

Arrest

nr. 253 884 van 3 mei 2021
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat P. DELGRANGE
Haachtsesteenweg 55
1210 BRUSSEL**

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, thans de staatssecretaris voor Asiel en Migratie

DE VOORZITTER VAN DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN,

Gezien het verzoekschrift X, die verklaart van Zimbabwaanse nationaliteit te zijn, op 13 juli 2020 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 11 juni 2020 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13quinquies).

Gezien titel Ibis, hoofdstuk 2, afdeling IV, onderafdeling 2, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 30 maart 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 april 2021.

Gehoord het verslag van voorzitter G. DE BOECK.

Gehoord de opmerkingen van advocaat P. DELGRANGE, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat T. SCHREURS, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 20 november 2017 diende verzoekster een verzoek om internationale bescherming in.

1.2. De adjunct-commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (hierna: de adjunct-commissaris) nam op 14 juni 2018 ten aanzien van verzoekster de beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en tot weigering van de subsidiaire beschermingsstatus. Verzoekster stelde tegen deze beslissing een beroep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad).

1.3. Bij arrest nr. 213 348 van 30 november 2018 weigerde ook de Raad verzoekster de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus toe te kennen.

1.4. Verzoekster diende bij aangetekend schrijven van 17 december 2019 een aanvraag in om, met toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet), tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd.

1.5. Op 14 april 2020 nam de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie de beslissing waarbij verzoeksters aanvraag van 17 december 2019 om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard. Verzoekster stelde tegen deze beslissing een beroep in bij de Raad.

1.6. Op 11 juni 2020 nam de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie ten aanzien van verzoekster de beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Deze beslissing is gemotiveerd als volgt:

“In uitvoering van artikel 52/3, §1 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, wordt aan de heer / mevrouw die verklaart te heten,

naam : [M.]

voornaam : [Z.]

[...]

nationaliteit : Zimbabwe

het bevel gegeven om het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven.

REDEN VAN DE BESLISSING :

Op 13/06/2018 werd door de Commissaris-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen een negatieve beslissing inzake het verzoek om internationale bescherming genomen en op 30/11/2018 werd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen het beroep tegen deze beslissing verworpen met toepassing van artikel 39/2, § 1,1, van de wet van 15 december 1980.

(1) Betrokkene bevindt zich in het geval van artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen : hij verblijft in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 van deze wet vereiste documenten, inderdaad, betrokkene is niet in het bezit van een geldig paspoort met geldig visum.

In uitvoering van artikel 7, eerste lid, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, wordt aan de betrokkene bevel gegeven het grondgebied te verlaten binnen 30 (dertig) dagen.”

Dit is de bestreden beslissing.

1.7. Bij arrest nr. 244 944 van 26 november 2020 vernietigde de Raad de beslissing van 14 april 2020 waarbij verzoeksters aanvraag van 17 december 2019 om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard.

2. Over de rechtspleging

Aan verzoekster werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van verweerder om de kosten van het geding te haren laste te leggen.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. Verzoekster voert in een enig middel de schending aan van de artikelen 3 en 13 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van de artikelen 62 en 74/13 van de Vreemdelingenwet, van de rechten van verdediging, van de artikelen 2 en

3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van de richtlijn 2008/115/EG van het Europees parlement en de Raad over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven, van de artikelen 4, 19 en 47 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, van de zorgvuldigheidsplicht, van de motiveringsplicht en van "het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur".

Zij verschaft de volgende toelichting:

"Eerste onderdeel: de procedure bij Uw Raad tegen de beslissing 9ter diende schorsende werking te hebben

Verzoekster heeft een verzoekschrift hangende tegen de negatieve beslissing omtrent haar 9ter aanvraag, gebaseerd op ernstige en verdedigbare grieven.

Volgende middelen werden ingeroepen in het verzoekschrift:

"PREMIER MOYEN pris 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 arrêt 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 ;*

Première branche : l'absence de motivation adéquate et erreur manifeste d'appréciation quant à la disponibilité des soins

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 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 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.mcaz.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](http://friendshipbenchproject.org), auquel se référait le CGRA pour refuser la demande d'asile des filles de la requérante, reprend en effet le schéma suivant :

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." (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."

