



## Arrêt

**n°227 912 du 24 octobre 2019**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NIMAL**  
**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 et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 10 août 2018, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision rejetant une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 1<sup>er</sup> juin 2018 et notifiés le 13 juillet 2018.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 13 août 2019 convoquant les parties à l'audience du 10 septembre 2019.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me C. NIMAL, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK loco Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1. La requérante déclare être arrivée en Belgique en juin 2009, munie d'un passeport revêtu d'un visa court séjour.

1.2. Le 14 décembre 2011, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle n'a pas eu une issue positive.

1.3. Le 9 novembre 2016, elle a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 18 janvier 2017. Par une décision du 7 mars 2018, assortie d'un ordre de quitter le territoire, la partie défenderesse a rejeté cette demande. Dans

son arrêt n° 208 345 prononcé le 28 août 2018, le Conseil de céans a rejeté le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces actes suite au retrait de ceux-ci.

1.4. Le 31 mai 2018, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. En date du 1<sup>er</sup> juin 2018, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle décision rejetant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

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

*Madame [G.B.S.], de nationalité Maroc, invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique.*

*Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Maroc, pays d'origine de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 31.05.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le dossier médical fourni ne permet 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 vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.*

*Du point de vue médical, le médecin de l'OE conclut que l'affection dont souffre la requérante n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Maroc.*

*Du point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.*

*Les soins sont disponibles et accessibles au Maroc.*

*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 n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

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

*Par ailleurs, l'intéressée invoque la situation au pays d'origine marquée par l'indisponibilité du traitement dont elle a besoin, la pénurie des professionnels de santé, et la concentration des neurologues dans de grandes villes. Rappelons 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'une requérante 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 AskarovyTurquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68).*

*En plus, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre la demandeuse soient disponibles et accessibles au pays d'origine (CCE n°123 989 du 15.05.2014). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Maroc. En l'espèce, la requérante 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).

Remarquons que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)).

Pour ce qui est de la concentration des neurologues dans les grandes villes, notons qu'il a été possible à l'intéressée de venir sur le territoire belge, rien ne prouve [qu']il lui sera impossible de s'installer dans une ville de son pays où les neurologues sont disponibles.

Les soins sont donc accessibles au Maroc.

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. Veuillez également radier l'intéressée du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour » ».

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION :**

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant 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<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2. En fait, l'intéressée séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

## **2. Exposé des moyens d'annulation**

2.1. La partie requérante prend un premier moyen de la « violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; violation de l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; violation de l'article 124 du Code de déontologie médicale ; violation des articles 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et minutie, violation du principe général du droit de l'Union européenne des droits de la défense et du droit d'être entendu, et particulièrement du principe audi alteram partem ; erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.2. Dans une première branche, elle avance que « Selon le Conseil d'Etat dans son arrêt du 16.10.2014 n° 228.778, les deux hypothèses pouvant conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour sont : « [...] ».[.] Selon le Conseil d'Etat, si la maladie alléguée ne répond « manifestement » à aucune de ces deux hypothèses, la demande est déclarée irrecevable. En l'espèce, la demande qui a été introduite le 09.11.2016 a été déclarée recevable par la partie adverse le 18.01.2017 ce qui signifie que les pathologies dont est atteinte la requérante ont atteint le seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter. Selon la partie requérante, dès lors que ce « filtre médical » est passé, la partie adverse est tenue d'examiner de quelle hypothèse relève la maladie alléguée : s'agit-il de la première hypothèse auquel cas l'éloignement n'est absolument pas envisageable ? Ou s'agit-il de la seconde hypothèse auquel cas, effectivement, il y a lieu de procéder à l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine ? Il ne ressort pas de la décision attaquée que : en premier lieu la partie adverse ait procédé à une quelconque évaluation du degré de gravité de la maladie alléguée par la partie requérante et ; en second lieu, la partie adverse n'explique pas en quoi la maladie alléguée par la partie requérante rentrerait dans la seconde hypothèse de telle sorte que cette dernière ne peut comprendre de manière adéquate les raisons de la décision attaquée. La décision attaquée est mal motivée, elle doit être annulée ».

2.3. Dans une deuxième branche, elle expose que « La question de savoir à quelle hypothèse appartient la maladie alléguée par la partie requérante est d'autant plus importante que la maladie dont

souffre la requérante atteint un seuil de gravité l'empêchant de retourner au Maroc. La partie requérante s'est pourtant exprimée clairement sur le degré de gravité de sa maladie, documents médicaux à l'appui. Il ressort en effet du certificat médical déposé à l'appui de la demande de séjour du 09.11.2016 et des nombreux compléments transmis, que la requérante souffre de plusieurs pathologies graves qu'elle ne peut faire traiter et suivre au Maroc : En aout 2009, des médecins ont diagnostiqué chez elle une sclérose en plaque secondaire progressive pour laquelle un lourd traitement et une prise en charge spécialisée ont été mis en place. En plus de cette pathologie, Madame [G.] souffre également d'un syndrome pyramidal (trouble de la marche) et de trouble urinaire chronique dus notamment à la progression de la maladie. La pathologie de Madame [G.] s'est aggravée et elle a transmis à la partie adverse un complément actualisant sa situation médicale le 12.07.2017, insistant sur l'inexistence de son traitement au pays d'origine. La requérante a été hospitalisée du 12 au 15 septembre 2017 pour une faiblesse de l'hémicorps gauche et une perte d'équilibre préoccupante. Sa maladie s'est encore aggravée (EDSS passé à 3,5) et son traitement a dû être modifié en raison d'une lymphopénie engendrée par la prise de Gilenya. Le 22.11.2017, la requérante a transmis à la partie adverse un nouveau complément suite aux derniers examens médicaux alarmants : - Le 14.09.2017 le Docteur [K.] énonce en effet que : « la comparaison de l'examen avec celui du 6 juillet 2017 démontre l'apparition d'au moins 10 nouvelles lésions à l'étage supra-tentorial » « l'analyse de la fosse postérieure révèle une nouvelle lésion au niveau du pédoncule cérébelleux moyen gauche » « conclusion : progression sévère de la maladie ». - Le 13.11.2017, le Docteur [T.] énonce : « la patiente présente une aggravation de la maladie ». L'EDSS progresse à 3,5 et Madame [G.] est mise sous traitement Lemtrada. - Le 20.11.2017, le Docteur [A.] confirme l'état de santé aggravé de la requérante. La requérante est donc dans un état pathologique très grave et elle nécessite un traitement médicamenteux strict et un suivi médical précis et de qualité. En cas d'arrêt du traitement et du suivi, les conséquences sur sa santé seraient catastrophiques. Au vu de ce qui précède, l'état actuel de santé de la requérante présente une gravité maximale. Un retour vers le pays d'origine ne peut être envisagé de manière raisonnable. L'état de santé gravissime de la requérante justifie l'octroi d'un titre de séjour sur la base de l'article 9ter de la [Loi]. En décidant que la maladie alléguée par la requérante correspond à la deuxième hypothèse rappelée par le Conseil d'Etat, la partie adverse a procédé à une mauvaise évaluation de la situation médicale actuelle de la requérante. Elle a commis une erreur manifeste d'appréciation. Cela d'autant plus que la partie adverse a considéré la demande recevable et qu'elle admet donc que le degré de gravité de la maladie est élevé. De plus, par la prise de la nouvelle décision de refus, la partie adverse viole les principes de bonne administration et plus particulièrement les principes de prudence et minutie et de bonne foi. Dans son précédent recours, la requérante affirmait à juste titre ; « La partie adverse commet d'ailleurs une erreur manifeste d'appréciation et ne tient pas compte de l'ensemble des éléments pertinents de la cause dans la mesure où, au moment de la prise de l'acte attaqué, le dernier certificat médical du Docteur [T.] transmis par la requérante fait état d'une aggravation de la maladie de la requérante et d'une EDSS qui passe à 3,5. Or, dans l'acte attaqué, la partie adverse énonce : « SEP secondairement progressive au stade EDSS 3 » et elle renvoie à la description donnée sur le site « edmus.org » pour une EDSS de niveau 3, alors que l'EDSS de la requérante est passée à 3,5. Cela montre clairement que la partie adverse ne tient absolument pas compte de l'ensemble des éléments pertinents de la cause et commet une erreur manifeste d'appréciation des faits. » (Page 6 du précédent recours) La décision retirée et l'acte attaqué sont quasiment identiques. Le seul et unique changement que la partie adverse a apporté à sa décision de refus est qu'elle énonce « pour la forme » dans l'acte attaqué que la SEP secondairement progressive au stade EDSS 3 est « passée à 3.5 sur une échelle de 10 ». A aucun moment, la partie adverse ne laisse apparaître qu'elle ait analysé la situation médicale préoccupante de la requérante, et ce notamment au regard de cette évolution de la pathologie, de sorte que cet ajout « formel » ne permet absolument pas de prouver que la partie adverse a effectué un examen concret et individuel de la situation. L'acte attaqué doit être annulé ».

