de lucidité totale, jusqu'à une décompensation menant à une hospitalisation, lors de laquelle un médicament dépassé, l'ADOL (un antidouleurs (sic) et anti-inflammatoire pour l'arthrose¹ !) (et la Prométhazine (un antihistaminique ²) qui ne lui convenaient absolument pas, lui était administrés.

1.7. Les personnes souffrant de troubles de santé mentale rencontrent des difficultés liées non seulement à leur pathologie, mais également par la perception de celle-ci par la société environnante.

"Les malades mentaux, dans notre pays, sont le plus souvent abandonnés à nous et essayons de les mettre debout " ajoute-t-elle (pièce 18).

Et :

"Le taux de consultation pour motif de santé mentale relativement faible à Lubero peut s'expliquer de différentes manières. Selon certains auteurs [4, 19], l'intégration de la santé mentale reste problématique pour les prestataires de soins en général. D'autres soulignent que certains patients psychiatriques non psychotiques consultent difficilement puisqu'ils ne reconnaissent pas leurs symptômes. D'autres encore disent que les patients ayant des troubles mentaux (les psychotiques par exemple), ou d'autres pathologies ayant des implications sur la santé mentale, telle que la maladie à virus Ebola, **ne sont pas pris au sérieux par certains professionnels. Ils sont parfois stigmatisés ou discriminés** [20]

Ce qui nous mène à la question de la médicalisation excessive de la santé mentale souvent observée. Selon les résultats de notre étude, les aspects psychiatriques des soins médicaux semblent avoir été privilégiés au détriment des aspects psychosociaux, culturels et spirituels qui peuvent avoir un effet considérable sur le bien-être des gens, et qui apparemment demandent d'autres investissements de la part des prestataires. Les cliniciens ont parfois du mal à regarder au-delà de leur mandat. Les données disponibles n'ont cependant pas permis de trouver des indications qui confirmeraient **l'hypothèse qu'en absence de primes dédiées à l'offre des soins, les prestataires cliniques privilégieraient les traitements médicaux afin de rentabiliser leurs efforts en vendant eux-mêmes des médicaments**. Or cette situation nous renvoi à la question posée par Salvarelli [24] concernant la commercialisation des soins de santé mentale **dans un contexte de pénurie de médicaments utilisés en psychiatrie**. » (pièce 19 – nous soulignons).

Ainsi que :

« **La peur d'une stigmatisation sociale a dû souvent signalée par les usagers des soins de santé mentale. Les chercheurs affirment que la stigmatisation reste un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé mentale et appellent à la sensibilisation des populations pour éviter le rejet des malades par leurs**

¹<https://www.saiph-labo.com/nos-medicaments/4/produit> (consulté le 08/12/2023)

² La prométhazine est un antihistaminique H1, phénothiazine à chaîne latérale aliphatique, qui se caractérise par un effet sédatif marqué aux doses usuelles, d'origine histaminergique et adrénolytique centrale, un effet anticholinergique à l'origine d'effets indésirables périphériques, et enfin un effet adrénolytique périphérique, pouvant retenir au plan hémodynamique (risque d'hypotension orthostatique) : <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/promethazine-2934.html#:~:text=La%20prom%C3%A9thazine%20est%20antihistaminique.et%20en%20un%20un%20effet%20adr%C3%A9nolytique> (consulté le 08/12/2023) ».

familles, amis, employeurs et autres [26-28]. Lorsque la stigmatisation émane des prestataires eux-mêmes au sein des structures sanitaires [29], la question devient encore plus problématique. Le fait que les gens sont supposés recevoir des soins dans une clinique ou CS « spécialisé » en santé mentale peut encore renforcer cette stigmatisation» (pièce 19 – nous soulignons).

Des croyances superstitieuses malheureusement tenaces continuent d'associer troubles mentaux à sorcellerie, la peur du différent créant le rejet, et, par conséquent, l'abandon au mieux.

Un article du *Courrier International* de 2022 relève ainsi ce qui suit :

“Le reportage décrit ainsi la forte présence, “surprenante” même, de personnes visiblement atteintes de maladies psychiques dans les rues de Kinshasa. La situation économique et politique du pays peut expliquer ce phénomène répandu : extrême pauvreté, exode massif des populations rurales vers les villes, désorganisation familiale, insécurité politique liée aux différents mouvements rebelles, autant de “circonstances qui facilitent le développement de troubles mentaux, rappelle le quotidien ibérique”.

À ces conditions matérielles s'ajoute “un arrière-plan d'ignorance, qui devient un terreau idéal pour les superstitions”.

Un travail de “sensibilisation” à la pathologie mentale est d'ailleurs mené par le centre Téléma. Car, détaille El Pais, en RDC, et plus largement en Afrique, la maladie mentale reste “stigmatisée”. Les troubles mentaux “sont attribués à la sorcellerie, et on pense que ceux qui en souffrent sont possédés par un esprit maléfique qui peut nuire à leurs proches”.

Conséquence dramatique, les malades sont parfois chassés par leurs proches, errant dans les rues et laissés totalement à l'abandon, “le regard perdu au milieu de l'indifférence des foules” » (pièce 20 – nous soulignons).

Le personnel qualifié en santé mentale est par ailleurs tout simplement insuffisant en RDC.

Une recherche dans un outil-annuaire de médecins en RDC ne propose d'ailleurs qu'un seul nom dans la sous-catégorie « psychiatre »³.

Les rares centres existant pour traiter les malades mentaux ne sont pas soutenus par le gouvernement, et bénéficient donc de moyens fort limités. Si l'on peut par exemple saluer la création, par philanthropie, du centre de Téléma, il ne peut accueillir tous les malades mentaux du Congo, loin s'en faut. Partout ailleurs ou presque, de tels patients sont rejetés :

« À Téléma, je me sens stabilisé, accueilli, je me sens chez moi parce que j'ai été chassé de ma famille, rejeté par la société. J'y prends mon traitement, je suis les prescriptions. Cela m'aide à vivre et à me relever » (pièce 18).

Ainsi :

« Un centre bien seul face à l'ampleur des besoins

23 personnes travaillent à Matete, dont neuf sœurs venues d'Espagne (la congrégation a été créée en Espagne à la fin du XIX^e siècle) ou du Congo. Deux opérateurs en pharmacie, une laborantine, trois médecins – un neurologue et deux neuropsychiatres – plus un psychologue, ainsi que six consultants les accompagnent au quotidien. Sans compter deux réceptionnistes et des gardiens. Ils ne sont pas de trop pour accueillir les patients et leurs familles. D'autant que « le centre Téléma n'est pas soutenu par le gouvernement » regrette sœur Lyna qui précise : « nous essayons d'aider ces malades par nos propres moyens” qui sont bien limités et qui dépendent pour beaucoup de généreux donateurs.

L'enjeu des dons est essentiel pour la bonne tenue du service. Cela est particulièrement sensible pour les médicaments. Parmi les 350 patients qui poussent chaque jour les portes du centre, il y a ceux qui viennent pour une consultation et d'autres pour acheter leurs pilules. « Nous vendons les médicaments selon les moyens des patients, explique sœur Benelie Kimia, la directrice. On peut vendre un comprimé ou deux seulement, le temps que le patient gagne assez d'argent dans la journée pour revenir le lendemain ».

Le centre vend au prix coûtant. Pas question de faire des bénéfices sur le dos de malades dont la majorité n'a pas le sous. Ce qui a des conséquences sur l'approvisionnement en produits pharmaceutiques. La pharmacie de Téléma est parfois en rupture de stocks, ce qui contraint les patients à se fournir en ville où les prix sont beaucoup plus élevés » (pièce 18).

Quant à l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires, en dépit de certains espoirs portés par des projets innovants, les obstacles restent nombreux : la faible adhérence des

³<https://www.med.tn/docteur-rd-congo/psychiatre/kinshasa> (consulté le 08/12/2023).”

bénéficiaires au traitement ; les problèmes d'accès ; le coût des soins ; le fossé persistant entre la demande et l'offre de soins de santé mentale ; l'influence des religieux et des tradipraticiens ; un contexte social et politique généralement fragile en RDC, emportant un système de soins bancal, et un système de soins de santé encore plus fragile, etc. restent des contraintes majeures (pièce 19).

1.9.

Faible acceptation des pathologies mentales, nombre important de patients effectivement atteints de troubles psychiques, couverture sanitaire embryonnaire, insuffisance de spécialistes et absence de structures médicales adaptées, tous les ingrédients sont malheureusement réunis pour concourir à des traitements inadéquats pour des personnes atteintes de psychose et schizophrénie en RDC, qui ont besoin de soutien, de suivi et de médicaments au quotidien pour stabiliser leur état :

« Au moins 20 millions de Congolais souffrent des problèmes de santé mentale, selon le ministère de la Santé publique.

Il a présenté ces statistiques en marge de la journée mondiale de la santé mentale, célébrée le 10 octobre de chaque année.

Cependant, a noté ce ministère, la couverture sanitaire des personnes en débilité mentale reste encore faible, à peine 5 %.

Entre mépris, insuffisance de spécialistes dédiés et de structures médicales adaptées, la maladie mentale reste le parent pauvre du système de santé publique congolais. Difficile de marcher dans les rues congolaises sans apercevoir des personnes, en pleine errance, à moitié nues, en train de fouiner dans les bacs à ordures pour manger. Cela dans l'indifférence totale. Ces citoyens, appelés abusivement fous, sont bien souvent atteints de schizophrénie, l'un des plus fréquents troubles mentaux qui entraîne un comportement déviant ou dérangeant exclusivement lié à la maladie, a fait savoir Dr Serge Munane, psychiatre congolais.

Il a regretté que le domaine de la santé mentale soit très peu soutenu par l'État congolais et les quelques acteurs qui financent ou appuient ce secteur soient des bailleurs extérieurs.

Pour Dr Serge Munane, l'autre urgence est d'avoir plus de professionnels dédiés car le nombre de psychiatres en RDC est encore très faible par habitant.

Ajouté à cela, une faible acceptabilité de la maladie de la santé mentale dans les communautés.

La plupart des pathologies sont considérées comme des possessions démoniaques ou bien des problèmes spirituels, précise ce psychiatre » (pièce 21 – nous soulignons).

1.10.

Les psychotropes et neuroleptiques continuent d'être fréquemment en rupture de stock :

« Durant la phase de déploiement du projet, dans les structures sanitaires appuyées, les médicaments psychotropes essentiels étaient généralement disponibles, mais dans certaines structures, des ruptures de stock allant de un à dix jours par mois ont été signalées » (pièce 19).

Et c'est sans compter le phénomène de falsification de médicaments qui existe malheureusement en République démocratique du Congo :

« Plus de 1000 patients ont été victimes d'un médicament falsifié ou mal étiqueté en République démocratique du Congo, dont une majorité d'enfants. Onze personnes sont mortes.

En décembre 2014, plus de mille habitants du district d'Ituri, en République démocratique du Congo, furent victimes d'une étrange épidémie : des spasmes dans le cou interprétés comme des raiders firent penser à une épidémie de méningite. Mais l'épidémiologie ne correspondait pas, et les autres symptômes cliniques de la méningite, notamment la fièvre, étaient absents. Parmi 83 patients chez qui le doute subsistait, une ponction lombaire fut réalisée : la bactérie *Neisseria meningitidis*, responsable de la méningite, ne fut retrouvée que chez 4 d'entre eux. C'est en regardant des vidéos de patients et en notant des troubles moteurs (dystonie) du tronc et de la face que des neuropédiatres soupçonnèrent une intoxication [...]

