



Arrêt

**n° 244 944 du 26 novembre 2020
dans l'affaire X VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. DELGRANGE
Chaussée de Haecht 55
1210 BRUXELLES**

contre:

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
et de l'Asile et la Migration et désormais le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 08 juin 2020, par X, *alias* X, qui déclare être de nationalité zimbabwéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, prise le 14 avril 2020.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 11 août 2020 convoquant les parties à l'audience du 4 septembre 2020.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P. DELGRANGE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La partie requérante ne précise pas la date de son arrivée sur le territoire belge.

Après une demande de protection internationale introduite pour elle-même le 20 novembre 2017 puis une autre pour ses filles, dont aucune n'a abouti à une décision de reconnaissance de la qualité de réfugié ou d'octroi du statut de protection subsidiaire, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 14 avril 2020, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande.

Il s'agit de l'acte attaqué, qui est libellé 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.

Madame [M.,Z.] invoque son problème de santé, à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Zimbabwe, pays d'origine des requérantes.

Dans son avis médical remis le 08.04.2020, (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 à la requérante, 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 de la requérante accompagnée de ses deux filles à leur pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Zimbabwe.

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

Dès lors,

Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée, madame [M.,Z.], souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette pathologie n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que sa prise en charge thérapeutique est disponible et accessible au Zimbabwe.

[...].».

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de :

- la violation de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, notamment ses articles 2 et 3 ;
- la violation de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après loi du 15 décembre 1980), notamment ses articles 9ter et 62 ;
- la violation de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, notamment son article 4 (ci-après arrêté royal du 17 mai 2007);
- la violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (ci-après CEDH);
- la violation des principes généraux de droit et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, en ce compris le devoir de minutie ;
- l'erreur manifeste d'appréciation, la contrariété, l'insuffisance dans les causes et les motifs ;

2.2. Dans une **première branche**, intitulée «*l'absence de motivation adéquate et erreur manifeste d'appréciation quant à la disponibilité des soins* », la partie requérante développe ce moyen dans les termes suivants (le Conseil omet ici les notes de bas de page dont il sera cependant tenu compte):

En ce que la partie adverse procède à un examen de la disponibilité du traitement médical de la requérante de manière générale et théorique;

Alors que l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les articles 3 et 13 de la CEDH imposent un examen attentif et rigoureux de la disponibilité des soins.

Le médecin-conseil indique que le suivi psychologique/psychiatrique et les médicaments constituant le traitement de la requérante sont disponibles au Zimbabwe.

La partie adverse se réfère à cet égard aux sources suivantes :

- à une requête de la base de données Medcoi
- au site www.mcoz.co.zw
- au site www.mohcc.gov.zw
- au site www.mdpcz.co.zw
- au site <https://parihosp.org>

Selon la requête MedCOI, le traitement par un psychologue et un psychiatre serait disponible au Zimbabwe.

Selon l'agence de contrôle des médicaments du Zimbabwe, un dérivé du citalopram et la trazodone seraient enregistrés au Zimbabwe.

Enfin, le site du Pari Hospital d'Harare disposerait de psychiatres et d'un psychologue.

La requérante soulignait cependant dans sa demande d'autorisation de séjour non pas l'absence de psychologues et de psychiatre, mais la criante insuffisance du personnel des soins de santé mentale:

« Le site friendshipbenchzimbabwe.org donne les chiffres suivant pour la disponibilité des soins psychiatriques et psychologiques au Zimbabwe :

Il y aurait 11 psychiatres et 20 psychologues cliniques sur l'ensemble du pays, à savoir moins de 1 psychiatre pour 1 million d'habitants puisque le pays compte plus de 14 millions d'habitants.

Un article du Monde du 15 mai 2019 décrit le projet Friendship Benches comme suit :

« Dixon Chibanda est l'un d'entre eux. Il est à l'origine du projet mis en place dans la plupart des banlieues de la capitale depuis 2006. A cette époque, les rares psychiatres du Zimbabwe ont quitté le pays, en pleine crise économique. Encore étudiant en master de santé publique, Dixon Chibanda relève un niveau élevé de troubles mentaux communs, comme la dépression et l'anxiété, dans les quartiers populaires. Il décide d'agir et obtient le soutien du département de santé de Harare. Appui symbolique puisque ni financement, ni médecin, ni infirmière, ni bâtiment ne lui sont accordés. « On m'a proposé de travailler avec quatorze grands-mères bénévoles, déjà conseillères en santé dans le quartier de Mbare. Si j'ai construit le projet ainsi, ce n'est pas pour faire joli. C'est par nécessité. »

(...)

A Ngomahuru, le deuxième plus grand hôpital psychiatrique du Zimbabwe ne compte aucun psychiatre. »

Cela montre le manque cruel de psychiatres au Zimbabwe. Si le projet Friendship Benches, dans ce contexte, est une initiative admirable, il ne peut remplacer les soins dont la requérante a besoin :

« Cette approche, plus médico-sociale que psychiatrique, se résume en trois concepts. « "Kusimudzira", pour relever votre esprit, "kusimbisa", pour renforcer votre esprit, et "kusimbisisa",

pour renforcer encore plus », énumère Esilida en désignant les mots inscrits sur le pagne de tissu jaune qu'elle resserre autour de sa taille. »

Il est donc évident que les soins adéquats ne sont pas disponibles au Zimbabwe. »

Le site Friendshipbenchproject, auquel se référait le CGRA pour refuser la demande d'asile des filles de la requérante, reprend en effet le schéma suivant :

Important Facts About Mental Health In Zimbabwe

1. One in four Zimbabweans suffers from a common mental disorder (CMD), i.e. depression or anxiety.
2. In a population of 13 million, there are only 11 psychiatrists and 20 clinical psychologists. That's fewer than one psychiatrist per one million people.
3. Only two of nine mental health institutions in the country have psychiatrists.