2.4. Dans une troisième branche, elle développe que « Force est de constater que la partie adverse contredit les médecins (spécialiste et généraliste) de la requérante et modifie même le traitement que ceux-ci ont déterminé afin de soigner la requérante. Or, la partie adverse ne peut avoir correctement analysé la situation médicale et la demande de la requérante étant donné que son médecin conseil ne l'a pas examinée personnellement et ne s'est absolument pas concerté avec les médecins de la requérante. Donner un avis médical après avoir examiné de manière effective la requérante est pourtant une obligation déontologique rappelée à [l'article] 124 du code de déontologie qui prévoit : « Ces médecins, lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic, ne peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont fait procéder à des examens spécialisés ou ont disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins ». Le code de déontologie s'impose au médecin conseil et compte tenu des droits qui en découlent pour le patient est d'ordre public. Comme l'a rappelé la Cour Constitutionnelle « rien n'indique que le législateur ait, dans ce cadre,

entendu déroger aux droits du patient qui sont consacrés par la loi du 22 août 2002. En outre, les médecins désignés sont tenus de respecter le code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins... ». A cet égard, le Conseil d'Appel d'expression française de l'ordre des médecins a déjà considéré qu'il était du devoir du médecin d'examiner le patient avant de rendre un avis médical, sous peine de rendre cet avis à la légère ou encore que des écrits attestant un fait non constaté personnellement par le médecin sont susceptibles de compromettre des intérêts privés et publics. Ce refus de recueillir des informations complémentaires et d'examiner le patient est d'autant moins acceptable qu'il est légitime que l'expert se fonde sur un examen clinique du patient pour donner un avis. C'est d'ailleurs en ce sens que le comité consultatif de Bioéthique de Belgique a rendu un rapport concernant la problématique des étrangers souffrant de problèmes médicaux. Le Médiateur Fédéral dans son rapport du 14 octobre 2016 se rallie d'ailleurs au point de vue adopté dans ce rapport. Le comité a rappelé aux médecins conseils de l'Office des Etrangers que « quand un médecin – qu'il soit fonctionnaire ou non – fournit un avis médical au sujet d'un dossier médical, il s'agit d'un acte médical pour lequel ce médecin est soumis à la déontologie médicale. (...) Dans ce cadre, un avis sur le dossier médical d'un patient porte donc de manière inévitable et évidente sur ce patient, et pas seulement sur son dossier. D'un point de vue éthico-déontologique, le dossier est un outil au service de l'acte médical et jamais sa finalité. (...) Concrètement, cela signifie que la concertation avec le médecin traitant est indispensable lorsque l'avis du médecin-fonctionnaire est en contradiction avec ce qu'a attesté le médecin traitant ». Il ajoute également que « quand un médecin fonctionnaire qui n'est pas spécialisé dans l'affection en question donne un avis qui s'écarte de l'avis d'un spécialiste de cette affection, la concertation entre les deux médecins est donc impérative. Si la divergence d'opinion persiste après la concertation, un entretien et un examen clinique du patient par le médecin-fonctionnaire ainsi qu'un avis d'expert indépendant (spécialiste de l'affection en question) seront indiqués, comme c'est légalement possible mais rarement appliqué en pratique. » Le comité souligne donc en des termes très clairs les obligations qui s'imposent au médecin conseil lorsqu'il est en désaccord avec le médecin rédacteur du certificat type. Le comité termine ainsi en disant : « dans une procédure de demande d'autorisation de séjour pour raison médicale, si le médecin de l'Office des étrangers est d'un avis différent du médecin rédacteur du certificat médical type, il est nécessaire et conforme à la déontologie médicale que le premier prenne contact avec le second ou demande l'avis d'experts en cas de désaccord persistant comme prévu à l'article 9ter, §1 alinéa 5, de la [Loi], faute de quoi la décision du délégué du ministre risque de ne pas être raisonnablement justifiée (absence de motivation matérielle) » Le Tribunal de Première Instance dans son arrêt du 30.06.2017 (16/6964/A) fait d'ailleurs sienne cette argumentation et condamne ainsi l'attitude de l'Office des Etrangers. En l'espèce le médecin conseil de la partie adverse, le Docteur [G.L.], médecin généraliste (pièce 11), contredit donc le diagnostic médical du Docteur [T.], spécialiste en neurologie (pièce 12), confirmé par le Docteur [A.], et cela sans aucune concertation avec ces derniers. Cette concertation est pourtant impérative, conformément à la déontologie médicale, en cas de désaccord persistant. L'absence d'examen médical et de concertation avec le médecin spécialiste de la requérante est d'autant plus grave que le médecin conseil de la partie adverse conteste le traitement administré à la requérante, et le modifie même d'initiative. Le médecin conseil de la partie adverse énonce en effet : « Donc, à l'instar du fingolimod, il n'apparaît pas que l'alemtuzumab, selon le CBIP, soit opportun comme traitement de la SEP secondaire progressive. Par contre, il apparaît qu'il peut être adéquatement remplacé par l'interféron bêta ». Le médecin conseil avait pourtant lui-même énoncé plus tôt que : « rappelons que l'utilisation du Lemtrada (alemtuzumab) résulte du choix du neurologue traitant, le Dr. [S.T.], neurologue. Ses effets secondaires possibles sont fréquents et importants. Les risques et les conséquences engendrées par son utilisation notamment dans une indication non remboursée en Belgique sont de la responsabilité du thérapeute en accord avec sa patiente », reconnaissant donc ainsi qu'il ne lui incombe pas de déterminer si le traitement de la requérante est adéquat ou pas, son rôle étant d'en déterminer la disponibilité et l'accessibilité au pays d'origine. Il affirme aussi : « le Selectamin est un simple complément nutritionnel qui contient une sélection de vitamines et d'antioxydants. A l'exception de la Vit D et de l'acide folique dans certaines circonstances, la prise de complexes polyvitaminiques n'est pas obligatoire pour la santé car une alimentation correcte suffit à satisfaire les besoins de l'organisme » Le médecin conseil de la partie adverse qui n'a pas vu le patient ne peut sans violer la déontologie médicale ni l'art de guérir, prescrire un traitement médical à un patient sans l'avoir examiné personnellement. Ces immixtions dans le traitement thérapeutique donné par le médecin traitant sont contraires à l'article 126 § 4 du code de déontologie : « § 4. Le médecin contrôleur s'abstient de toute ingérence directe dans le traitement. Il prend contact avec le médecin traitant préalablement à toute décision modifiant celle de ce dernier ». En modifiant le traitement de la requérante alors que celui-ci a été déterminé par son médecin traitant spécialisé en neurologie et confirmé par un second médecin – et ce sans aucune concertation avec ces médecins – la partie adverse viole donc une nouvelle fois la déontologie médicale. L'avis médical n'ayant pas été fait dans le respect du code de déontologie ne peut qu'être annulé. La décision qui se

