



## Arrêt

n° 216 246 du 31 janvier 2019  
dans l'affaire X / III

En cause : X

**Ayant élu domicile : chez Me C. NIMAL, avocat,  
rue des Coteaux 41,  
1210 BRUXELLES,**

**Contre :**

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

### **LE PRESIDENT F.F. DE LA IIIe CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 2 février 2012 par X, de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour prise le 9 décembre 2011 et notifiée le 6 janvier 2012* ».

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 8 janvier 2019 convoquant les parties à comparaître le 29 janvier 2019.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. GAMMAR loco Me C. NIMAL, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS 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.** Le 28 février 2008, la requérante a introduit une demande de visa en vue d'un regroupement familial avec son conjoint belge, lequel lui a été octroyé en date du 16 septembre 2008 moyennant un suivi au niveau du séjour afin de vérifier la cohabitation effective du couple. La requérante serait arrivée sur le territoire dans le courant du mois de septembre 2008.

**1.2.** Le 11 février 2009, une décision mettant fin au droit de séjour avec ordre de quitter le territoire a été prise à l'encontre de la requérante. Le recours contre cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 31 180 du 4 septembre 2009.

**1.3.** Le 25 septembre 2009, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980 auprès de l'administration communale de Forest, laquelle serait toujours pendante à l'heure actuelle.

1.4. Le 18 décembre 2009, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 30 août 2010 et complétée le 19 avril 2011.

1.5. Le 23 novembre 2011, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu son avis médical.

1.6. En date du 9 décembre 2011, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour, notifiée le 6 janvier 2012.

Cette décision constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motif :

*Madame A., N. a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.*

*Le médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a donc été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au Maroc.*

*Dans son rapport du 23 novembre 2011, le médecin de l'OE mentionne que l'intéressée souffre d'une pathologie psychiatrique et d'une pathologie gastrique nécessitant un suivi et un traitement médicamenteux. Le médecin de l'OE précise que l'état de santé de la patiente est améliorable et qu'une stabilisation est possible.*

*Notons que les sites Internet d'Allianz, de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et de l'Annuaire médical du Maroc permettent d'attester de la disponibilité, au Maroc, de bon nombre d'hôpitaux dont certains spécialisés en maladies nerveuses. Le site Internet de Maroc Santé répertorie les psychiatres du Maroc.*

*Notons que les sites Internet de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et de l'Annuaire médical du Maroc fournissent également des listes de médicaments disponibles au Maroc qui permettent d'attester de la disponibilité du traitement médicamenteux (ou équivalent) prescrit à l'intéressée.*

*De plus, le Maroc dispose d'un programme national de santé mentale. L'offre de soins psychiatriques est vaste et diversifiée en matière de prise en charge psychiatrique et psychologique, que ce soit en ambulatoire ou en hôpital.*

*Dès lors, sur base de l'ensemble de ces informations et étant donné que l'état de santé de la patiente ne l'empêche pas de voyager, le médecin de l'OE conclut dans son avis qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour dans le pays d'origine, le Maroc. Le médecin de l'OE précise qu'un accompagnement est souhaitable.*

*Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Maroc, l'intéressé fournit le rapport de février 2009 du CRI-project sur le Maroc.*

*Notons que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68).*

*En outre, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que le régime marocain de protection sociale couvre aussi bien les salariés des secteurs public et privé et assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et sert les prestations familiales. En outre, le régime marocain comprend le régime*

d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies. Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie obligatoire. Le Ramed a fait l'objet d'un projet-pilote novembre 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadra-Azilal, où il a été testé pendant 2 ans. En 2011, le régime a été étendu progressivement à tout le Maroc afin de disposer du temps nécessaire pour mettre en place les moyens, notamment les comités responsables de l'organisation du Ramed et la formation du personnel, ce qui devrait être achevé d'ici la fin 2011. Notons que même dans le cas où le RAMED ne serait d'application dans la région d'origine du requérant le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles ».

Remarquons que l'Association AMALI a entre autre comme objectif de : Combattre la stigmatisation, la marginalisation, la discrimination et le rejet social des personnes en souffrance psychique ; Promouvoir une meilleure qualité de soins de ces personnes ; Améliorer la qualité de vie des malades qui se trouvent dans la précarité ; Sortir les malades de leur isolement en les faisant participer à divers ateliers pour retrouver dignité et estime de soi ; Créer des structures pour l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les soins sont donc disponibles et accessibles au Maroc.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors,

1) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

Signalons que la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures : l'article 9ter procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduit par la requérante.

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 ».

## **2. Remarque préalable.**

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse s'interroge sur la capacité à agir de la requérante dans la mesure où celle-ci soutient être dans l'impossibilité de s'assumer seule.

En termes de plaidoirie, la requérante fait valoir que sa perte d'autonomie nécessite effectivement qu'elle soit aidée mais que cette aide se limite à une simple assistance physique.

2.2. Le conseil constate qu'il ne ressort pas du dossier administratif que la requérante ait été mise sous tutelle. De même, rien ne permet d'établir que la perte d'autonomie alléguée s'accompagnerait d'une perte du discernement nécessaire à l'introduction d'un recours pour assurer la préservation de ses intérêts.