In a country with only eleven psychiatrists where one in four citizens have a CMD [<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/factsandfigures/>], it's easy to wonder if there is anything being done to help improve mental health in Zimbabwe. That's where The Friendship Bench Project comes in.

Un article de la BBC du 27 mai 2018 confirme ces informations :

« Yet those suffering from depression have few options due to a dearth of mental health professionals. Chibanda, who is director of the African Mental Health Research Initiative and an associate professor of psychiatry at the University of Zimbabwe and the London School of Hygiene and Tropical Medicine, is one of just 12 psychiatrists practising in Zimbabwe – a country of over 16 million.”² (pièce 3)

(Traduction libre: Pourtant, les personnes souffrant de dépression n'ont guère d'options en raison du manque de professionnels de la santé mentale. Chibanda, qui est directeur de l'Initiative africaine de recherche sur la santé mentale et professeur associé de psychiatrie à l'université du Zimbabwe et à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, est l'un des 12 psychiatres seulement qui exercent au Zimbabwe - un pays de plus de 16 millions d'habitants.)

Le Dr. Chibanda était également interviewé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2018 et expliquait comme suit son parcours en psychiatrie au Zimbabwe :

« I was never really comfortable in psychiatry because I did not like the institutionalization, with the use of seclusion rooms and people walking around like zombies. I thought there had to be another way. While working as a registrar at Harare Central Hospital, I was a consultant with the World Health Organization (WHO) in the field of mental health legislation and policy and travelled to Benin, Ghana, Malawi, Zambia and other African countries. I saw how pervasive human rights violations of people with mental, neurological and substance use disorders were. At the same time, in Zimbabwe, with only five psychiatrists and a few psychologists for a population of 10 million people at the time, I realised that we would never reduce the treatment gap with our mental health professionals alone. So I left full-time clinical practice to study public health, hoping to find a way to take mental health to the community.” (pièce 5)

(Traduction libre: Je n'ai jamais été vraiment à l'aise en psychiatrie parce que je n'aimais pas l'institutionnalisation, avec l'utilisation de salles d'isolement et les gens qui se promènent comme des zombies. Je pensais qu'il devait y avoir un autre moyen. Tout en travaillant comme greffier à l'hôpital central de Harare, j'étais consultant auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le domaine de la législation et de la politique en matière de santé mentale et j'ai voyagé au Bénin, au Ghana, au Malawi, en Zambie et dans d'autres pays africains. J'ai pu constater à quel point les violations des droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie étaient répandues. Dans le même temps, au Zimbabwe, qui ne comptait alors que cinq psychiatres et quelques psychologues pour une population de 10 millions d'habitants, j'ai réalisé que nous ne réduirions jamais l'écart de traitement avec nos seuls professionnels de la santé mentale. J'ai donc quitté la pratique clinique à plein temps pour étudier la santé publique, espérant trouver un moyen d'amener la santé mentale à la communauté.)

Le site internet de l'OMS indiquait dans une publication du 2 avril 2019 qu'il n'y a que 15 psychiatres au Zimbabwe :

« However, despite the country now having a clear blue print for mental health, it was noted by the Deputy Director, Mental Health Dr Rwafa, that the country still faces a lot of challenges in the implementation of the strategy. The key challenges are on human resources for health with the country having only 15 practicing psychiatrists.”³

(Traduction libre: Toutefois, bien que le pays dispose désormais d'un plan d'action clair en matière de santé mentale, le directeur adjoint de la santé mentale, le Dr Rwafa, a fait remarquer que le pays doit encore relever de nombreux défis dans la mise en œuvre de la stratégie. Les principaux défis concernent les ressources humaines dans le domaine de la santé, le pays ne comptant que 15 psychiatres en exercice.)

Un article du journal zimbabwéen Newsday relève ce qui suit :

« ZIMBABWE has less than 20 psychiatrists amid increased demand for mental health services due to the deteriorating economic situation in the country with a population of around 15 million people, the Zimbabwe Association of Doctors for Human Rights (ZADHR) has said.

A report presented at the 41th session of the Human Rights Council currently underway in Geneva, Switzerland, the ZADHR yesterday said mental disorders were among the commonest cause of disability in Zimbabwe, but government continued to give lip service to mental health care.”⁴ (pièce 4)

(Traduction libre: ZIMBABWE compte moins de 20 psychiatres, alors que la demande de services de santé mentale augmente en raison de la détérioration de la situation économique du pays, qui compte environ 15 millions d'habitants, a déclaré l'Association zimbabwéenne des médecins pour les droits de l'homme (ZADHR).

Un rapport présenté lors de la 41e session du Conseil des droits de l'homme actuellement en cours à Genève, en Suisse, la ZADHR a déclaré hier que les troubles mentaux étaient parmi les causes les plus fréquentes de handicap au Zimbabwe, mais le gouvernement a continué à ne faire qu'effleurer les soins de santé mentale.)

La décision attaquée ne contredit pas cette grave pénurie. La requête MedCOI n'indique pas combien de psychologues ou de psychiatres seraient disponibles.

Le site internet de Pari Hospital mentionne ce qui suit :

« Mission Seeks to excel in the provision of comprehensive quality client care through a holistic approach in the Bio Psych , Social and spiritual model of care, resizing our objective as enshrined in the hospital philosophy. Brief Description It is a mental hospital which caters for the acute, sub cute, chronic and also mental subnormal patients including those with psychological, Neurological and substance abuse.