*fonde sur cet avis doit par voie de conséquence être annulée car non motivé en droit et en fait. En tout état de cause, la partie adverse viole le principe général de bonne administration et l'obligation de collaborer à la charge de la preuve en n'invitant pas la requérante ou ses médecins à fournir les renseignements et rapports médicaux supplémentaires pour pouvoir se forger une opinion sur la pathologie de la requérante. Dans la mesure où la partie adverse n'a pas examiné la requérante, elle n'a pu motiver correctement sur le degré de gravité de la pathologie qu'elle a développé. La décision attaquée doit être annulée ».*

2.5. Dans une quatrième branche, elle souligne qu' « *Au vu de ce qui précède, la requérante est atteinte d'une pathologie grave, instable et mortelle si elle n'est pas traitée. Il ne fait aucun doute que sans ce traitement, la requérante connaîtra une dégradation catastrophique de son état de santé. La partie adverse affirme à tort que la requérante peut retourner dans son pays d'origine. Un retour au Maroc est incompatible avec l'état de santé dans lequel elle se trouve. Cette dernière souffrirait de traitements inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la CEDH en cas de retour dans son pays d'origine. La partie requérante estime que la gravité de la pathologie de la requérante a atteint le seuil de gravité qu'exige la CourEDH au regard de l'article 3 de la CEDH. Le risque de violation de l'article 3 de la CEDH est donc flagrant en cas de retour au Maroc et la décision doit être annulée. En tout état de cause la décision de la partie adverse est mal motivée en ce qu'elle examine la possibilité d'un retour de la requérante dans son pays d'origine uniquement au regard d'une violation de l'article 3 de la CEDH. En effet, Votre Conseil a très clairement établi que la protection offerte par l'article 9ter était bien plus large que celle offerte par l'article 3 de la CEDH (CCE 12 décembre 2014, n° 135 035, 135 037, 135 038, 135 039 et 135 041). La décision attaquée est mal motivée et doit être annulée ».*

2.6. La partie requérante prend un deuxième moyen de la « *violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».*

2.7. Elle soutient qu' « *Il ressort de la décision attaquée que la partie adverse a considéré que la maladie alléguée par la partie requérante – pour reprendre les termes du Conseil d'Etat – maladie « quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine, mais qu'il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». Dans ce cadre, la partie adverse doit examiner tant l'existence des soins, c'est-à-dire leur disponibilité, que les possibilités effectives pour le demandeur, dans son cas individuel, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective ».*

2.8. Dans une première branche, ayant trait à la disponibilité, elle souligne que « *La partie adverse affirme que « sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont disponibles au Maroc ». En ce qu'il énonce cela, l'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé. Un lourd traitement et un suivi régulier a été prescrit à la requérante. Comme énoncé ci-avant (voir Premier Moyen, troisième branche), la partie adverse modifie unilatéralement le traitement indispensable à la requérante qui lui a été prescrit par son médecin traitant spécialisé, et ce en totale contradiction avec la déontologie médicale. Le médecin conseil de la partie adverse décide en effet unilatéralement d'écarter l'administration du Lemtrada pourtant indispensable à la requérante, en le remplaçant par de l'interféron bêta. Ce seul constat suffit à annuler l'acte attaqué. Si la partie adverse fait cela, c'est qu'elle est parfaitement au courant que le « Lemtrada », tout comme le « Gilenya » (le traitement précédent) ne sont absolument pas disponibles au Maroc, ce que la requérante et ses médecins ont souligné à plusieurs reprises. La « non-disponibilité » du traitement de la requérante est donc clairement établie, ce que la partie adverse ne conteste même pas, étant donné qu'elle tente de prouver que ce traitement ne doit pas être administré à la requérante, plutôt que de simplement en démontrer la disponibilité dans le pays d'origine, ce qui lui est impossible. Egalement, au lieu de démontrer la disponibilité du Lemtrada au Maroc, la partie adverse tente plutôt de démontrer qu'en Belgique, la requérante n'aurait pas droit à un remboursement INAMI pour ce traitement. Elle énonce en effet : [...] L'accessibilité au traitement en Belgique n'a en effet rien à voir avec la disponibilité du traitement au pays d'origine. D'ailleurs, la requérante ne comprend pas pourquoi la partie adverse remet en question l'accessibilité à son traitement en Belgique étant donné que ses médecins attestent qu'elle est bien traitée sous Lemtrada,*