## **3. Exposé de la troisième branche du premier moyen d'annulation.**

3.1. La requérante prend notamment un premier moyen de « la violation des articles 9 Ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, violation des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, défaut de motivation, violation du principe de légitime confiance de l'administré, erreur dans l'appréciation des faits, violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des

*éléments pertinents à la cause, violation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, violation des articles 35 et 124 du Code de déontologie médicale, et de l'article 4 A.R. du 17.05.2007 fixant les modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 (M.B. 31 mai 2007) ».*

**3.2.** En une troisième branche, elle constate que la partie défenderesse ne conteste pas l'existence d'une pathologie répondant aux critères de gravité de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 mais estime que les soins qui lui sont nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Quant à la question de l'accessibilité, elle relève que la partie défenderesse se base sur l'existence d'un régime marocain de protection sociale couvrant les salariés du secteur public et privé. Or, elle souligne que, pour en bénéficier, elle doit travailler, ce qu'elle est incapable de faire au vu de son état de santé mentale. Elle ajoute que sa capacité à travailler n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le médecin conseil de la partie défenderesse.

En outre, elle insiste sur le fait qu'elle est sans diplôme et connaît des problèmes de santé et qu'elle devrait, en cas de retour au pays d'origine, se contenter d'emplois modestes, si elle a la capacité de travailler, lesquels ne lui permettraient pas de prendre à sa charge la part non-remboursable des soins.

Elle ajoute que ses problèmes médicaux lui imposent un suivi régulier. A ce sujet, elle s'en réfère à l'article intitulé « *Pas d'amélioration de l'accès aux soins pour les malades chroniques* », qui confirme qu'elle devrait faire face à des coûts exorbitants pour assurer le suivi de ses problèmes médicaux.

Par ailleurs, elle souligne que la partie défenderesse invoque l'existence du régime d'assistance médicale concernant les personnes qui ne peuvent pas bénéficier de l'assurance maladie obligatoire. Elle précise ainsi que, si le Ramed est un régime d'assistance médicale louable, il n'est en réalité qu'à l'état de projet à l'heure actuelle, ce qui est confirmé dans un article du 6 janvier 2012.

Enfin, elle relève que la partie défenderesse invoque également l'existence de l'association AMALI, laquelle est spécialisée dans l'aide aux personnes atteintes de schizophrénie. Or, elle souligne ne pas être atteinte par cette affection en telle sorte que cette association ne lui offrirait pas la possibilité d'être prise en charge dans un centre de jour alors qu'elle doit être en permanence encadrée et aidée. Elle ajoute que cette association propose aux malades des séminaires et des ateliers afin de retrouver leur dignité et estime de soi.

Par conséquent, elle déclare que l'accessibilité aux soins ne lui est pas assurée en cas de retour au Maroc.

#### **4. Examen de la troisième branche du premier moyen d'annulation.**

**4.1.** S'agissant du premier moyen, en sa troisième branche, l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, de la loi précitée du 15 décembre 1980 stipule que « *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.*

*La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.*

*L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire.*

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

**4.2.** Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressée.

Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

**4.3.** En l'espèce, il ressort du dossier administratif que la requérante souffre d'une affection psychiatrique chronique sous la forme d'une psychose paranoïde et d'un état dépressif chronique ainsi que d'une affection gastrique aigüe, pathologies pour lesquelles un traitement médicamenteux à base de seroquel, sipralexa, alprazolam, staurordorm et de pantoprazole ainsi que d'un suivi psychiatrique, psycho-social et par un gastro-entérologue (ou un médecin généraliste) est nécessaire.

En termes de requête, la requérante remet en cause l'accessibilité du traitement affirmée par la partie défenderesse. Ainsi, la requérante mentionne que la partie défenderesse se base sur l'existence d'un régime marocain de protection sociale couvrant les salariés du secteur public et privé. Or, elle souligne que, pour en bénéficier, elle doit travailler, ce qu'elle est incapable de faire au vu de son état de santé mentale. Elle ajoute que sa capacité à travailler n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le médecin conseil de la partie défenderesse. Par ailleurs, elle relève que la partie défenderesse invoque l'existence du régime d'assistance médicale concernant les personnes qui ne peuvent pas bénéficier de l'assurance maladie obligatoire et précise que, si le Ramed est un régime d'assistance médicale louable, il n'est en réalité qu'à l'état de projet à l'heure actuelle, ce qui est confirmé dans un article du 6 janvier 2012. Enfin, elle souligne que la partie défenderesse invoque également l'existence de l'association AMALI, laquelle est spécialisée et aide les personnes atteintes de schizophrénie, ce qui n'est pas son cas. Par conséquent, elle déclare que l'accessibilité aux soins ne lui est pas assurée en cas de retour au Maroc.

Dans le cadre de la décision attaquée, le Conseil constate que la partie défenderesse a, quant à elle, estimé qu'« afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Maroc, l'intéressé fournit le rapport de février 2009 du CRI-projet sur le Maroc.

*Notons que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68).*

*En outre, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que le régime marocain de protection sociale couvre aussi bien les salariés des secteurs public et privé et assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et sert les prestations familiales. En outre, le régime marocain comprend le régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies. Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie obligatoire. Le Ramed a fait l'objet d'un projet-pilote novembre 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadla-Azilal, où il a été testé pendant 2 ans. En 2011, le régime a été étendu progressivement à tout le Maroc afin de disposer du temps nécessaire pour mettre en place les moyens, notamment les comités responsables de l'organisation du Ramed et la formation du personnel, ce qui devrait être achevé d'ici la fin 2011. Notons que même dans le cas où le RAMED ne serait d'application dans la région d'origine du requérant le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles ».*

*Remarquons que l'Association AMALI a entre autre comme objectif de : Combattre la stigmatisation, la marginalisation, la discrimination et le rejet social des personnes en souffrance psychique ; Promouvoir une meilleure qualité de soins de ces personnes ; Améliorer la qualité de vie des malades qui se trouvent dans la précarité ; Sortir les malades de leur isolement en les faisant participer à divers ateliers pour retrouver dignité et estime de soi ; Créer des structures pour l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques ».*

Le Conseil entend relever, d'une part, qu'il ne ressort pas de l'avis médical du médecin conseil de la partie défenderesse, du 23 novembre 2011, que ce dernier ait tenu compte de la question de l'accessibilité des soins au Maroc. Ainsi, malgré le fait qu'il n'ait pas remis en question la gravité des pathologies alléguées, le médecin conseil a totalement passé sous silence cet aspect qui ressort toutefois des certificats médicaux produits et selon lesquels il existe un problème d'accessibilité relevé par le médecin de la requérante. Il convient toutefois d'insister sur le fait qu'il ressort des certificats médicaux contenus au dossier administratif que les conséquences et complications en cas d'arrêt du traitement sont relativement importantes.

Or, s'agissant de la question du fondement de la demande, le Conseil relève qu'il ressort de l'alinéa 4 du paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi précitée du 15 décembre 1980 que la question de l'accessibilité des soins au pays d'origine doit être examinée par un « *fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet* ». Or, si l'on s'en réfère à l'avis rendu par le médecin fonctionnaire en date du 23 novembre 2011, celui-ci n'a émis aucun avis quant à l'accessibilité des soins de santé afin de pouvoir apprécier l'existence d'un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant.

Le fonctionnaire de la partie défenderesse, qui a rédigé la décision attaquée, ne pouvait, *motu proprio*, s'y prononcer sur la question de l'accessibilité sans se baser sur l'avis d'un médecin, ainsi que cela est requis par la loi. En effet, dans le cadre de la décision attaquée, la partie défenderesse en arrive à la conclusion que les soins nécessaires à la requérante sont accessibles dans la mesure où il existe un régime marocain de protection sociale couvrant les salariés du secteur public et privé et assurant une protection contre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et servant les prestations familiales ; un régime d'assistance médicale (RAMED) pour les personnes économiquement faibles et ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie ainsi que l'association AMALI pour les personnes en souffrance psychique.

Par ailleurs, la partie défenderesse ne démontre, à aucun moment, avoir tenu compte des éléments ressortant des certificats médicaux contenus au dossier administratif, et plus particulièrement ceux ayant trait à l'accessibilité des soins au Maroc.

D'autre part et à titre subsidiaire, le Conseil constate qu'il apparaît, effectivement, que la question de la capacité de travailler de la requérante n'a pas fait l'objet d'un examen par la partie défenderesse alors que plusieurs certificats médicaux mettent en avant le fait que la requérante est incapable d'avoir un revenu et une vie normale et qu'elle est incapable de s'assumer. Or, comme relevé *supra*, cette question n'a pas été examinée par le médecin conseil de la partie défenderesse.

De plus, concernant le système du RAMED, comme le relève la requérante dans le cadre du présent recours, il n'apparaît pas que ce système soit suffisamment efficace vu l'échec de sa généralisation sur l'ensemble du territoire marocain, ainsi que cela ressort d'un article produit par la requérante et datant du 6 janvier 2012. Quant à l'existence de l'association AMALI, le Conseil relève, à l'instar de la requérante, que cette association est spécialisée dans l'aide aux personnes atteintes de schizophrénie, ce qui n'est pas le cas de la requérante de sorte que la référence à cette association, afin d'appuyer l'accessibilité des soins pour la requérante, n'est pas pertinente. Enfin, le Conseil ne peut que constater que rien ne démontre que la requérante aurait effectivement accès à ces systèmes, à savoir le Ramed ou l'association AMALI, aucun élément ne permettant de l'attester.

Les éléments développés dans le cadre de sa note d'observations ne sont de nature à renverser les considérations émises *supra*.

Dès lors, le Conseil considère que la question de l'accessibilité des soins nécessaires à la requérante n'a pas fait l'objet d'un examen suffisant et pertinent de la partie défenderesse, et ce au vu des informations ressortant des certificats médicaux. Par conséquent, le Conseil estime que la partie