Occupational therapy
Resource center
Diversion therapy

Patients are protected by the Mental health Act & Policy 1996, which states that mental health is treated free of charge. (Funded by the government) Staff

SWO- 1
Sister in Charge-1
Registered Mental Nurse-6
Registered General Nurse-10
Nurse aids-7
Occupational Therapist- 2

Rehab Technician-1
Psychologist-1
Psychiatrist Consultants-3 »

Il n'y a donc qu'un psychologue pour cet hôpital de santé mentale. Selon Wikipédia, il s'agit cependant de la plus grande institution médicale du pays⁵.

Il est clair que la présence de quelques spécialistes sur le territoire n'est pas suffisante pour avoir un réel aperçu de la disponibilité du traitement constitué du suivi par un tel spécialiste et ne permet pas de remettre en cause les informations déposées par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour selon lesquelles le Zimbabwe ferait face à une pénurie de spécialistes de la santé mentale.

Le médecin conseil de la partie adverse ne démontre nullement avoir tenu compte de ces informations et contrevient ainsi à l'obligation de motivation et au devoir de minutie qui incombe à la partie adverse

La partie adverse ne peut se contenter, en vertu de son obligation de motivation, de se référer à des informations générales sans tenir de tous les éléments du dossier et sans confronter ces informations générales aux documents figurant au dossier administratif.

A cet égard Votre Conseil a considéré dans un arrêt n° 81.893 du 29 mai 2012 que :

« 3.3. En termes de recours, la partie requérante rappelle qu'elle avait exposé que selon plusieurs articles parus sur le site Magharebia faisant état de la pénurie de médecins spécialistes de la santé mentale (selon elle, un psychiatre pour 100.000 habitants) et se réfère au rapport d'OMS constatant la situation dramatique de la santé mentale au Maroc.

L'on observe que ces éléments figurent effectivement dans la demande d'autorisation de séjour de la requérante ainsi que dans l'actualisation du 3 janvier 2011. Force est de constater que la partie défenderesse se contente de se référer à un site internet général qui mentionne la présence de sept psychiatres mais ne fournit aucun élément de réponse à l'égard des éléments précis invoqués par la partie requérante, laquelle n'invoquait pas l'inexistence de spécialistes mais leur nombre totalement insuffisant et donc remettait en cause la réelle accessibilité au suivi psychiatrique.

3.4. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations à ce sujet ne sont pas de nature à énerver ce constat, celle-ci se contentant d'indiquer que la partie requérante n'a pas contesté les informations de la partie défenderesse ayant trait à la disponibilité des soins mais a juste évoqué le nombre réduit de ceux-ci, ce qui revient à confirmer la disponibilité des soins même si elle est plus difficile. Il appartenait en effet à la partie défenderesse elle-même, étant donné que ces éléments ont été invoqués en temps utile, d'obtenir des compléments d'informations et de s'assurer de la disponibilité réelle des soins au Maroc au vu du faible nombre de médecins et de structures en fonction de la

population et non juste de la présence effective de médecins spécialistes de la santé mentale. ».

En l'espèce, comme indiqué ci-dessus, le médecin conseil ne démontre pas avoir tenu compte des informations déposées par la requérante sur la situation catastrophique dans son pays d'origine en ce qui concerne le manque criant de spécialistes de la santé mentale.

Plus précisément concernant la quantité des soins disponibles, Votre Conseil a déjà estimé dans un arrêt n° 189 963 du 20 juillet 2017 :

A cet égard, le Conseil constate que la partie défenderesse, concernant la disponibilité des soins, se contente d'indiquer que le traitement actif est disponible, et ce sur la base d'une seule « requête MedCOI » datée du 7 octobre 2014 et dépourvue de toute précision quant à la quantité de médicaments disponibles et le risque de pénurie. Au sujet de l'accessibilité des soins, la partie défenderesse décrit le régime de sécurité sociale en vigueur au Cameroun, les possibilités pour la partie requérante d'obtenir le remboursement ou la gratuité des soins et traitements qui lui sont nécessaires ainsi que la possibilité de financer les frais liés à son état de santé par l'exercice d'une activité professionnelle mais reste en défaut d'expliquer les raisons pour lesquelles elle estime ne pas devoir suivre l'argumentation susmentionnée. Tout au plus, la partie défenderesse indique-t-elle, s'agissant des documents auxquels la partie requérante fait référence dans sa demande, que « Ces éléments ont un caractère général et ne vise [sic] pas personnellement le requérant (CCE n° 23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n° 23.771 du 26.02.2009) ». Le Conseil constate cependant qu'un tel motif n'est pas pertinent dans la mesure où la partie défenderesse s'abstient de répondre aux problèmes spécifiquement invoqués dans la demande et se contente d'estimer que la partie requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale alors même que, étant un homme camerounais malade du sida traité par antirétroviraux, elle invoquait spécifiquement la situation de pénurie d'antirétroviraux au Cameroun ainsi que le fait que seulement 15,7 % des hommes éligibles reçoivent actuellement un traitement antirétroviral. Il ne peut dès lors être valablement considéré que la partie requérante ne démontre pas la comparabilité de sa situation avec la situation générale et ce d'autant plus que le médecin conseil de la partie défenderesse indique explicitement que la partie requérante « se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun ».

Dès lors, en indiquant que « l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine », la partie défenderesse ne remplit pas adéquatement son obligation de motivation.