donc qu'elle y a accès. Afin de justifier de la disponibilité des autres médicaments composant le traitement de la requérante, la partie adverse se contente de renvoyer à des sites internet qui énoncent l'existence d'infrastructures hospitalières, la présence de médecins sur le territoire marocain et renvoie à des listes de médicaments. Votre Conseil a pourtant souvent insisté sur la nécessité pour la partie adverse de démontrer la disponibilité effective du traitement et du suivi au pays d'origine et de ne pas simplement renvoyer à l'existence d'une liste de médicaments ou d'infrastructures et de professionnels de la santé (CCE 30 mars 2017, n°184.749, 28 février 2012, n° 76 076 ; 31 juillet 2012, n° 85 358 ; 16 mars 2015, n° 141 028 ; 27 mai 2015, n° 146 400 ; 16 décembre 2015, n° 158 676 ; 12 avril 2016, n° 165 542 ; 19 janvier 2017, n° 180 942). La partie adverse renvoie à l'existence de l'Hôpital universitaire international Cheikh Khalifa de Casablanca. Comme on peut aisément le lire sur le site de cet hôpital (pièce 14), il s'agit d'un établissement privé qui ne serait absolument pas accessible à la requérante qui est sans ressource. Ce renvoi ne peut donc servir à établir la disponibilité du suivi en rééducation et en neurologie pour l'ensemble de la population marocaine puisque l'hôpital vise une clientèle plus fortunée que la requérante. La requérante a clairement établi que la disponibilité des soins de santé en général et concernant sa pathologie en particulier, n'est absolument pas garantie au Maroc. Elle a en effet expliqué, sources probantes à l'appui que : [...] De ce qui précède il ressort très clairement que la partie adverse ne parvient pas à démontrer que le traitement et le suivi indispensables à la requérante sont disponibles dans son pays d'origine, alors que la requérante a, quant à elle, très clairement établi cette « non-disponibilité ». Au vu de ce qui précède, l'administration manque en motivation sur ce point et ce défaut de motivation permet à lui seul l'annulation de la décision de refus d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la [Loi] prise en l'espèce. L'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé ».

2.9. Dans une deuxième branche, relative à l'accessibilité, elle fait valoir que « Dans le cadre de cette analyse, la partie adverse doit examiner les possibilités effectives pour le demandeur, compte tenu de la situation générale du pays en question en ce qui concerne les soins de santé et compte tenu de la situation individuelle du demandeur, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective. La Cour européenne des Droits de l'Homme l'a d'ailleurs rappelé dans son arrêt PAPOSHVILI du 16.12.2016 (§187). La Cour rappelle également que « Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), n o 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée). (§190) » La requérante souffre de pathologies graves qui nécessitent un traitement et un suivi important et régulier. Contrairement à ce qu'affirme la partie adverse, le traitement et le suivi indispensables à la requérante ne lui seraient absolument pas accessibles en cas de retour dans son pays d'origine. En effet, la partie adverse ne tient absolument pas compte de la situation générale des soins de santé au Maroc ainsi que de la situation individuelle de la requérante, ce qui est contraire à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme. La partie adverse tente donc de démontrer l'accessibilité aux soins pour la requérante, en affirmant tout d'abord que pour les travailleurs marocains, un régime de protection sociale existe et assure « une protection contre les risques de maladie (...) » et qu'il existe un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Lorsqu'elle énonce cela, la partie adverse ne tient absolument pas compte de la situation individuelle de la requérante qui est sans ressources et ne peut avoir accès au marché du travail. La requérante est arrivée en Belgique à l'âge de 16 ans. Elle a quitté l'école en troisième secondaire et n'a donc jamais exercé une quelconque activité professionnelle, que ce soit au Maroc ou en Belgique. En effet, très peu de temps après son arrivée sur notre territoire, sa pathologie et ses troubles moteurs se sont déclarés de sorte qu'elle n'a jamais pu travailler. Ses médecins sont clairs, elle est incapable de travailler ou alors seulement dans un emploi adapté à sa situation médicale et adapté à ses troubles moteurs. Le marché du travail marocain lui est donc totalement inconnu et sa pathologie et ses troubles moteurs nécessitent un emploi particulièrement adapté et il n'est nullement établi qu'il existe un tel poste au Maroc. Vu cette situation, il est évident qu'elle ne serait pas en mesure de travailler, ou ne fut-ce que susceptible de trouver du travail en cas de retour au Maroc d'autant plus que vu ses troubles moteurs, elle serait fortement discriminée à l'embauche. Votre Conseil s'est déjà prononcé dans des cas identiques et a en effet déjà pu constater à cet égard que la partie adverse ne tient absolument pas compte de la situation individuelle de la requérante qui est sans ressource et ne peut avoir accès au marché du travail (CCE arrêt 194 452 du 27.10.2017). En tout état de cause, la page à laquelle renvoie l'acte attaqué énonce elle-même que ; « L'ouverture du droit aux prestations d'AMO de base pour les travailleurs salariés, est subordonnée : à la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables successifs ou non pendant les 6 mois précédant les soins ». ([http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_maroc.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html)) Ainsi, la requérante, si elle trouvait un emploi

