



Arrêt

n° 274 993 du 5 juillet 2022
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 le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 14 janvier 2021, en son nom personnel, par X *alias* X et, avec X, au nom de leurs enfants mineurs, qui déclarent être respectivement de nationalités zimbabwéenne et camerounaise, 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 et de l'ordre de quitter le territoire (annexe 13), pris le 9 décembre 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 17 février 2022 convoquant les parties à l'audience du 10 mars 2022.

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 A. PAUL *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

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

1.2. 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 le 17 décembre 2019 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 de rejet de cette demande.

Par un arrêt n° 244 944 du 26 novembre 2020, le Conseil a annulé cette décision.

1.3. Le 9 décembre 2020, la partie défenderesse a pris une nouvelle **décision de rejet** de la demande précitée.

Il s'agit du **premier acte attaqué**, qui est libellé comme suit :

« 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.

Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée (Mme [M., Z.]) 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 de la requérante.

Dans son avis médical remis le 08.12.2020, (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 à son pays d'origine accompagnée de ses deux filles.

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 et documents médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée 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 le traitement est disponible et accessible au Zimbabwe.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressée ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération.

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. »

1.4. Le 9 décembre 2020 également, la partie défenderesse a pris un **ordre de quitter le territoire** à l'encontre de la partie requérante.

Il s'agit du **second acte attaqué**, qui est libellé comme suit :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

- o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :*

Les intéressées ne sont pas en possession de visa valable ».

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1. Le Conseil précise que l'ensemble des notes de bas de page figurant dans les écrits de la partie requérante sont ici omises même s'il en sera évidemment tenu compte dans l'examen de la requête.

2.2.1. La partie requérante prend notamment un **premier moyen** 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 23 et suivants du Code judiciaire ;
- 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 ; »

2.2.2. Dans une **quatrième branche** intitulée « en ce qui concerne l'accessibilité du traitement de la requérante », la partie requérante soutient 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 ».

2.2.3. Après un rappel théorique quant à certaines normes et certains principes visés au moyen, la partie requérante s'exprime comme suit :

« **Premièrement**, la décision attaquée viole l'autorité de chose jugée (articles 23 et suivants du Code judiciaire) de l'arrêt de Votre Conseil ayant annulé la décision précédente.

La seule différence entre la décision du 9 décembre 2020 et la décision précédemment annulée par Votre Conseil est la suppression d'une phrase : « En effet, la requérante se trouvait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Congo RD. 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). »

Par ailleurs, la partie adverse a ajouté des paragraphes concernant le projet de Dixon Chibanda pour tenter de faire face à l'extrême pénurie de personnel en soins de santé psychiatrique. Pour le reste, la décision est restée identique.

Ce faisant, elle viole l'autorité de la chose jugée de l'arrêt de Votre conseil n° 244 944 du 26 novembre 2020, qui avait jugé :

«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 (PCSU), 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 soeur 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'observation 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 ».

Il est évident que la simple suppression de la phrase reprochant à la requérante de ne pas démontrer que sa situation serait identique à la situation générale ne permet pas de rétablir la légalité de la

décision attaquée. Les informations ajoutées concernant les projet du Dr. Dixon Chibanda ne font par ailleurs que confirmer le problème d'accessibilité des soins psychiatriques au Zimbabwe.

Enfin, la nouvelle décision attaquée est accompagnée d'un avis du médecin conseil qui reprend exactement la même phrase que la précédente, pourtant estimée illégale par Votre Conseil :

« 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. »

Ce faisant, la partie adverse viole l'autorité de chose jugée de l'arrêt de Votre Conseil.

Deuxièmement, 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 (sic) 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.

Concernant les rapports déposés par la requérante à l'appui de sa demande démontrant l'absence d'accessibilité des soins psychiatriques au Zimbabwe, il est vrai qu'elle s'était contentée de liens url vers des rapports et des articles. Par contre, les documents avaient été joints à la procédure devant Votre Conseil, de sorte que la partie adverse a pu en prendre connaissance. La requérante aurait voulu également les transmettre à la partie adverse suite à l'annulation de la décision attaquée, mais cette dernière ne lui en a pas laissé le temps, puisqu'une nouvelle décision a été prise cinq jours ouvrables après la réception de l'arrêt de Votre Conseil. Dans ce contexte, la partie adverse aurait au moins pu faire l'effort de tenir compte des éléments joints à la procédure devant Votre Conseil.

En ne tenant pas compte des informations déposées par la requérante indiquant l'absence d'accessibilité des soins psychiatriques au Zimbabwe, la décision attaquée viole le principe de précaution et l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Troisièmement, le médecin conseil ne démontre nullement, via une référence très générale au système de sécurité sociale zimbabwéen, au projet du Dr. Dixon Chibanda 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/countryprofile/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 les projets mis en place par le Dr. Dixon Chibanda, relevons tout d'abord que ci (sic) ceux-ci pourraient être financièrement accessible, il ne s'agit aucunement de réel traitement psychiatrique. Rappelons que le certificat médical déposé à l'appui de la demande 9ter insiste sur l'importance d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Le fait de proposer l'aide de travailleurs communautaires qui ont reçu une formation d'infirmiers non spécialisés en psychiatrie ne peut dans ce cas être considéré comme un traitement adéquat.

En n'examinant pas l'accessibilité d'un traitement adéquat, mais uniquement d'une forme de traitement amateur, la décision attaquée viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Par ailleurs, les différentes informations sur les projets « le soin et la veille par les pairs » et « Banc de l'amitié » montrent à quel point la pénurie de soignants spécialisés en psychiatrie est grave au Zimbabwe. On lit en effet que le deuxième (sic) plus grand hôpital psychiatrique du Zimbabwe ne compte aucun psychiatre. L'initiative du Banc de l'amitié « vise à répondre à la grave pénurie de traitements fondés sur des données probantes pour les personnes souffrant de troubles mentaux (sic) au Zimbabwe ». On lit ensuite que « Dans les pays en développement, près de 90% des gens souffrant de troubles mentaux ne peuvent avoir accès à un traitement ». Enfin, on apprend que « Dans de nombreuses régions d'Afrique, si vous êtes pauvre et atteint d'une maladie mentale, vos chances d'obtenir un traitement adéquat sont presque nulles ».

Bien évidemment les initiatives mentionnées dans la décision attaquée sont à saluer. Simplement, elles ne correspondent pas au traitement adéquat donc la requérante a besoin, et confirment donc l'absence d'accessibilité des vrais traitements psychiatriques.

En ce qui concerne l'aide qui serait apportée par MSF, un coup d'oeil 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 1 3'000 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. ».

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..

Quatrièmement, 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 (sic) (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. »

3. Discussion.

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

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 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 1^{er}, 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 décembre 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 relève, 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 premier moyen, il y a lieu de relever qu'il ne peut être reproché à la partie défenderesse et à son médecin conseil de n'avoir pas pris en considération, dans le cadre de la nouvelle décision ici en cause, les rapports et articles auxquels la partie requérante s'était référée en indiquant uniquement l'URL dans sa demande mais qu'elle avait joints à sa requête devant le Conseil contre la décision initiale (du 14 avril 2020) de la partie défenderesse. Le dépôt en annexe à une requête devant le Conseil ne vaut en effet pas communication de pièces à la partie défenderesse. Par ailleurs, concrètement, le Conseil ne transmet à la partie défenderesse que la requête et non ses annexes.

Quoi qu'il en soit, dans le point « *deuxièmement* » de la quatrième branche du premier moyen, la partie requérante semble contester n'avoir « *produit aucun rapport* » sur l'accessibilité des soins au Zimbabwe, comme relevé par le médecin conseil de la partie défenderesse. Elle rappelle en effet avoir argumenté sur ce point en ayant fait référence aux liens URL. Si même cette référence aux liens URL peut être jugée, sur la forme, insuffisante, il n'en demeure pas moins que la partie requérante a argumenté sur ce point dans sa demande d'autorisation de séjour elle-même et que de toute façon 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 mais a examiné la situation au Zimbabwe.

3.4. 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 « promet »). 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). Du reste, c'est l'existence même d'une couverture sanitaire universelle effective que conteste la partie requérante, et non ce qu'elle couvre.

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, c'est à bon droit que la partie requérante relève que le médecin conseil de la partie défenderesse a continué à invoquer le rapport de MSF de 2017 alors que dans le cadre de l'arrêt 244.944 (qui, lui, est nécessairement connu de la partie défenderesse et de son médecin conseil), il était relevé que la partie requérante arguait, sans être contredite par la partie défenderesse, que le rapport de 2018 ne faisait plus apparaître d'aide de MSF dans les soins de santé mentale au Zimbabwe. La partie défenderesse, dans sa note d'observations, ne se prononce pas sur cette question. La décision attaquée ne saurait donc être jugée adéquatement motivée sur ce point.

3.5. S'agissant du point « troisièmement » de la quatrième branche du premier moyen, le nouveau passage de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse suivant lequel « Concernant la prise en charge de sa pathologie, malgré l'absence de psychiatre à Ngomahuru (le deuxième plus grand hôpital psychiatrique du Zimbabwe), pour optimiser les compétences, l'équipe soignante a gardé l'essentiel du projet de Dixon Chibanda : le soin et la veille par les pairs. Tablant sur l'effet domino, le psychiatre a formé les soignants à la détection de troubles mentaux, pour qu'à leur tour ils transmettent leur nouveau savoir-faire à une vingtaine d'infirmiers non spécialisés, basés dans des dispensaires de brousse. Une fois formés, pour se rapprocher encore des habitants, les infirmiers ruraux passeront le relais aux travailleurs communautaires répartis dans chaque village. Cette chaîne inclut les enseignants, qui « font face à des adolescents dont les suicides augmentent », pointe encore le docteur Maramba.

Mentionnons que l'intervention du Banc de l'amitié s'est aussi révélée utile pour améliorer l'état de santé de personnes parmi les plus vulnérables. L'auteur principal de l'étude, le Dr Dixon Chibanda, psychiatre conseil à Harare, est le cofondateur du réseau du Banc de l'amitié, qui vise à répondre à la grave pénurie de traitements fondés sur des données probantes pour les personnes souffrant de troubles mentaux au Zimbabwe, un problème répandu dans toute l'Afrique.

Ayant reçu 1M \$CAN en financement de Grands Défis Canada, le Banc de l'amitié a, depuis, été étendu à 72 cliniques dans les villes de Harare, Gweru et Chitungwiza (population totale de 1,8 million d'habitants).

Dans le cadre d'une collaboration avec un programme psychiatrique de Médecins Sans Frontières au Zimbabwe, le Banc de l'amitié travaille à créer le plus vaste programme de santé mentale en Afrique sub-saharienne. A ce jour, plus de 27500 personnes ont eu accès à un traitement. « Dans les pays en développement, près de 90% des gens souffrant de troubles mentaux ne peuvent avoir accès à un traitement », explique le Dr Peter A. Singer, chef de la direction de Grands Défis Canada. « Nous avons besoin d'innovations comme le Banc de l'amitié afin de renverser les proportions, c'est-à-dire pour passer de 10% des gens recevant un traitement, à 90% de gens qui reçoivent un traitement. »

« Dans de nombreuses régions d'Afrique, si vous êtes pauvre et atteint d'une maladie mentale, vos chances d'obtenir un traitement adéquat sont presque nulles », explique la Dre Karlee Silver, vice-présidente aux Programmes de Grands Défis Canada. « Au Zimbabwe, les choses sont en train de changer grâce au Banc de l'amitié, le premier projet ayant le potentiel de rendre les soins de santé mentale accessibles à toute une nation africaine. »

Il est démontré, selon Vikram Patel, psychiatre et professeur à l'Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres, l'étude ajoute « de plus en plus de preuves » que les agents de santé communautaire travaillant dans les établissements de soins de routine peuvent effectivement dispenser les thérapies psychologiques qui font défaut dans de nombreux pays pauvres en ressources », est

plutôt relatif à la disponibilité qu'à l'accessibilité aux soins. Il ne permet quoi qu'il en soit pas de conclure à l'accessibilité des soins requis.

L'argumentaire de la partie défenderesse, développé dans sa note d'observations, selon lequel la partie requérante « *reste en défaut de contester la valeur de l'information prodiguée par son médecin de manière à permettre à d'autres thérapeutes de prodiguer des soins, se contentant d'un jugement de valeur qui, en outre, ne prend pas non plus en considération le fait que le recours à ce projet n'est pas exclusif de la possibilité de bénéficier d'autres soins de la part de thérapeutes plus qualifiés aux yeux de la requérante* », a de nouveau trait à la disponibilité des soins requis au Zimbabwe, et ne répond pas à la critique de l'avis médical litigieux, formulée par la partie requérante, relative au problème d'accès réel aux psychiatres, psychologues et aux médicaments en l'absence de certitude quant à l'existence effective d'une couverture sanitaire universelle pour la requérante qui déclare être dans l'incapacité de travailler, alors que l'avis médical confirme la nécessité pour la partie requérante d'un traitement psychiatrique, psychologique et médicamenteux (traitement médicamenteux dont on peut du reste supposer que seul un médecin peut le prescrire).

C'est dès lors à bon droit que la partie requérante soutient que « *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.* » (requête p.21).

3.6. Quant au point « *quatrièmement* » de la quatrième branche du premier moyen, dans la mesure où la partie requérante avait exposé dans sa demande avoir quitté le Zimbabwe en 2008 avec sa mère et sa soeur 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.* », qui repose sur des conjectures et s'avère purement théorique, ne peut suffire à établir une accessibilité réelle aux soins requis.

3.7. Le premier moyen en sa quatrième branche (deuxième, troisième et quatrième sous-branches) est dès lors fondé et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres (sous-)branches du premier moyen, qui, à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus. Il n'y a pas davantage lieu d'examiner le second moyen, qui concerne l'ordre de quitter le territoire, au vu de ce qui sera exposé au point 3.8. ci-dessous.

3.8. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire pris également le 9 décembre 2020, le Conseil estime qu'il est indiqué, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de faire disparaître l'ordre de quitter le territoire, attaqué, de l'ordre juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque [...] En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire à la partie requérante, si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, la demande visée au point 1.2. (dans le même sens, C.C.E., arrêt n°112 609, rendu en assemblée générale, le 23 octobre 2013) ».

4. Débats succincts

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

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