3.2. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observations, ne permet pas d'inverser ce constat. En effet, celle-ci estime, d'une part, que le motif non contesté relatif à la gratuité des soins et l'existence de mutuelles au Cameroun suffit à estimer que la condition d'accessibilité aux soins et suivi nécessaires est remplie. Or, force est de constater que les mécanismes décrits dans l'avis médical du 28 septembre 2016 ne démontrent l'accessibilité des traitements et suivis requis que d'un point de vue financier, ce qui ne saurait être considéré comme répondant adéquatement à la préoccupation exprimée par la partie requérante concernant la quantité limitée de médicaments disponibles rendant *de facto* ceux-ci inaccessibles pour une proportion significative de la population atteinte du sida.

En ce que, d'autre part, la partie défenderesse affirme que la partie requérante « se contente de relever différentes difficultés rencontrées au Cameroun et s'appuie à cet égard sur des articles généraux, sans toutefois préciser en quoi les rapports cités s'appliqueraient à son cas d'espèce », le Conseil renvoie aux considérations exposées *supra* et souligne que les « difficultés » relevées par la partie requérante concernent précisément les personnes se trouvant dans la même situation qu'elle au Cameroun, ce que le médecin conseil de la partie défenderesse ne manque pas de reconnaître dans son avis médical.

3.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen pris, notamment, de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, ainsi que du « principe de bonne administration » impliquant une obligation de prise en considération de l'ensemble des éléments de la cause, est fondé et suffit à l'annulation du premier acte

attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

Il ne suffit donc pas de constater qu'il existe un suivi psychologique et psychiatrique au Zimbabwe. Vu les éléments invoqués dans la demande concernant la pénurie de personnel de santé mentale au Zimbabwe, la décision attaquée se devait de motiver concernant la disponibilité effective de ce traitement.

Il ressort de l'ensemble de ces constatations que l'examen de la disponibilité réalisé par le médecin conseil n'est pas sérieux et ne démontre absolument pas de la disponibilité des soins de santé nécessaires au regard de l'état de santé de la requérante.

».

2.3. Dans une **deuxième branche** intitulée « *absence d'examen adéquat en ce qui concerne la nécessité d'un cadre de vie stable et rassurant* », la partie requérante développe son moyen dans les termes suivants :

« En ce que la décision de la partie adverse ne procède pas à un examen adéquat de l'impact psychologique que pourrait avoir le retour de la requérante dans son pays d'origine ;

Alors que le Dr. [R.] insistait dans le certificat médical déposé à l'appui de la demande d'autorisation de séjour sur le fait que le pronostic n'était favorable que « sous traitement suivi et dans un cadre de vie stable et rassurant »

La psychologue Madame [S.] indiquant dans une attestation d'août 2018 : « Pour ces raisons, il est très important que Madame [M.] puisse continuer à bénéficier d'une psychothérapie soutenue dans la durée. Seul un environnement stable et sécurisant lui permettra de se remettre psychologiquement des traumatismes vécus.

Il m'apparaît de même que, pour Madame [M.], imaginer retourner au Zimbabwe est totalement inconcevable. »

Comme indiqué dans la demande et non remis en cause durant la procédure d'asile, la requérante n'a plus personne au Zimbabwe : sa mère et sa soeur sont réfugiées en Afrique du Sud.

Votre Conseil a confirmé cela dans son arrêt concernant la demande d'asile des filles de la requérante, RvV nr. 235 823 du 12 mei 2020 :

« De huidige onzekere verblijfstoestand in België is aldus geheel te wijten aan de handelwijze van verzoeksters' moeder nu ze enkele vage maar geen gestaafde objectieve redenen aanbrengt waarom ze Italië verliet. Verzoekster' moeders (ex)partner heeft zijn status wel verlengd en heeft nog steeds een legaal verblijf in Italië. Ook de grootmoeder en tante van verzoeksters' hebben een duurzaam verblijf in Zuid-Afrika dat verzoeksters' moeder vrijwillig heeft verlaten »

Votre Conseil confirme donc que la mère et les soeurs de la requérante se trouvent en Afrique du Sud depuis que l'ensemble de la famille a quitté le Zimbabwe, quand la requérante était âgée de 16 ans.

En cas de retour au Zimbabwe, l'évolution de la pathologie risque donc d'être dramatique. La décision attaquée ne mentionne rien à cet égard, si ce n'est qu'aucun traumatisme subi au Zimbabwe ne serait avéré.

Il convient de remarquer d'une part qu'il y a une différence entre le fait d'avoir subi un traumatisme au pays d'origine, et le fait qu'un retour au pays d'origine ne soit pas un environnement propice à une évolution positive de la pathologie. D'autre part, bien que le CGRA n'ait pas cru que la requérante risquait des poursuites en cas de retour au Zimbabwe, il n'exclut pas que la requérante ait pu subir des événements traumatisants. Le fait que le diagnostic psychologique indique un traumatisme est un élément dont il faut tenir compte, indépendamment de l'issue de la procédure d'asile.

A cet égard, Votre Conseil a considéré dans un arrêt n° 173 7643 (sic) du 31 août 2016 que :

« De surcroît, au vu des mentions susvisées - certes évoquées dans un premier temps de manière sibylline mais ensuite nettement circonscrites dans les rapports fournis en annexe - le Conseil est d'avis qu'en présence de tels risques et de telles affirmations médicales rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement du requérant, la partie défenderesse ne pouvait uniquement se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, bien que médecin généraliste reconnu, n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affectation dont souffre le requérant (voy., en ce sens, C E., arrêt n° 19 281, du 12 mai 2003) et relève à l'instar de ce dernier que le médecin conseil de la partie défenderesse « aurait dû prendre la peine de prendre contact avec les médecins traitants de la requérante pour s'enquérir des risques de rechute de la requérante au lieu de conclure hâtivement que son état médical ne justifiait plus une prorogation de séjour ».