adapté, et ce dans un délai des plus brefs, devrait réaliser « une période de cotisation » de minimum 54 jours ouvrables successifs ou non (soit au minimum près de 3 mois de travail) afin d'avoir droit aux prestations de soins. Cette situation est évidemment inenvisageable pour la requérante qui est de santé précaire et a besoin de soins et d'un suivi continu. L'énoncé de cette « AMO » est donc sans pertinence en l'espèce. Ensuite, concernant le RAMED, la requérante constate que la partie adverse ne parvient pas à établir qu'il garantit une accessibilité effective au traitement et au suivi indispensables à la requérante. La partie adverse rappelle dans un premier temps l'existence du programme RAMED et ses objectifs initiaux qui ne démontrent en rien l'accessibilité actuelle et effective au traitement et suivi de la requérante. La partie adverse affirme ensuite que le RAMED aurait atteint l'ensemble de la population cible. Si un grand nombre de personnes se sont inscrites afin de bénéficier du RAMED, cela ne démontre cependant pas que ce programme permet un accès effectif aux soins pour la population, bien au contraire. Cet afflux d'adhérents empêche l'accessibilité effective aux soins et ce pour d'importantes raisons de budget, d'infrastructures et de moyens humains, ainsi que d'organisation. Le Ministre de la santé reconnaît lui-même que le système ne donne aucune garantie d'un accès effectif aux soins. Il énonce : En revanche, le ministre de la Santé a reconnu que la contrainte la plus importante entravant actuellement l'extension de l'offre de soins au profit de la majorité des bénéficiaires du Ramed reste la pénurie en ressources humaines et la rareté de certaines spécialités médicales. Selon El Houssaine Louardi, le plus grand défi face à la réussite du Ramed, ou de la Couverture Médicale de Base généralement, est sa stabilité et sa durabilité. « Après trois ans de sa généralisation, il est particulièrement difficile d'affirmer avec certitude la réussite du Ramed dans sa mission de fournir et d'améliorer les prestations initialement prévues aux bénéficiaires » a dit le ministre. » ([https://lematin.ma/express/2015/ramed-\\_99--de-beneficiaires-a-fin-fevrier-2015/219663.html](https://lematin.ma/express/2015/ramed-_99--de-beneficiaires-a-fin-fevrier-2015/219663.html)). Un article du site « 2M.ma » fait le même constat et énonce clairement que si un nombre important de personnes sont inscrites pour le RAMED, ce service manque cependant de financement vu le nombre de bénéficiaires qui est très élevé justement. Un problème évident de disponibilité des soins de santé se pose en amont. L'article pointe également des dysfonctionnements relatifs à la gestion et à la gouvernance du régime. (<http://www.2m.ma/fr/news/ramed-en-difficulte-financiere-20171228/>) Le 19.07.2018, l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH)<sup>5</sup> a rendu un rapport sur le RAMED qui pointe ses défaillances fondamentales et son ineffectivité. Les conclusions de l'ONDH sont sans appel : « 2. La généralisation du Ramed a indirectement mis sous forte tension le service hospitalier public. [...] 3. Le financement du Ramed est toujours problématique. [...] 4. Le ciblage du Ramed n'assimile malheureusement pas les plus pauvres. [...] » Par ailleurs, en 2015, seuls 27% des ménages vivant sous le seuil de pauvreté relative étaient effectivement affiliés au Ramed et 11,4% des ménages relevant du cinquième quintile en bénéficiaient, ce qui remet en cause le rôle de protection sociale qui lui est dévolu. » <http://www.lavieeco.com/news/actualite-maroc/ramed-voici-les-conclusions-de-londh-et-les-pistes-dameliorations-proposees.html> (pièce 15). Les articles « Comment le RAMED a mis sous tension la santé publique », « La moitié de la population vulnérable exclue du RAMED » et « RAMED : un régime en agonie », tirent les mêmes conclusions (Pièces 16, 17 et 18). L'inscription au RAMED ne garantit donc en rien l'accessibilité effective aux soins, bien au contraire. La lecture attentive des informations figurant sur le site internet du RAMED révèle également que le système en lui-même est en réalité bien contraignant ([www.ramed.ma](http://www.ramed.ma)). On remarque d'emblée que les démarches administratives sont très nombreuses. Il faut d'abord identifier la catégorie à laquelle appartient celui qui prétend à l'aide : « Pauvreté » ou « Vulnérabilité » ? On constate également que si le demandeur d'aide n'a pas accès à internet, ce qui est fort probable par définition, les démarches se compliquent en raison des nombreux déplacements que le demandeur va devoir effectuer dans les différentes administrations. En outre, le demandeur qui introduit une demande d'aide reçoit un récépissé qui est valable 3 mois mais rien n'est indiqué sur la durée de traitement des demandes. Il est à noter également que durant tout le temps du traitement de la demande, la personne n'a accès qu'aux soins d'urgence ce qui peut mettre en danger la santé des certaines personnes, comme la requérante, qui nécessitent un traitement et suivi réguliers et ininterrompus. Les personnes appartenant à la catégorie « pauvreté » bénéficient d'une aide pour trois ans tandis que ceux appartenant à la catégorie « vulnérable » bénéficient d'une aide pour une durée d'un an et doivent « contribuer annuellement ». Outre le fait que cette limite dans le temps place les malades dans l'insécurité, aucune information n'est donnée quant à cette « contribution annuelle ». Le site du RAMED mentionne encore qu'en tout état de cause, les soins dispensés dans le cadre de l'aide qu'il fournit ne le sont que dans des structures publiques. Or, le manque d'infrastructure, de personnel et de moyens dans les hôpitaux publics au Maroc est bien connu et le rapport de l'ONDH pointe que la mise en place du RAMED a encore aggravé cela. Enfin, on peut constater que le système est inefficace dans la mesure où les soins sont d'abord dispensés dans une structure dépendant du domicile du bénéficiaire. Que si cette première structure ne convient pas ; la personne est envoyée dans une structure dépendant de la province et si cette dernière ne convient toujours pas, la personne sera envoyée dans une structure dépendant de la Région. L'identification de la structure nécessaire n'est

donc pas immédiate ce qui implique que les personnes nécessitant des soins doivent parfois attendre des mois avant de bénéficier des soins médicaux nécessaires. Le RAMED ne garantit donc en rien l'accessibilité effective aux soins. La partie adverse énonce également que « les soins de santé relevant du RAMED sont identiques au panier de soins de l'AMO ». A l'égard des soins couverts par l'AMO, la page [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_maroc.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html) énonce clairement : [...] Ainsi, il est clairement démontré que même dans l'hypothèse non avérée d'un RAMED qui serait effectif et suffisamment financé ce qui n'est pas le cas actuellement (et ce qui a été démontré par le rapport de l'ONDH), la situation individuelle de la requérante ne lui permettrait pas d'avoir un réel accès effectif à son traitement et au suivi nécessaire. En effet, un RAMED effectif ne couvrirait les soins qu'entre 70% et 90% selon les soins et rien ne garantit que la requérante pourrait bénéficier d'une exonération partielle ou totale. La requérante se trouvant dans une situation de précarité et ayant démontré son incapacité de travailler et donc de produire des revenus, ne pourrait par conséquent pas assurer le paiement de ces soins. La requérante vit en Belgique depuis près de 10 ans (presque la moitié de sa vie) et elle n'a que peu de contact avec de la famille au Maroc. Toutes ses soeurs vivent en Belgique et il est évident que ses parents ne pourraient en tout état de cause pas assumer le paiement de son traitement et de son suivi qui sont extrêmement chers, et ce même en Belgique comme a pu le souligner la partie adverse. Enfin, concernant l'attestation établie par le délégué de la CMSS qui atteste de sa radiation de la mutuelle au Maroc, la requérante ayant atteint l'âge de 25 ans, celle-ci ne pourrait en tout état de cause pas être réadmise en tant que bénéficiaire de prestations couvertes (<http://cmsregies.ma/admission-radiation>). Ni l'avis médical, ni la décision ne répondent valablement à tous les éléments pourtant versés au dossier par la requérante. Au vu de ce qui précède, la partie adverse n'apporte pas la preuve que les soins nécessaires à la partie requérante lui seraient accessibles en cas de retour au Maroc et manque de toute évidence à son obligation de motivation. Cette accessibilité n'est pas garantie. La décision attaquée doit être annulée ».