(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." (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 pays .

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 n189 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 nés 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 [SKJ 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 »

Des 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 des traitements et suivis nécessaires est remplie Or, force est de constater que les mécanismes décrits dans l'avis médical di 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 9ter et 52 de la loi, des articles 7 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.

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.

Deuxième branche : absence d'examen adéquat en ce qui concerne la nécessité d'un cadre de vie stable et rassurant

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 sœur 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 verblijftoestand 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[s]' 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 sœurs 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 pa[s] 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 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° 119 281, 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. L'évaluation 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 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.

Troisième branche : l'absence de prise en compte de l'importance de l'ancrage thérapeutique

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.

Quatrième branche : examen général et théorique en ce qui concerne l'accessibilité du traitement de la requérante

En ce que la partie adverse 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 » .

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 » « l'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. Zimbabween, 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'élaboration. 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. »

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 1297890 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. »

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. »

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. »

Het Europees Hof van Justitie heeft geoordeeld in de zaak Abdida t. België met betrekking tot de verzoekschriften tegen negatieve beslissingen 9ter:

"48 In de zeer uitzonderlijke gevallen waarin de verwijdering van een derdelander die aan een ernstige ziekte lijdt, naar een land waar geen adequate behandeling beschikbaar is, het beginsel van non-refoulement schendt, verzet artikel 5 van richtlijn 2008/115, gelezen in het licht van artikel 19, lid 2, van het Handvest, zich ertegen dat die lidstaten die verwijdering uitvoeren.

49 Wanneer de uitvoering van een terugkeerbesluit meebrengt dat een derdelander die aan een ernstige ziekte lijdt, wordt verwijderd naar een land waar geen adequate behandeling voorhanden is, kan er in bepaalde gevallen sprake zijn van schending van artikel 5 van richtlijn 2008/115.

50 Die zeer uitzonderlijke gevallen worden gekenmerkt door het feit dat de schade die voortvloeit uit de verwijdering van een derdelander naar een land waar een ernstig risico bestaat dat hij aan onmenselijke of vernederende behandelingen wordt onderworpen, ernstig en onherstelbaar is. Het beroep tegen een terugkeerbesluit waarvan de uitvoering voor de betrokken derdelander een ernstig risico inhoudt dat zijn gezondheidstoestand op ernstige en onomkeerbare wijze verslechtert, is derhalve alleen dan doeltreffend wanneer die derdelander over een beroep met schorsende werking beschikt teneinde te waarborgen dat het terugkeerbesluit niet wordt uitgevoerd voordat een grief betreffende een schending van artikel 5 van richtlijn 2008/115, gelezen in het licht van artikel 19, lid 2, van het Handvest, door een bevoegde autoriteit is onderzocht.

51 Die uitlegging vindt steun in de toelichtingen op artikel 47 van het Handvest, volgens welke de eerste alinea van dat artikel is gebaseerd op artikel 13 EVRM (arrest Heroverweging Arango Jaramillo e.a./EIB, C-334/12 RX-II, EU:C:2013:134, punt 42).

52 Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft namelijk geoordeeld dat, wanneer een lidstaat besluit om een vreemdeling te verwijderen naar een land ten aanzien waarvan er zwaarwegende gronden bestaan om aan te nemen dat hij een ernstig risico loopt te worden onderworpen aan behandelingen die in strijd zijn met artikel 3 EVRM, aan het in artikel 13 EVRM gestelde vereiste van een daadwerkelijk rechtsmiddel pas is voldaan wanneer de betrokkenen een beroep met van rechtswege opschortende werking kunnen instellen tegen de uitvoering van de maatregel op grond waarvan zij kunnen worden verwijderd (zie met name EHRM, arresten van 26 april 2007, Gebremedhin/Frankrijk, § 67, en 23 februari 2012, Hirsi Jamaa e.a./Italië, § 200).

53 Uit een en ander volgt dat de artikelen 5 en 13 van richtlijn 2008/1 15, gelezen in het licht van de artikelen 19, lid 2, en 47 van het Handvest, aldus moeten worden uitgelegd dat zij zich verzetten tegen een nationale wettelijke regeling die niet voorziet in een beroep met schorsende werking tegen een terugkeerbesluit waarvan de uitvoering voor de betrokken derdelander een ernstig risico inhoudt dat zijn gezondheidstoestand op ernstige en onomkeerbare wijze verslechtert.