Au total, 1029 personnes furent hospitalisées entre décembre 2014 et août 2015 pour des dystonies ou des cas suspects de méningite, relatent dans le Lancet. Plus de 60 % des patients étaient des enfants âgés de moins de 15 ans. Les dystonies sont rarement mortelles, précisent les auteurs, mais sont source d'inquiétude, de panique et de honte. Lors de cette épidémie, 11 patients décédèrent, dont 5 âgés de moins de 5 ans.

Un antipsychotique 20 fois trop dosé

Quel mystérieux produit avait bien pu provoquer cette épidémie ? Des analyses toxicologiques de l'urine de 9 patients, et de 39 médicaments disponibles en pharmacie ou dispensés par un centre de santé gouvernemental furent réalisées. Verdict : de l'halopéridol, un neuroleptique antipsychotique, fut détecté dans

tous les échantillons d'urine et dans 9 comprimés jaunes présentés comme contenant du diazépam, un anxiolytique de la famille des benzodiazépines fréquemment délivré dans la région, notent les auteurs, "pour traiter un large champ de maladies contre lesquelles le diazépam ne devrait pas être utilisé" ("des troubles du sommeil aux maux de tête, en passant par le paludisme", précise le Dr Nicolas Peyraud, premier auteur de la publication, dans un communiqué de Médecins sans frontières).

La dose moyenne par comprimé était de 13,1 mg d'halopéridol, soit "20 à 25 fois la dose quotidienne maximale recommandée pour un enfant de 5 kilos", écrivent les auteurs.

Comprimés reconditionnés

"Il est plus que probable que ces comprimés étaient des médicaments contrefaits, délibérément et frauduleusement mal étiquetés", dénoncent les auteurs. Les comprimés semblaient venir d'un laboratoire indien commercialisant officiellement de l'halopéridol, mais auraient été reconditionnés dans des bouteilles estampillées "diazépam" et vendus par un distributeur basé à Kampala (Ouganda).

"Les systèmes de régulation médicale fragiles, des sanctions trop faibles, la corruption et des frontières poreuses rendent les populations extrêmement vulnérables aux médicaments toxiques ou sous-dosés", alertent les auteurs du Lancet, évoquant des "productions à échelle industrielle de versions falsifiées" des médicaments les plus utilisés.

Contrefaçon

Un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait ainsi en 2010 que parmi 26 autorités de régulation sanitaires en Afrique, 14 "manquent de programme de surveillance qualité". Vendredi, l'Organisation mondiale des douanes et l'institut de recherche anti-contrefaçon de médicaments annonçaient une nouvelle saisie record en septembre dernier, avec, en 10 jours et dans 16 pays, 113 millions de produits pharmaceutiques illicites et potentiellement dangereux saisis, dont une majorité de produits de première nécessité : antipaludéens, anti-inflammatoires, antibiotiques et médicaments gastro-intestinaux. "Sur les 243 conteneurs maritimes inspectés, 150 contenaient des produits illicites ou contrefaits", précise le communiqué.

Les quatre opérations d'interception de conteneurs menées depuis 2012 ont permis la saisie de plus de 900 millions de produits pharmaceutiques. En 2012, un rapport de l'organisation douanière estimait que près de 10 milliards de médicaments contrefaits étaient chaque année introduits sur le continent africain pour une valeur de 3,85 milliards d'euros. Les auteurs du Lancet espèrent que cette "épidémie" congolaise serve d'appel d'alerte à la communauté internationale » (pièce 22 – nous soulignons).

Partant, concernant la question de la disponibilité des traitements et des soins, il ne fait nul doute que les soins médicamenteux et médicaux dont le requérant a besoin pour rester en vie ne sont pas disponibles en RDC ».

3.3. Le Conseil observe que, dans son avis médical du 2 août 2024, le fonctionnaire-médecin a notamment relevé que les traitements médicamenteux requis ainsi que le suivi spécialisé nécessaire à la prise en charge des pathologies psychiatriques de la partie requérante étaient disponibles en République démocratique du Congo.

À cette fin, il s'est notamment référé à différentes requêtes MedCOI afin d'établir notamment la disponibilité de consultations psychiatriques, de prises en charge spécifiques des patients psychotiques, ainsi que de traitements par admission forcée.

Le fonctionnaire-médecin a également relevé, dans la rubrique « accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », l'existence de certaines structures spécialisées dans la prise en charge des troubles psychiatriques, telles que le Centre neuro psycho-pathologique (CNPP), les « Frères de la Charité catholiques » ou encore le centre de santé mentale « TELEMA » », lequel est présenté comme un centre de référence dans le traitement des maladies mentales en République démocratique du Congo.

Par ailleurs, l'avis médical rappelle qu'il n'est pas exigé que le niveau de qualité des soins disponibles au pays d'origine soit équivalent à celui offert en Belgique, mais uniquement qu'un traitement approprié y soit possible.

Le Conseil relève dès lors que l'avis médical comporte des développements relatifs à l'existence de structures psychiatriques et de possibilités de prise en charge au pays d'origine.

Toutefois, le Conseil observe que l'argumentation développée par la partie requérante à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ne se limitait pas à contester l'existence formelle de structures psychiatriques en République démocratique du Congo ni à soutenir que les soins disponibles y seraient d'une qualité inférieure à ceux dispensés en Belgique.

En effet, la partie requérante invoquait entre autres, documentation à l'appui, le caractère structurellement insuffisant des infrastructures psychiatriques existantes, les capacités limitées de prise en charge, le nombre extrêmement réduit de spécialistes en santé mentale, les conditions particulièrement difficiles d'hospitalisation et de suivi psychiatrique, et l'insuffisance de l'intégration des soins psychiatriques dans les soins de santé primaires. Elle invoquait également la forte stigmatisation sociale entourant les troubles psychiatriques en République démocratique du Congo, les maladies mentales y étant fréquemment associées à la sorcellerie ou à des possessions démoniaques, ce qui conduirait, dans certains cas, au rejet ou à l'abandon des patients par leur entourage et constituerait un obstacle supplémentaire à l'accès effectif aux soins.

Or, le Conseil constate que le fonctionnaire-médecin se limite essentiellement à établir la disponibilité formelle de certains traitements, suivis et structures psychiatriques, sans toutefois rencontrer concrètement l'argumentation circonstanciée de la partie requérante.

Sans se prononcer sur la réalité ou le bien-fondé des éléments invoqués par la partie requérante, le Conseil estime qu'en omettant de rencontrer ces éléments, la partie défenderesse n'a pas adéquatement motivé l'acte attaqué au regard de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

3.4. En termes de note d'observations, la partie défenderesse fait notamment valoir que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'impose pas qu'il soit procédé à une comparaison du niveau de qualité des soins disponibles au pays d'origine et en Belgique, et soutient que la partie requérante se limiterait à prendre le contrepied de l'avis du fonctionnaire-médecin.

Cette argumentation n'est toutefois pas de nature à renverser le constat qui précède. En effet, l'annulation retenue ne repose ni sur l'exigence d'un niveau de qualité des soins équivalent à celui disponible en Belgique, ni sur une substitution de l'appréciation du Conseil à celle du fonctionnaire-médecin, mais sur l'absence de réponse suffisante à des éléments essentiels invoqués par la partie requérante quant aux obstacles concrets à l'accès effectif à une prise en charge psychiatrique adéquate au pays d'origine.

Ensuite, l'objection selon laquelle la partie requérante prendrait le contrepied de l'acte attaqué ne peut davantage être retenue. En effet, la partie requérante a indiqué les raisons pour lesquelles les arguments contenus dans la demande d'autorisation de séjour n'ont pas trouvé de réponse dans l'avis du fonctionnaire-médecin, et par conséquent dans l'acte attaqué.

3.5. Le moyen unique est fondé en sa deuxième branche, dans les limites exposées ci-dessus, et en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ce qui doit conduire à l'annulation de l'acte attaqué.

3.6. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

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 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 2 septembre 2024, est annulée.

Article 2

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

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-deux juin deux mille vingt-six par :

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

M. A. IGREK,

greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

M. GERGEAY