2.10. La partie requérante prend un troisième moyen de la « violation des articles 9ter et 62 §2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation de l'article 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; violation des articles 19 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; violation des articles 5, 13 et 14, § 1, b) de la directive 2008/115/CE du 16.12.2008 ; violation du principe général de bonne administration ».

2.11. Elle estime que « La partie adverse viole les dispositions libellées dans l'intitulé du présent moyen dans la mesure où elle n'offre pas la possibilité d'un recours effectif à la partie requérante en ce que le recours dont dispose cette dernière n'a aucun effet suspensif. Cela s'oppose au prescrit de l'article 13 de la CEDH et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. La Cour de Justice de l'Union européenne confirme ce point de vue à l'occasion d'un arrêt du 18.12.2014, CPAS Ottignies LLN c. Abdida, n° 562/13 et le rappelle dans son arrêt PAPOSHVILI c. Belgique du 13.12.2016. Dans cet arrêt, la Cour expose que les articles 5 et 13 de la directive 2008/115/CE (retour), lus à la lumière des articles 19, § 2 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ainsi que l'article 14, § 1, b) de cette directive doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à ce qu'une législation nationale ne confère pas un effet suspensif à un recours exercé contre une décision ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie de quitter le territoire d'un Etat membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé. Selon la partie requérante, deux conclusions doivent être tirées de l'enseignement de la Cour. En premier lieu, un examen du « risque sérieux de détérioration grave et irréversible » de l'état de santé du requérant doit être réalisé et ensuite, si ce risque est constaté, le recours offert au requérant doit être suspensif ».

2.12. Dans une première branche, elle déclare que « dans le cas d'espèce, il y a un manifeste problème de motivation dans la décision attaquée. En effet, aucun examen du risque sérieux de détérioration n'est effectué par la partie adverse. Au vu de ce qui précède, la partie adverse manque incontestablement au devoir de motivation qui lui incombe et, en conséquence, l'acte attaqué doit être annulé ».

2.13. Dans une deuxième branche, elle prétend qu' « En tout état de cause, la partie requérante estime avoir démontré dans le présent recours le haut degré de gravité de la pathologie qu'elle développe et les nombreuses circonstances humanitaires impérieuses qui impliquent qu'un retour au Maroc violerait l'article 3 de la CEDH. L'ensemble de ces éléments laisse raisonnablement penser qu'en cas de retour au Maroc l'état de santé de la requérante se détériorera. En conséquence, le recours non-suspensif accordé à la partie requérante viole les dispositions du droit à un recours effectif (13 CEDH et 47 CDFUE). L'acte attaqué doit être annulé ».

2.14. La partie requérante prend un quatrième moyen de la « violation des articles 7, 62 §2 et 74/13 de la loi du 15.12.1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; des articles 3 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; des articles 19 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ; des articles 1, 5, 6 de la directive 2008/115/CE du 16.12.2008 ; du principe général de bonne administration et plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, commet une erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause ».

2.15. Dans une première branche, elle argumente qu' « Un ordre de quitter le territoire a été pris le 01.06.2018 suite à la décision de non-fondement du 9<sup>ter</sup> introduit par la partie requérante. Cet ordre de quitter le territoire est connexe à cette décision et il est aux yeux de la partie adverse la conséquence directe de l'adoption de la décision de non fondement du 9<sup>ter</sup>. Dans le présent recours contre le non-fondement 9<sup>ter</sup>, la partie requérante invoque le risque de traitement inhumains et dégradants (sic) en cas de retour au Maroc et le défaut de motivation de la décision de non-fondement à l'égard de l'article 3 de la CEDH. En effet, la partie requérante a clairement démontré que le traitement qui lui est nécessaire n'est pas disponible et accessible dans son pays d'origine. Les éléments qui précèdent ont tous été communiqués à la partie adverse. Au moment de la décision attaquée, une question sérieuse se pose donc quant à la compatibilité de l'éloignement de la partie requérante avec l'article 3 de la CEDH. La partie requérante estime que le grief soulevé à l'appui du recours qu'elle a introduit à l'encontre de la décision de non fondement 9<sup>ter</sup> du 01.06.2018 est défendable au sens de l'article 13 de la CEDH et au sens de l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. La Cour de Justice de l'Union européenne confirme ce point de vue à l'occasion d'un arrêt du 18.12.2014, CPAS Ottignies LLN c. Abdida, n° 562/13 et le rappelle dans son arrêt PAPOSHVILI c. Belgique du 13.12.2016. Dans cet arrêt, la Cour expose que les articles 5 et 13 de la directive 2008/115/CE (retour), lus à la lumière des articles 19, § 2 et 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ainsi que l'article 14, § 1, b) de cette directive doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à ce qu'une législation nationale ne confère pas un effet suspensif à un recours exercé contre une décision ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie de quitter le territoire d'un Etat membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé. Selon la partie requérante, deux conclusions doivent être tirées de l'enseignement de la Cour. En premier lieu, un examen du « risque sérieux de détérioration grave et irréversible » de l'état de santé du requérant doit être réalisé et ensuite, si ce risque est constaté, le recours offert au requérant doit être suspensif. Or, dans le cas d'espèce, il y a un manifeste problème de motivation dans la décision attaquée. En effet, aucun examen du risque sérieux de détérioration n'est effectué par la partie adverse. En tout état de cause, la partie requérante estime avoir démontré dans son recours contre le refus 9<sup>ter</sup>, le haut degré de gravité de la pathologie qu'elle développe et les nombreuses circonstances humanitaires impérieuses qui impliquent qu'un retour au Maroc violerait l'article 3 de la CEDH. L'ensemble de ces éléments laisse raisonnablement penser qu'en cas de retour au Maroc l'état de santé de la requérante se détériorera. Dès lors, prendre un ordre de quitter le territoire à l'égard de la partie requérante alors même qu'une question de violation de l'article 3 de la CEDH garantissant un droit fondamental est soulevée – et non tranchée – constitue un obstacle à l'effectivité du recours ouvert à la partie requérante pour contester la décision de non fondement 9<sup>ter</sup> puisque cet ordre de quitter le territoire empêche, s'il est exécuté, qu'il soit statué sur le recours contre le non fondement 9<sup>ter</sup> ».