63 Uit een en ander volgt dat op de gestelde vragen moet worden geantwoord dat de artikelen 5 en 13 van richtlijn 2008/115, gelezen in het licht van de artikelen 19, lid 2, en 47 van het Handvest, en artikel 14, lid 1, sub b, van die richtlijn in die zin moeten worden uitgelegd dat zij zich verzetten tegen een nationale wettelijke regeling:

- die geen schorsende werking toekent aan een beroep dat wordt ingesteld tegen een besluit waarbij een derdelander die aan een ernstige ziekte lijdt, wordt gelast het grondgebied van een lidstaat te verlaten, wanneer de uitvoering van dat besluit voor die derdelander een ernstig risico inhoudt dat zijn gezondheidstoestand op ernstige en onomkeerbare wijze verslechtert, en

- die niet bepaalt dat in de mate van het mogelijke wordt voorzien in de elementaire levensbehoeften van die derdelander teneinde te verzekeren dat de dringende medische zorg en de essentiële behandeling van ziekte daadwerkelijk worden verstrekt tijdens de periode waarin die lidstaat als gevolg van het instellen van dat beroep verplicht is de verwijdering van die derdelander uit te stellen."

Zoals blijkt uit het verzoekschrift is er, in geval van terugkeer van de verzoekster naar Zimbabwe, een ernstig risico dat het gezondheidstoestand van verzoekster op ernstige en onomkeerbare wijze verslechtert.

Het verzoekschrift diende bijgevolg schorsende werking te hebben om verenigbaar te zijn met artikel 4, 19 e[n] 47 van het Handvest en met artikel 3 en 13 EVRM.

Door desondanks een bevel om het grondgebied te verlaten af te leveren, zonder zelfs melding te maken van het hangende verzoekschrift, schendt de bestreden beslissing deze bepalingen.

Tweede onderdeel: schending van artikel 74/1 3 Vreemdelingenwet en van de motiveringsplicht

Artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet bepaalt:

"Bij het nemen van een beslissing tot verwijdering houdt de minister of zijn gemachtigde rekening met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleven en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land."

De bestreden beslissing rept geen woord over het hoger belang van de minderjarige kinderen van verzoekster, wiens belang nochtans zwaar aangetast zou worden door de bestreden beslissing, gezien zij niet zonder hun moeder in België kunnen blijven, zij in Italië en België geboren zijn, en nog nooit in Zimbabwe zijn geweest. De oudste dochter van verzoekster is reeds schoolgaand.

Doordat de bestreden beslissing geen rekening houdt met het hoger belang van de minderjarige kinderen van verzoekster, schendt het artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet.

Daarnaast rept de bestreden beslissing ook geen woord over de gezondheidssituatie van de verzoekster, terwijl haar aanvraag tot machtiging van verblijf op grond van artikel 9ter Vreemdelingenwet ontvankelijk verklaard werd, wat betekent dat de verwerende partij erkent dat verzoekster aan een ernstige aandoening lijdt.

Doordat de bestreden beslissing de gezondheidssituatie van verzoekster, nochtans ernstig, compleet negeert in de bestreden beslissing, schendt de bestreden beslissing artikel 74/13 van de vreemdelingenwet, samen gelezen met de motiveringsplichten.”

3.2. Verweerder repliceert als volgt:

“Verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat het arrest Abdida van het Hof van Justitie van 18.12.2014 betrekking heeft op een terugkeerbesluit, een bevel om het grondgebied te verlaten en niet op een weigering van een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen conform artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Verzoekster kan aldus niet te kunnen worden bijgetreden wanneer zij uit dit arrest afleidt dat tegen een weigering inzake artikel 9ter van de Vreemdelingenwet een beroep moet openstaan met automatisch schorsende werking (cfr. RvV 26 januari 2015, nr. 137.125).