Toujours selon Votre Conseil, il faut tenir compte du contexte entourant le besoin de soins psychiatriques.

Le médecin conseil se contente d'écarter cette question en indiquant: « Dans ses attestations, la psychologue et le psychiatre signalent des événements traumatiques dans le pays d'origine en se basant uniquement sur les déclarations de la requérante et non sur des constatations personnelles ni sur des éléments objectifs prouvés. Dévaluation de la crédibilité des allégations de la requérante est de la compétence du CGRA dont la décision est ensuite confirmée par le CCE. Dans cette demande 9ter, force est de constater que les allégations de traumatismes ne sont pas étayées par des éléments objectifs prouvés et ne peuvent donc pas être retenues comme crédibles. Par conséquent le premier critère diagnostic d'un trouble (sic) post traumatique n'est pas présent dans ce dossier sur base des documents fournis dans les demandes 9ter ».

Selon le médecin conseil, donc, en l'absence de preuve objective d'un traumatisme, il ne peut y avoir de syndrome de stress post-traumatique.

Si la psychiatre et psychologue de la requérante ne peuvent, de manière évidente et non contestée, attester des circonstances exactes ayant causé le traumatisme de la requérante, il convient de constater qu'ils suivent la requérante depuis mars 2018 et qu'ils se trouvent dans une position privilégiée pour évaluer le contexte dans lequel est survenu le traumatisme de la requérante et pour en tirer des conclusions en ce qui concerne le traitement de la requérante. Le médecin conseil ne démontrent absolument pas avoir tenu compte des éléments de contexte tels que relayés par le psychologue et le psychiatre de la requérante et de leurs recommandations à cet égard.

Il ressort de l'ensemble de ces constatations que l'examen réalisé par la partie adverse concernant la situation médicale de la requérante n'a donc pas été un examen attentif et rigoureux. »

2.4. Dans une **troisième branche** intitulée « *l'absence de prise en compte de l'importance de l'ancrage thérapeutique* », la partie requérante développe son moyen dans les termes suivants :

« En ce que la décision de la partie adverse est muette quant à la nécessité du maintien de l'ancrage thérapeutique de la requérante.

Et que l'obligation de motivation ainsi que l'article 3 de la CEDH imposent à la partie adverse de démontrer qu'elle a effectué un examen sérieux et rigoureux de la situation de la requérante et qu'elle a tenu compte dans le cadre de cet examen des éléments soumis à son appréciation ;

Il s'agit en outre d'une erreur manifeste d'appréciation des éléments soumis à son appréciation.

Le médecin conseil n'a donc pas réalisé un examen attentif et rigoureux du dossier. »

2.5. Dans une **quatrième branche** intitulée « *examen général et théorique en ce qui concerne l'accessibilité du traitement de la requérante* », la partie requérante développe son moyen dans les termes suivants : «

En ce que la partie odverse procède à un examen de l'accessibilité du traitement médical de manière générale et théorique sans prendre en considération les éléments avancés par la requérante à cet égard et sans prendre en considération sa situation personnelle;

Alors que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ainsi que les articles 3 et 13 de la CEDH imposent un examen attentif et rigoureux de l'accessibilité des soins, en prenant compte de la situation individuelle de la requérante ;

L'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 prévoit que l'appréciation de la demande médicale est réalisé notamment quant à l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine.

Il résulte des travaux parlementaires que le traitement adéquat 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* »⁷.

Sur la question de l'accessibilité, Votre Conseil a considéré que :

« Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande » (CCE, 19 octobre 2010, n° 49.781, RDE n° 160, p. 498).

L'administration doit s'assurer que les soins disponibles dans le pays de destination seront **financièrement** accessibles à l'intéressé, l'indigence de l'étranger rendant « *aléatoire* » « *accès effectif* » aux soins requis. (CE, n°80.553, 1er juin 1999, RDE 2002, p. 395).

L'Office des Etrangers ne peut se contenter d'affirmer que les soins sont disponibles dans le pays d'origine, l'administration doit examiner **concrètement** si ces soins sont **accessibles** à l'intéressée.

Premièrement, la requérante indiquait dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour que le coût des soins dans le domaine de la psychiatrie était un obstacle au traitement de la majorité des patients :

« En raison de sa maladie, la requérante ne peut pas travailler (pièce 2).

Le site friendshipbenchzimbabwe.org mentionne que 72% de la population du Zimbabwe vit en dessous du seuil de pauvreté .

Le 4 novembre 2019, Al Jazeera a réalisé un reportage sur les problèmes d'accès aux soins de santé au Zimbabwe. On peut lire dans la présentation:

« Rising inflation and corruption in Zimbabwe mean healthcare is now a luxury only few can afford.

Millions of people in Zimbabwe are unable to get medical treatment as costs have skyrocketed.

Only a lucky few have health insurance, while millions find themselves without coverage.

Rising inflation and corruption have been blamed for the collapse of public healthcare service.”

En octobre 2019, un Dr. Zimbabwéen, le Dr. Magombeyi, a donné une interview à Maverick Citizen dans laquelle il décrit la situation des soins de santé comme suit :

« Magombeyi, who practises as a doctor at the Harare Central Hospital, said the current working conditions of healthcare practitioners were tantamount to slave labour.

“Imagine being in a hospital that accepts all referrals, and then not having things as simple as gloves or bandages. Patients have to buy and bring their own test tubes,” Magombeyi said.

In some instances, patients are forced to buy medication privately. “We don’t even have Paracetamol,” Magombeyi said. Paracetamol is the most basic pain medication. Millions of Zimbabweans who rely on the public healthcare system bear the brunt of the under-resourced facilities as they are unable to access the private healthcare system.

“The private system is for the rich and politicians, and they often have the option of flying out of the country to access healthcare,” said Magombeyi.

He described the situation in Zimbabwean hospitals as a “silent genocide”.”

Quand bien même le suivi psychiatrique et les médicaments seraient disponible au Zimbabwe, *quod non*, ce traitement ne serait pas accessible à la requérante tout simplement parce qu'il est inaccessible pour la majorité de la population.

Le médecin-conseil se dément pas ce constat, mais se contente d'estimer que la requérante ne démontre pas être dans une situation comparable à la majorité de la population. Il est difficile de comprendre où veut en venir le médecin conseil lorsqu'il écrit : « En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo RD (sic). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et que ces arguments ne peuvent être retenus ». Ce faisant, le médecin conseil se base sur un arrêt de Votre Conseil n° 23.771 qui n'est malheureusement pas disponible sur le site du Conseil, ce qui aurait peut-être permis d'éclairer la requérante sur la signification de cette partie de l'avis du médecin-conseil.

A cet égard, Votre Conseil a déjà estimé dans un arrêt n° 223 293 du 27 juin 2019 :

« Le Conseil relève que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 5 juillet 2016, que « Concernant l'accessibilité des soins en Mauritanie, le conseil de l'intéressé fournit un extrait des statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (2014), un article du Cridem sur la santé mentale en Mauritanie (2012) et le trimestriel de Santé Sud

de mars 2013 sur la prise en charge de la Santé mentale en Afrique dans le but d'attester que [le requérant] n'aurait pas accès aux soins dans son pays d'origine. Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant en Mauritanie. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). » Le Conseil reste sans comprendre cette argumentation qui apparaît contradictoire dès lors que le médecin conseiller affirme, d'une part, que « le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant en Mauritanie » et, d'autre part, que « le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale ».

En outre, le Conseil estime que le médecin conseil de la partie défenderesse a fourni une réponse générale, sans toutefois donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par le requérant dans la demande d'autorisation de séjour, relatifs à l'accessibilité du suivi au pays d'origine. »

La formulation étant en l'espèce identique, le même raisonnement s'impose concernant la décision attaquée.

Deuxièmement, le médecin conseil ne démontre nullement, via une référence très générale au système de sécurité sociale zimbabwéen et à MSF, que le traitement de la requérante serait pris en charge par ces organismes.

En ce qui concerne la couverture sanitaire universelle (CSU) au Zimbabwe, les informations fournies par le médecin conseil ne démontrent pas que le traitement de la requérante serait couvert par les prestations fournies dans le cadre de ce système.

Le médecin conseil se réfère au site internet <https://www.uhcpartnership.net/fr/country-profile/zimbabwe/>, qui contient pour seule information (pièce 7) :

« Le Zimbabwe, pays Sud-africain, compte 16 millions d'habitants, avec une espérance de vie de 60 ans pour les hommes et 63 ans pour les femmes. Le système de santé, établi en vertu de la Loi Santé, est fragilisé par l'hyperinflation et par l'instabilité politique. Le bien-être de la population est affecté par un faible accès aux soins, une fertilité adolescente élevée, l'importance des maladies tant transmissibles que non-transmissibles, enfin des catastrophes naturelles et d'origine humaine (dont des épidémies, des urgences de santé publique aiguës, et d'autres catastrophes humanitaires). La Politique de Traitement Universel (Treat All Policy, 2016) en faveur de la prévention et du traitement du sida continue de s'étendre. La Stratégie Nationale de Santé 2016-2020 promeut la couverture sanitaire universelle (CSU) comme outil dans le cadre des efforts nationaux de lutte contre la grande pauvreté, l'exclusion sociale et les inégalités de genre. Le Zimbabwe a rejoint en 2018 le partenariat CSU (P-CSU), qui promeut l'autonomisation des ressources humaines et le renforcement des systèmes informatiques sanitaires. En 2019, le P-CSU va agir pour

l'accroissement de la qualité des médicaments de base et des technologies médicales fournis par les services de soin. »

Ce site insiste donc sur la fragilité du système de soins de santé, et indique qu'il existe une volonté de mettre en place une couverture sanitaire universelle. Rien n'indique ce qu'il en est advenu en pratique, ni ce que cela permet.

Le site indique également : « *Documents complémentaires disponibles ici.* » mais aucun lien n'est disponible à l'endroit indiqué.

Le site de l'Organisation Mondiale de la Santé nous apprend de plus que la Couverture Sanitaire Universelle est un projet coordonné par l'OMS dans différents pays en Afrique, qui s'inscrit sur le long terme, et est aujourd'hui toujours en cours d'élaboration⁸. Une simple référence à la volonté du Zimbabwe d'en faire partie ne garantit donc en rien l'accès aux soins de santé de la requérante.

Votre Conseil a déjà estimé que de telles vagues références étaient totalement insuffisantes :

« Quant aux affirmations selon lesquelles «En 1962, un service national de santé dispensant un certains nombres de soins a été mis en place» et «Des assurances santé privées existent également», le Conseil relève qu'elles sont extrêmement vagues et ne permettent pas d'assurer que ces mécanismes rendraient les soins nécessaires accessibles au requérant. »⁹

La décision n'est donc simplement pas motivée concernant l'accessibilité des soins en cas de retour au Zimbabwe.

En ce qui concerne l'aide qui serait apportée par MSF, un coup d'œil au rapport auquel se réfère le médecin conseil suffit pour arriver à la même conclusion.

En effet, s'il ressort du rapport 2017 de MSF que l'ONG a en effet soutenu des initiatives en psychiatrie, adressées notamment aux prisons et aux services correctionnels, rien ne permet d'en déduire que la requérante pourrait y avoir accès.

D'autant que dans le rapport 2018, il n'est plus fait aucune mention de l'intervention de MSF dans la santé mentale au Zimbabwe (pièce 8) :

« En 2018, Médecins Sans Frontières (MSF) a aidé le ministère de la Santé à faire face à plusieurs épidémies de maladies hydriques, y compris à la deuxième épidémie de choléra la plus importante de son histoire, qui a éclaté à Harare, la capitale. En tout, nos équipes ont aidé le Ministère de la Santé et Child Care à traiter plus de 13'000 cas suspects lors de quatre épidémies de choléra et quatre autres de typhoïde.

Nous avons aussi participé, avec le ministère et l'Organisation mondiale de la santé, à une campagne de vaccination contre le choléra qui a touché 1'297'890 personnes. Les équipes de MSF ont en outre traité 10'000 patients suspectés de typhoïde à Harare et dans deux autres provinces.

Pour freiner la transmission des maladies hydriques dans la capitale densément peuplée, nous avons remis en état, avec des organisations partenaires, des forages contaminés et en avons foré et étanchéifié de nouveaux.

Associer les habitants à la gestion et à l'entretien de ces points d'eau via des clubs de santé communautaires a été un élément clé. De 2015 à 2018, nous avons rénové 50 forages, en avons creusé neuf nouveaux et avons formé 72 clubs de santé communautaires dans 13 districts périphériques. »¹⁰

Le fait que le médecin conseil ait choisi un rapport plus ancien de MSF, alors que des rapports récents existaient, pour laisser croire que MSF pourrait intervenir dans l'accès aux soins de la requérante, montre une grande mauvaise foi de la part de la partie adverse.

En l'espèce, il ne ressort absolument pas des informations fournies par le médecin conseil que le suivi par un psychiatre et un psychologue seraient pris en charge par ces organismes. Il en va de même en ce qui concerne les médicaments nécessaires au traitement de la requérante..

Troisièmement, en ce qui concerne le fait que la requérante pourrait être aidée par des membres de la famille ou proches susceptibles de lui venir en aide, la requérante se réfère à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Afin de déterminer si un étranger pourra être aidé en cas de retour, il ne suffit pas que ce dernier ait de la famille:

« While he may have a cousin in St. Kitts, no evidence has been adduced to show whether this person would be **willing or in a position to attend** to the needs of a terminally ill man. There is no evidence of any other form of moral or social support. " (CEDH, D contre Royaume Uni, 2 mai 1997).

La requérante se réfère également sur ce point à un arrêt du 23 janvier 2012 de Votre Conseil qui souligne l'obligation dans le chef de la partie adverse d'examiner concrètement la situation financière lorsqu'elle affirme que la famille serait apte à prendre la requérante en charge :

« §3.4: " (...) Il en est d'autant plus ainsi, qu'il ressort du mémoire en réponse que la partie défenderesse s'est basée sur les informations recueillies dans le cadre de la demande d'asile, pour soutenir qu'il a de la famille et des proches susceptibles de lui venir en aide sans pour autant examiner leur situation financière afin d'être en mesure d'affirmer qu'ils sont apte à le soutenir.»¹¹

En l'espèce, la requérante a exposé dans sa demande d'autorisation de séjour qu'elle ne disposait pas d'un réseau social susceptible de lui venir en aide. Ceci a d'ailleurs été confirmé par Votre Conseil dans l'arrêt concernant la demande d'asile des filles de la requérantes (voy. supra).

La requérante a quitté le Zimbabwe à l'âge de 16 ans, avec toute sa famille. Sa famille se trouve toujours en Afrique du Sud. Elle n'a aucun réseau au Zimbabwe. L'avis du médecin conseil ne pouvait donc pas motiver : « *Enfin, la requérante, originaire de ce pays, ne démontre pas ne pas bénéficier de soutien de membre de sa famille ou proches. Et, vu la durée relativement longue du séjour de l'intéressée dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous osons croire qu'elle ne sera pas délaissée par sa famille et elle doit aussi avoir tissé au pays d'origine des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité.* »

En conclusion en ce qui concerne cette septième branche, le médecin conseil a réalisé un examen théorique et général qui ne tient pas compte des éléments déposés à l'appui de la demande et qui ne tient pas concrètement compte de la situation individuelle de la requérante.

Conclusion sur l'ensemble des branches du moyen

Il ressort de l'ensemble des branches du moyen que l'examen réalisé par la partie adverse tant concernant la situation médicale de la requérante et les composantes de son traitement que concernant l'accessibilité et la disponibilité des soins au Zimbabwe n'a pas été un examen attentif et rigoureux, tel que cela est requis par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et par l'article 3 de la CEDH (voir notamment arrêt Paposhvili c. Belgique du 13 décembre 2016, cité à la première branche du moyen).

La décision de refus de séjour est donc prise en violation de ces articles, de l'obligation de motivation formelle ainsi que du devoir de minutie qui incombe à l'administration.

Il convient donc d'annuler la décision attaquée sur base de ce qui précède.

».

3. Discussion.

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

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

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

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des dispositions légales visées au moyen doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ses motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, 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 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. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 8 avril 2020 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une pathologie, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Le médecin conseil de la partie défenderesse conclut, sans être contesté sur ce point par la partie requérante, que le « *traitement actif actuel* » de la partie requérante consiste en la prise de Sipralaxa (citalopram – antidépresseur ISRS) et de Trazolan (trazodone - antidépresseur sédatif) et en un suivi psychiatrique et psychothérapeutique.

3.3. Sur la quatrième branche du moyen, il convient de constater que le médecin conseil de la partie défenderesse relève ce que la partie requérante a mis en avant dans sa demande d'autorisation de séjour quant à l'accessibilité aux soins (72 % de la population du Zimbabwe en dessous du seuil de pauvreté, etc.), note que « *l'intéressée ne produit aucun rapport sur les soins de santé au Zimbabwe afin d'étayer ses dires* » alors qu'il « *incombe aux demandeurs d'étayer leur argumentation* », semble reprocher « *à titre informatif* » la simple référence par la partie requérante à des sites internet sans production physique, en annexe à la demande, des pages imprimées des sites auxquels il était ainsi renvoyé.

Il doit toutefois être conclu des termes, mentionnés dès après dans l'avis du médecin conseil, « *En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Congo RD (sic). En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009)* », que le médecin conseil de la partie défenderesse a, malgré ce qui précède, conclu que la partie requérante avait valablement invoqué une situation générale quant à l'accessibilité aux soins de santé au Zimbabwe (mais qu'elle n'avait pas prouvé que sa situation individuelle était comparable à cette situation générale). On ne comprend toutefois pas comment ce dernier reproche d'absence d'individualisation est compatible avec le fait allégué en même temps que la « *requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Congo RD (sic)* ». La motivation contradictoire, ou à tout le moins peu claire, n'est pas compatible avec les exigences de motivation formelle.

L'argumentation de la partie défenderesse figurant en termes de note d'observations rappelle à juste titre la nécessité d'individualisation des difficultés d'accès aux soins de santé vantées dans une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Toutefois, en

l'espèce, le problème est que l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse classe d'emblée la partie requérante dans une catégorie générale (« *celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Congo RD (sic)* ») de sorte qu'a priori ce qui s'applique à cette catégorie générale doit logiquement s'appliquer à la partie requérante sans besoin de plus ample individualisation, tout en reprochant une absence d'individualisation par la partie requérante de son propos.

Pour le surplus, la mention par le médecin conseil de ce que « *la Stratégie Nationale de santé 2016-2020 promeut la couverture sanitaire universelle (CSU) comme outil dans le cadre des efforts nationaux de lutte contre la grande pauvreté, l'exclusion sociale et les inégalités de genre* », le fait que « *le Zimbabwe a rejoint en 2018 le partenariat CSU (P-CSU), qui promeut l'autonomisation des ressources humaines et le renforcement des systèmes informatiques sanitaires* » et le fait que « *en 2019, le P-CSU va agir pour l'accroissement de la qualité des médicaments de base et des technologies médicales fournis par les services de soin* », ne permet pas d'être certain de l'existence effective d'une couverture universelle (voir notamment l'utilisation du terme « *promeut* »). Dès lors que le médecin conseil a motivé son avis sur cette problématique, cette motivation doit être correcte et suffisante et il ne peut par ailleurs pas être reproché en termes de note d'observations à la partie requérante de ne pas démontrer « *que les soins psychiatriques prodigués dans un établissement public ne seraient pas couverts dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle* ». Le Conseil souligne qu'il a été jugé que « *Le médecin fonctionnaire exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine. Il en résulte que la charge de la preuve en ce qui concerne l'accessibilité de traitement adéquat dans le pays d'origine ne pèse pas exclusivement sur le demandeur.* » (Conseil d'Etat, ordonnance de non admissibilité n° 12.768 du 27 mars 2018).

Dans le même sens, dès lors que le médecin conseil de la partie défenderesse ne s'est pas contenté de relever une carence de preuve dans le chef de la partie requérante et a motivé son avis par la mention de l'intervention de MSF, en invoquant un rapport de 2017, il ne peut être reproché à la partie requérante de faire état, dans le cadre de son recours, d'un plus récent rapport de la même organisation ou de ne pas l'avoir invoqué dans le cadre de sa demande. Force est par ailleurs de constater que dans sa note d'observations, la partie défenderesse ne conteste pas l'analyse de la partie requérante selon laquelle le rapport de 2018 ne fait plus apparaître d'aide de MSF dans les soins de santé mentale au Zimbabwe.

Dans la mesure où la partie requérante avait exposé dans sa demande avoir quitté le Zimbabwe en 2008 avec sa mère et sa sœur après la mort de son père et de son frère, avoir vécu ensuite en Afrique du Sud, en Lybie puis en Italie avant de gagner la Belgique en 2017 et avoir précisé n'avoir « *plus personne au Zimbabwe pour l'aider* », la seule mention, contestée par la partie requérante, dans l'avis du médecin conseil de ce que « *Enfin, la requérante, originaire de ce pays, ne démontre pas ne pas bénéficier de soutien de membre de sa famille ou proches. Et, vu la durée relativement longue du séjour de l'intéressée dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, nous osons croire qu'elle ne sera pas délaissée par sa famille et elle doit aussi avoir tissé au pays d'origine des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité.* », au demeurant présentée comme un motif surabondant de la décision attaquée dans la note d'observations de la partie défenderesse (p. 11), qui repose sur des conjectures et s'avère purement théorique, ne peut suffire à établir une accessibilité réelle aux soins requis.

Le moyen en sa quatrième branche (première et deuxième sous-branches) est dès lors fondé.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches du moyen qui, à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. La décision attaquée étant annulée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prise le 14 avril 2020, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

M. G. PINTIAUX, Président F. F., juge au contentieux des étrangers

Mme E. TREFOIS, Greffier.

Le greffier,

Le président,

E. TREFOIS

G. PINTIAUX