2.16. Dans une deuxième branche, elle expose que « L'acte attaqué est mal motivé, en ce que la partie adverse ne prend pas en compte l'ensemble des éléments liés à la situation individuelle de la requérante et notamment son état de santé. Madame [G.] est atteinte de pathologies graves. Les rapports médicaux qui ont été transmis à la partie adverse sont clairs et précis : une interruption de traitement entraînerait des conséquences gravissimes sur la santé de la requérante. La partie requérante a également clairement démontré que ce traitement ne lui est pas disponible et accessible dans son pays d'origine et qu'un retour dans son pays d'origine constituait un risque de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH. Comme énoncé ci-avant, la situation médicale préoccupante de la requérante est connue depuis longtemps par la partie adverse, qui n'en tient absolument pas compte dans l'acte attaqué alors qu'elle a déjà déclaré la demande 9<sup>ter</sup> de la requérante recevable. La partie adverse ne pouvait prendre la décision attaquée sans avoir égard à ces éléments qui lui ont tous été communiqués. A tout le moins la partie adverse aurait-elle dû indiquer les raisons pour lesquelles elle estime que la décision d'éloignement attaquée ne viole pas le droit fondamental dont se prévaut la partie requérante. En l'espèce, la décision attaquée ne tient absolument

pas compte de l'état de santé de la requérante et est totalement incompatible avec l'obligation qu'a l'Etat belge de protéger toute personne contre des traitements inhumains et dégradants (article 3 CEDH, article 19 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne). L'article 74/13 de la [Loi] est sans équivoque : « Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné. » Le Conseil d'Etat rappelle clairement dans son ordonnance n° 12.208 du 17 novembre 2016 d'admissibilité des recours en cassation : « Qu'il ne ressort nullement des points 3.1.2.2. et 3.1.2.3. de l'arrêt critiqués en cassation, que le Conseil du contentieux des étrangers aurait jugé que le requérant n'était pas en l'espèce tenu de délivrer à la partie adverse un ordre de quitter le territoire, sur la base de l'article 7 de la [Loi]; qu'il juge seulement que lors de cette délivrance, il lui incombait « de procéder à un examen attentif de la situation et de réaliser la balance des intérêts en présence » et qu'il ne ressort « nullement » de la motivation de l'acte qu'un tel examen ait eu lieu; qu'il y a lieu de relever que, contrairement à ce que le moyen revient à soutenir, la compétence du requérant pour l'adoption d'un ordre de quitter le territoire n'est pas une compétence entièrement liée, y compris dans les cas où l'article 7, alinéa 1er, de la [Loi] prévoit qu'il « doit » l'adopter car, comme le confirme l'article 74/13 de la [Loi], même en pareilles hypothèses, le requérant n'est pas tenu d'édicter un ordre de quitter le territoire qui méconnaîtrait les droits fondamentaux de l'étranger » Force est en effet de constater que rien n'est précisé sur ce point. Aucune motivation adéquate ne ressort de la décision attaquée par rapport à l'état de santé de la requérante et à l'article 3 de la CEDH. La partie requérante estime qu'en tout état de cause, la partie adverse n'a pas suffisamment motivé l'acte attaqué dans la mesure où une telle décision ne peut échapper aux garanties minimales énoncées par les textes européens et la jurisprudence européenne. En effet, en prenant une nouvelle décision de quitter le territoire, la partie adverse méconnaît les obligations internationales telles qu'elles sont transposées dans la Directive 2008/115/CE du 16.12.2008 puisque lors de l'appréciation d'une décision de retour, il incombe à la partie adverse de prendre en considération l'ensemble des éléments du dossier, notamment les éléments médicaux qui pourraient justifier la non-expulsion de l'étranger du territoire vu ses problèmes de santé (article 5 de la Directive Retour 2008/115/CE). Egalement, le considérant 6 de la Directive Retour (2008/115/CE) énonce : « Les États membres devraient veiller à ce que, en mettant fin au séjour irrégulier de ressortissants de pays tiers, ils respectent une procédure équitable et transparente. Conformément aux principes généraux du droit de l'Union européenne, les décisions prises en vertu de la présente directive devraient l'être au cas par cas et tenir compte de critères objectifs, ce qui implique que l'on prenne en considération d'autres facteurs que le simple fait du séjour irrégulier ». L'article 1er de la Directive Retour indique alors que les normes et les procédures qu'elle fixe s'appliquent « conformément aux droits fondamentaux en tant que principes généraux du droit communautaire ainsi qu'au droit international, y compris aux obligations en matière de protection des réfugiés et de droits de l'homme ». La CJUE dans son arrêt ABDIDA/Belgique C562/13 du 18 décembre 2014 énonce dans le même sens que : « Il ressort de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui doit être prise en compte, en application de l'article 52, paragraphe 3, de la Charte, pour interpréter l'article 19, paragraphe 2, de celle-ci, que, si les non-nationaux qui sont sous le coup d'une décision permettant leur éloignement ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un État afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux sociaux ou autres fournis par cet État, la décision d'éloigner un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans ledit État est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3 de la CEDH, dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre cet éloignement sont impérieuses (voir, notamment, Cour eur. D. H., arrêt N. c. Royaume-Uni du 27 mai 2008, § 42). 48 Dans les cas très exceptionnels où l'éloignement d'un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie vers un pays dans lequel les traitements adéquats n'existent pas violerait le principe de non-refoulement, les États membres ne peuvent donc pas, conformément à l'article 5 de la directive 2008/115, lu à la lumière de l'article 19, paragraphe 2, de la Charte, procéder à cet éloignement. » Il est flagrant de constater que la partie adverse, dans la décision attaquée, n'a à aucun moment considéré le risque de violation de droits fondamentaux en cas de retour de la requérante dans son pays d'origine. L'acte attaqué est mal motivé et doit être annulé ».

### 3. Discussion

3.1. Sur la première branche du second moyen pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi, « 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 ». Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».*

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliquer les motifs de ces 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre 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 établis 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 (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

3.2. Le Conseil observe qu'en termes de recours, la partie requérante argumente notamment que « *Afin de justifier de la disponibilité des autres médicaments composant le traitement de la requérante, la partie adverse se contente de renvoyer à des sites internet qui énoncent l'existence d'infrastructures hospitalières, la présence de médecins sur le territoire marocain et renvoie à des listes de médicaments. Votre Conseil a pourtant souvent insisté sur la nécessité pour la partie adverse de démontrer la disponibilité effective du traitement et du suivi au pays d'origine et de ne pas simplement renvoyer à l'existence d'une liste de médicaments ou d'infrastructures et de professionnels de la santé (CCE 30 mars 2017, n°184.749, 28 février 2012, n° 76 076 ; 31 juillet 2012, n° 85 358 ; 16 mars 2015, n° 141 028 ; 27 mai 2015, n° 146 400 ; 16 décembre 2015, n° 158 676 ; 12 avril 2016, n° 165 542 ; 19 janvier 2017, n° 180 942) ».*