“3.3.3.2. Een beroep ingediend tegen een beslissing genomen op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet heeft geen schorsende werking, evenmin als de beroepstermijn. Een ingediend en nog hangend beroep of het nog lopen van de beroepstermijn neemt dus niet weg dat de verwerende partij een bevel om het grondgebied te verlaten mag geven aan verzoeker. Verzoeker toont niet aan welke wettelijke bepaling dit zou verhinderen. Hij verduidelijkt niet op concrete wijze hoe dit het rechtszekerheidsbeginsel, waarvan de definitie hierboven weergegeven wordt, zou schenden.” (RvV nr. 233 419 van 2 maart 2020)13.07.2020)

De bestreden beslissing werd genomen in uitvoering van artikel 52/3 §1 van de Vreemdelingenwet en op grond van artikel 7, eerste lid, 1° van de Vreemdelingenwet omdat verzoekster in het Rijk verblijft zonder in het bezit te zijn van de bij artikel 2 van de Vreemdelingenwet vereiste documenten, te weten een geldig paspoort voorzien van een geldig visum.

Artikel 52/3 §1 van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

“§ 1. De minister of zijn gemachtigde geeft aan de vreemdeling die illegaal in het Rijk verblijft en een verzoek om internationale bescherming heeft ingediend, het bevel om het grondgebied te verlaten, gemotiveerd op basis van één van de gronden voorzien in artikel 7, eerste lid, 1° tot 12°, nadat de Commissaris-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen het verzoek om internationale bescherming heeft geweigerd, niet-ontvankelijk heeft verklaard of de behandeling van het verzoek heeft beëindigd, en de in artikel 39/57 bedoelde beroepstermijn is verstreken, of, wanneer dergelijk beroep binnen de termijn werd ingesteld, nadat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen het beroep heeft verworpen met toepassing van artikel 39/2, § 1, 1°.

Indien het een tweede volgend verzoek om internationale bescherming of meer betreft en indien dit verzoek door de Commissaris-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen op grond van artikel 57/6, § 3, eerste lid, 5°, niet-ontvankelijk wordt verklaard, wordt het bevel om het grondgebied te verlaten afgegeven na deze niet-ontvankelijkheidsbeslissing.

Dit bevel om het grondgebied te verlaten wordt ter kennis gebracht van de betrokkene overeenkomstig artikel 51/2. Indien de betrokkene wordt vastgehouden, wordt dit bevel ter kennis gebracht op de plaats waar hij wordt vastgehouden.”

Er werd in de bestreden beslissing verwezen naar de weigeringsbeslissing van de CGVS d.d. 15.06.2018 en het bevestigingsarrest van de Raad d.d. 30.11.2018. Het determinerend motief, op grond waarvan de bestreden beslissing werd genomen en dat volstaat om de bestreden beslissing te schragen naar recht, wordt geenszins betwist door verzoeker.

Verzoekster toont thans niet aan dat zij in bezit is van geldige reisdocumenten of verblijfsdocumenten en toont evenmin aan dat artikel 7, eerste lid van de Vreemdelingenwet geen toepassing kon vinden.

Waar zij stelt dat de bestreden beslissing geen rekening houdt met het hoger belang van het kind, merkt de verwerende partij op dat het Bestuur, voorafgaand aan het nemen van de bestreden beslissing, een evaluatie gemaakt heeft conform artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet. Die synthesesnota bevindt zich in het administratief dossier en luidt als volgt:

“(…)

□ Hoger belang van het kind : Betrokkene verblijft in België met haar twee minderjarige kinderen.

De minderjarige kinderen dienden elk een eigen verzoek om internationale bescherming in, dat negatief afgesloten werd. Het is dan ook in het hoger belang van de beide minderjarige kinderen om bij de

moeder te blijven en mee gevolg te geven aan het bevel om het grondgebied te verlaten. De vader van de minderjarige kinderen verblijft momenteel in Italië (niet geweten of betrokkene daar legaal of illegaal verblijft). De kinderen leven reeds geruime tijd gescheiden van hun vader. Bij de inachtneming van het hoger belang van het minderjarige kind kan er bijgevolg bezwaarlijk worden gesteld dat ten gevolge van deze beslissing het gezinsleven dermate verbroken zou worden. Tot slot is het niet zeker dat de vader legaal in Italië verblijft en bijgevolg is het niet kennelijk onredelijk dat het gezinsleven in een derde land kan plaatsvinden.

□ Gezins- en familieleven : Betrokkene verblijft in België met haar twee minderjarige kinderen.

Zij maken allen het voorwerp uit van een bevel om het grondgebied te verlaten. Bijgevolg blijft de gezinskern behouden. Daarnaast verklaarde betrokkene dat haar partner – en vader van de kinderen – in Italië verblijft. We wijzen er echter op dat betrokkene in het verleden legaal verbleef in Italië. Indien de partner van betrokkene op heden wel nog legaal verblijft in Italië, wijzen we erop dat het betrokkene vrij staat om alle voor haar openstaande wettelijke verblijfsmogelijkheden te benutten inbegrepen in functie van gezinshereniging. Het is echter niet zeker of de partner legaal in Italië verblijft. Het is dus niet kennelijk onredelijk dat het gezinsleven elders kan plaatsvinden. Ten slotte verklaarde betrokkene dat ze haar kinderen in België naar school wil laten gaan. Het recht op onderwijs strekt er evenwel niet toe om een bepaald kwaliteitsniveau te garanderen of een tewerkstelling te verzekeren. Evenmin kan er uit het recht op onderwijs worden afgeleid dat verblijfsrecht moet worden verleend indien het onderwijs in het land van herkomst van minder goede kwaliteit zou zijn. Bovendien blijkt nergens dat in het land van herkomst geen onderwijs kan worden verkregen.

□ Gezondheidstoestand : Betrokkene diende een aanvraag 9ter in, die negatief afgesloten werd.

In de beslissing wordt het volgende vermeld:

Des 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. »

Uit artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet vloeit geen formele motiveringsplicht voort.

Het volstaat dat uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat het Bestuur voorafgaandelijk aan het nemen van de bestreden beslissing, rekening hield met de gezondheidstoestand, het hoger belang van het kind en met het gezins- en familieleven van de verzoekende partij.

Wanneer de vreemdeling zich beroept op artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet komt het in de eerste plaats toe aan de vreemdeling om te verduidelijken met welke elementen geen rekening werd gehouden. In casu beperkt verzoekster zich tot een zuiver theoretisch betoog, zonder in concreto elementen aan te voeren waarmee geen rekening zou zijn gehouden.

Een schending van de door verzoekster aangehaalde rechtsbeginselen wordt niet aannemelijk gemaakt.”

3.3. Uit de aan de Raad voorgelegde stukken, meer bepaald een evaluatienota van 11 juni 2020 inzake de toepassing van artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet, blijkt dat verweerder bij het nemen van de bestreden beslissing is uitgegaan van de veronderstelling dat de door verzoekster aangevoerde medische problematiek niet verhinderde om de in casu bestreden beslissing te nemen, aangezien verzoeksters aanvraag van 17 december 2019 om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd voorafgaandelijk werd afgewezen. Het staat evenwel niet ter discussie dat verweerders beslissing van 14 april 2020, waarbij verzoeksters aanvraag van 17 december 2019 om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard, werd vernietigd bij arrest nr. 244 944 van 26 november 2020. Voormelde beslissing van 14 april 2020 dient dan ook te worden geacht nooit te hebben bestaan. Aangezien er in casu aanwijzingen waren dat de terugkeer van verzoekster naar haar land van herkomst aanleiding kon geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM, daar er slechts toepassing kan worden gemaakt van artikel 7 van de Vreemdelingenwet indien meer voordelige bepalingen vervat in een internationaal verdrag hiertoe geen beletsel vormen en nu blijkt dat de door verzoekster aangevoerde medische problematiek niet deugdelijk werd beoordeeld, kan verzoekster worden gevolgd in haar stelling dat artikel 74/13 en de zorgvuldigheidsplicht werden geschonden.

Aangezien een onderdeel van het aangevoerd middel leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing, is er geen noodzaak tot onderzoek van de overige in het onderzochte middel aangehaalde bepalingen of beginselen (RvS 18 december 1990, nr. 36.050; RvS 24 oktober 2002, nr. 111.881).

4. Korte debatten

Verzoekster heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 11 juni 2020 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op drie mei tweeduizend eenentwintig door:

dhr. G. DE BOECK,

voorzitter

dhr. T. LEYSEN,

griffier

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

G. DE BOECK