3.3. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 31 mai 2018 du médecin-conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière s'est référée en termes de motivation de la première décision querellée, que le médecin en question a conclu à la disponibilité du traitement requis pour les raisons qui suivent : « *Disponibilité du traitement au pays de retour En ce qui concerne l'alemtuzumab, même s'il est disponible en Belgique, il ne bénéficie de remboursement dans le cadre de l'INAMI que dans des circonstances très restrictives que le dossier médical fourni par la requérante ne démontrent pas. En effet, à l'analyse du dossier médical fourni, il est signalé que la requérante présente une SEP secondaire progressive (Secondary-Progressive MS) et non une SEP avec alternance de poussées et de rémissions, dites "SEP rémittentes" (Relapsing-Remetting MS). A l'analyse du dossier médical fourni, il n'y donc pas d'indication que la requérante puisse satisfaire aux critères très sélectifs de l'INAMI pour bénéficier du remboursement du Lemtrada® en Belgique. Selon les mêmes critères de remboursement et selon l'avis de la CBIP, il n'est même pas prouvé que ce traitement soit heureux. En effet, dans le chapitre 10.14 du « Répertoire Commenté des Médicaments » de l'avis de cette même CBIP, traitant des médicaments utilisés dans la sclérose en plaques, il est affirmé qu'en cas de SEP secondaire progressive les immunomodulateurs cités ci-dessous (alemtuzumab, daclizumab, fumarate de diméthyle, fingolimod, acétate de glatiramère, interférons  $\beta$ -1a et  $\beta$ -1 b, natalizumab , tériflunomide) n'ont pas de place, à l'exception de l'interféron  $\beta$  chez les patients qui présentent encore des*

*exacerbations. Donc, à l'instar du fingolimod, il n'apparaît pas que l'alemtuzumab, selon le CBIP, soit opportun comme traitement de la SEP secondaire progressive. Par contre, il apparaît qu'il peut être adéquatement remplacé par l'interféron  $\beta$ . L'interféron  $\beta$ , la cortisone, les vitamines D2 et D3 ainsi que la fluoxétine [...] sont disponibles au Maroc. Pour compléter la pharmacopée éventuellement utile pour le traitement de la SEP et de ses potentielles exacerbations, notons que le Natalizumab et la Mitoxantrone, indiqués dans les formes plus inflammatoires de la maladie sont également disponibles au Maroc. Les complexes polyvitaminiques disponibles en Belgique mais non remboursés dans le cadre de l'INAMI sont également disponibles au Maroc notamment en parapharmacie. Rappelons qu'à l'exception de la vit D et de l'acide folique dans certaines circonstances, la prise de complexes polyvitaminiques n'est pas obligatoire car une alimentation correcte suffit à satisfaire les besoins de l'organisme. Les soins de rééducation ainsi que le suivi en neurologie sont disponibles au Maroc. La proximité d'un hôpital est chose possible et le service de radiologie notamment de l'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa à Casablanca est un plateau d'imagerie médicale moderne et performant. <http://www.hck.ma/pole/pole-imagerie-analyses/> Sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont disponibles au Maroc ».*

Relativement à l'indication selon laquelle « *L'interféron  $\beta$ , la cortisone, les vitamines D2 et D3 ainsi que la fluoxétine [...] sont disponibles au Maroc. Pour compléter la pharmacopée éventuellement utile pour le traitement de la SEP et de ses potentielles exacerbations, notons que le Natalizumab et la Mitoxantrone, indiqués dans les formes plus inflammatoires de la maladie sont également disponibles au Maroc* », le Conseil remarque que la page du site Internet auquel il est renvoyé et figurant au dossier administratif, à savoir « <http://www.anam.ma/regulation/guide-medicaments/recherche-medicament-par-dci/> », fait mention du code, de la substance active, du dosage, de la forme, de la présentation, du prix public de vente et du prix de base du remboursement, du prix hospitalier et du prix de base du remboursement et, enfin, de la classe thérapeutique, des médicaments précités requis à la requérante, sans pour autant attester de leur disponibilité effective au pays d'origine. De plus, le Conseil observe que la mention dont il ressort que « *Les complexes polyvitaminiques disponibles en Belgique mais non remboursés dans le cadre de l'INAMI sont également disponibles au Maroc notamment en parapharmacie. Rappelons qu'à l'exception de la vit D et de l'acide folique dans certaines circonstances, la prise de complexes polyvitaminiques n'est pas obligatoire car une alimentation correcte suffit à satisfaire les besoins de l'organisme* » renvoie au site Internet « <http://www.parapharma.ma/159-vitamines-et-mineraux> ». Or, le Conseil estime que la page de ce site Internet, fournie au dossier administratif, ne permet nullement de conclure à la disponibilité de la vitamine D ou de l'acide folique en question au Maroc dès lors qu'aucune des images ou descriptions reprises ne fait état clairement de ces dernières vitamines.

3.4. Au vu de ce qui précède, en ce que le médecin-conseil de la partie défenderesse a conclu à la disponibilité des médicaments et vitamines nécessaires à la requérante alors que cela ne ressort pas du dossier administratif, il appert que la partie défenderesse, en se référant à l'avis du médecin-conseil précité, a violé l'article 9 *ter* de la Loi, a commis une erreur manifeste d'appréciation et a manqué à son obligation de motivation.

3.5. En conséquence, la première branche du second moyen pris est fondée et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner la seconde branche du second moyen et les autres moyens, qui à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.6. Il s'impose d'annuler également l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante dès lors qu'il constitue l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée.

3.7. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse développe que « *La partie requérante fait également grief à la partie adverse de renvoyer, pour les autres aspects de son traitement, à des sites internet ou à des listes de médicaments, sans établir la disponibilité effective. La partie adverse observe toutefois que la requérante n'apporte aucune contradiction aux informations recueillies par le fonctionnaire médecin et ne conteste donc pas la disponibilité des soins au Maroc. La requérante n'indique donc pas en quoi de telles informations ne permettraient pas de vérifier la disponibilité effective du traitement* », ce qui ne peut énerver la teneur du présent arrêt. Le Conseil rappelle que l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, de la Loi implique effectivement que le médecin-conseil de la partie défenderesse apprécie la disponibilité effective du traitement requis, *quod non* en l'espèce au vu de ce qui précède. Il n'appartenait en outre pas à la partie requérante d'étayer plus spécifiquement son

argumentaire à cet égard dès lors qu'elle a constaté que la partie défenderesse s'est contentée de renvoyer à un site Internet comportant une liste de médicaments qui ne démontre pas la disponibilité effective du traitement nécessaire.

#### **4. Débats succincts**

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

4.2. Les actes attaqués étant annulés, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

##### **Article 1.**

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 1<sup>er</sup> juin 2018, est annulée.

##### **Article 2.**

L'ordre de quitter le territoire, pris le même jour, est annulé.

##### **Article 3.**

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-quatre octobre deux mille dix-neuf par :

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE