

## Arrêt

n° 277 667 du 22 septembre 2022  
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître S. GIOE  
Boulevard Piercot, 44  
4000 LIÈGE

contre:

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

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

Vu la requête introduite le 6 juin 2019, 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, pris le 25 avril 2019 et notifiés le 8 mai 2019.

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 2 août 2022 convoquant les parties à l'audience du 13 septembre 2022.

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

Entendu, en leurs observations, Me S. GIOE, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *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 a déclaré être arrivée en Belgique le 1<sup>er</sup> mai 2014, munie d'un passeport revêtu d'un visa court séjour.

1.2. Elle a ensuite introduit deux demandes de carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union européenne, en sa qualité de descendante à charge de Monsieur [M.B.], de nationalité belge, et une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *bis* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 23 décembre 2016, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la Loi, laquelle a été déclarée recevable.

1.4. Le 23 avril 2019, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. Le 25 avril 2019, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une 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.*

*Le Médecin de l'Office des Étrangers (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 23.04.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.*

*Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Maroc.*

Dès lors,

*1) Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée présente une affection médicale 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.*

*2) Du point de vue médical, nous pouvons conclure que l'affection précitée n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que sa prise en charge thérapeutique est disponible et accessible au Maroc.*

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

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

« **MOTIF DE LA DECISION :**

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

*o **En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>** de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :*

*L'[intéressée] n'est pas en possession d'un visa valable ».*

## **2. Exposé du moyen d'annulation**

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « *la violation des articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 9ter et 62§2 de la [Loi], des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe général de droit imposant à l'administration de statuer en prenant en considération tous les éléments de la cause et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, du principe de prudence ou de minutie* ».

2.2. Elle explicite la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse, des devoirs de prudence et de minutie et du contrôle de légalité qui appartient au Conseil. Elle reproduit le contenu de l'article 9 ter, § 1<sup>er</sup>, de la Loi et elle se réfère à de la jurisprudence du Conseil et du Conseil d'Etat relative aux deux hypothèses couvertes par cette disposition et à la notion de traitement adéquat. Elle reproduit enfin les points 182 à 191 de l'arrêt Paposhvili c. Belgique rendu par la CourEDH.

2.3. Au sujet de la première décision querellée, dans une première branche, elle expose que « *Il n'est pas contesté que la requérante souffre notamment d'un trouble dépressif majeur récurrent. [...] Comme déjà développé, il ressort d'une jurisprudence, à présent établie, du Conseil d'Etat et de Votre Conseil que « l'article 9ter, § 1er, de la [Loi] présente deux hypothèses susceptibles de conduire à l'octroi d'une autorisation de séjour pour l'étranger gravement malade (...) »*, que ces deux hypothèses sont les suivantes : -soit la maladie est «telle» qu'elle entraîne un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique de l'étranger demandeur; qu'implicitement, en ce cas de gravité maximale de la maladie, l'éloignement du malade vers le pays d'origine ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat; (...) - soit la maladie est «telle» qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant pour l'étranger demandeur, «lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne»; qu'en ce cas, la 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 ; (...) ». L'article 9ter impose donc à la partie adverse d'examiner la situation médicale de la requérante en tenant compte des deux hypothèses précitées. Afin de vérifier qu'un tel examen a eu lieu, la motivation de la décision doit révéler ce double examen. [...] Il en est d'autant plus ainsi qu'en raison des risques sérieux de passage à l'acte suicidaire, la requérante, par le biais de conseil, a invoqué qu'elle présentait une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour la vie ou pour son intégrité physique (1<sup>ère</sup> hypothèse visée par l'article 9ter de la [Loi]). C'est en effet ce qu'indiquait expressément son conseil dans un courrier du 11 décembre 2017, transmis à la partie adverse (« en raison de risques sérieux de passage à l'acte, elle présente une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour la vie ou pour son intégrité physique (cas n°1) [sous-entendu de l'article 9ter] » (page 4). Appliquant la jurisprudence précitée, son conseil en tirait comme conséquence : « Ainsi, l'éloignement de Madame [B.] vers le Maroc ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat » (page 4 du courrier du 11 décembre 2017, [...]). A l'appui de ce courrier du 11 décembre 2017, le conseil de la requérante joignait un rapport médical du 6 décembre 2017 du Docteur [A.S.], psychiatre en charge de la requérante, faisant état de la réémergence d'une « suicidalité jugée importante », des auto-mutilations de la requérante et de la difficulté d'équilibrer son état, même à l'hôpital. Dans ce rapport, le Docteur [S.] estime donc ne pouvoir écarter « le fait que Mademoiselle [B.] souffre d'une maladie d'une gravité telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou pour son intégrité physique ». Déjà dans son rapport du 21 juin 2016, le Docteur [S.] indiquait : « on voit mal comment la situation psychiatrique de la patiente et son risque suicidaire immanent seraient compatibles avec une éviction du territoire, potentiel déclencheur d'un passage à l'acte redoutable » (annexe 1 au courrier du 11 décembre 2017). [...] Dans l'acte attaqué, la partie adverse n'examine pas la situation de la requérante sous l'angle de la première hypothèse visée par l'article 9ter, soit une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour la vie, qui implique que l'éloignement de la requérante « ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat ». En effet, se fondant sur les conclusions de son médecin conseil, la partie adverse justifie sa décision par la disponibilité et l'accessibilité des soins au Maroc, éléments non pertinents dans le cadre de la première hypothèse visée par l'article 9ter de la [Loi]. A l'instar de son médecin conseil, la partie adverse conclut en effet que « Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée présente une affection médicale 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 » et « que l'affection précitée n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que sa prise en charge thérapeutique est disponible et accessible au Maroc ». Ainsi, l'acte attaqué ne permet pas de démontrer que la partie adverse aurait examiné la situation médicale de la requérante - qui est inquiétante vu les risques sérieux de passage à l'acte suicidaire - sous l'angle de l'article 9ter, 1<sup>ère</sup> hypothèse. En tout état de cause, l'acte attaqué ne répond pas à l'argumentation développée expressément par le conseil de la requérante quant au fait qu'en [raison] des risques sérieux de passage à l'acte suicidaire, elle « présente une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour la vie ou pour son intégrité physique (cas n°1) » et que partant « l'éloignement de Madame [B.] vers le Maroc ne peut pas même être envisagé, quand bien même un traitement médical y serait théoriquement accessible et adéquat » (voy. courrier du 11 décembre 2017). La partie adverse a donc violé l'article 9ter de la [Loi], son obligation de motivation adéquate et de tenir compte de l'ensemble des éléments de la cause. Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de la

décision attaquée ».

2.4. Dans une deuxième branche, elle développe « Comme l'indiquait son conseil dans son courrier du 11 décembre 2017 (page 4), la requérante souffre d'un trouble dépressif majeur qui nécessite un traitement médicamenteux multiple composé d'Efexor, Etumine et Loramet, très lourd, sans interruption ainsi qu'un suivi psychiatrique régulier auprès du Docteur [A.S.] et d'un suivi psychologique à l'hôpital de jour psychiatrique. Compte tenu du risque de passage à l'acte, son état nécessite également l'accès, à proximité, à un hôpital avec possibilité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie. Elle souffre également d'omarthrose nécessitant un suivi auprès d'un kinésithérapeute à vie. A l'appui de sa demande d'autorisation de séjour 9ter du 23 décembre 2016 et dans son courrier du 11 décembre 2017, la requérante a toujours affirmé qu'en ce qui concerne l'hypothèse n°2 visée par l'article 9ter, il ne pouvait lui être garanti, en cas de retour au Maroc, un accès suffisant aux traitements médicamenteux lourds, aux suivis psychiatriques et psychologiques nécessaires, avec une possibilité d'hospitalisation en urgence dans un service de psychiatrie adéquat. Elle a déposé à l'appui de nombreux rapports révélant les graves lacunes dans le système de santé mentale au Maroc mais également le rapport du Docteur [S.] du 6 décembre 2017 qui sur base de ces rapports indique « où l'on voit mal, vu la disponibilité des soins au Maroc, comment Mademoiselle [B.] pourrait avoir recours en aux types de soins, de médicaments et de prises en charge dont elle bénéficie ici en Belgique ». Dans son courrier du 11 décembre 2017, la requérante indique concernant la disponibilité et l'accessibilité des soins : « A l'appui de sa demande du 22 décembre 2016, Madame [B.] a fait état d'obstacles d'ordre structurel, financier et sociétal qui empêchent un accès suffisant à de tels soins, qui ne peuvent être ininterrompus et doivent être de proximité. En particulier, il ne peut lui être garanti un accès à un suivi psychiatrique adéquat, avec possibilité d'hospitalisation en urgence, en raison de l'insuffisance de psychiatres et d'hôpitaux psychiatriques adéquats et ce, d'autant plus dans sa ville d'origine Ben Taieb très éloignée de Casablanca, Rabat ou Marrakech. Madame [B.] joint en annexe un rapport de l'OSAR de janvier 2016 qui le confirme. Ce rapport indique notamment que : « Selon le Mental Health Atlas 2014 de la World Health Organisation (WHO), il n'y a au Maroc que 0,44 psychiatres, 0,05 psychologues et 4,1 infirmières spécialisées par 100'000 habitants. Selon un rapport du Huffington Post du 29 janvier 2015 cité par le SEM (25 février 2015), 35,5 pour cent des psychiatres exercent dans les hôpitaux universitaires à Rabat et Casablanca. Le rapport du SEM cite en plus un article du Matin du 26 février 2014, selon lequel l'hôpital universitaire à Fès compte huit et celui à Marrakech neuf psychiatres ». Le rapport de l'OSAR révèle en outre un problème sérieux de corruption, y compris au niveau de l'accès aux soins de santé : « Le rapport du SEM du 25 février 2015 indique que selon le baromètre de corruption de Transparency International de 2013, 61 pour cent des marocain-e-s interrogé-e-s estimaient que le secteur de santé ainsi que la police étaient les deux secteurs les plus corrompus du pays. 30 pour cent des interrogées indiquaient de s'être eux-mêmes livrées à des pratiques corrompues comme payer des pots-de-vin afin de bénéficier par exemple d'un meilleur traitement ou de raccourcir les temps d'attente. Dans le secteur de santé publique, des pratiques corrompues ont été observées deux fois plus souvent que dans les institutions médicales privées (SEM, 25 février 2015) ». Ce rapport ainsi que ceux joints à la demande initiale du 22 décembre 2016 font également état de problèmes liés à des ruptures de stock de médicaments. Or, le traitement médicamenteux ne peut en aucun cas être interrompu. De plus, financièrement, Madame [B.], qui a quitté le Maroc, il y a plus de trois ans, connaît d'énormes tensions avec sa famille - une plainte pénale a même été déposée - qui, au demeurant, vit en Belgique en séjour légal et ne peut donc compter sur leur soutien, ne pourrait, dans l'hypothèse où ils existent, avoir accès aux médicaments multiples et suivis nécessaires (suivi psychiatrique et psychologique avec hospitalisation en urgence) en raison du coût élevé de tels soins et de l'absence d'un système de soins de santé efficace et accessible financièrement pour tous alors qu'elle est dans l'incapacité de travailler. Dans son rapport du 6 décembre 2017, le Docteur [S.] précise à cet égard que le traitement suivi par Mademoiselle [B.] « est passablement lourd et impacte malheureusement sa capacité d'éveil et de réactivité et entame de façon substantielle actuellement sa capacité de travail, voire même les menus travaux réalisés en ergothérapie dont malheureusement elle semble d'être désintéressée depuis sa dernière hospitalisation ». Le rapport de l'OSAR révèle que : « selon un rapport du Groupe de la banque africaine de développement du 18 décembre 2013, plus de la moitié de la population marocaine n'est pas couverte par l'assurance maladie, et le risque d'appauvrissement résultant de grandes dépenses médicales est considérable. Ainsi, les ménages marocains contribuent jusqu'à 53,6 pour cent aux coûts médicaux. Selon une personne de contact de l'OSAR (e-mail du 5 janvier 2016), «seul 1 marocain sur 3 dispose d'une couverture pour le moment. La couverture pour les démunis (RAMED) n'est pas encore au point». Et encore que : « le Conseil Economique, Social et Environnemental, mandaté par le roi de Maroc, évaluait l'approvisionnement en médicaments en 2013 comme suit : «Alors que le secteur privé de distribution des médicaments est bien organisé, déployé sur l'ensemble du territoire, assurant des livraisons quotidiennes, le secteur public est un système centralisé et inefficace comme en témoignent les problèmes de stockage et de conservation,

les grandes quantités de médicaments périmés, les retards de livraisons et les ruptures de stocks fréquentes. Au niveau des ESSB [établissements de soins de santé de base], les médicaments sont généralement disponibles en quantité insuffisante. Leur gestion est manuelle et approximative. La traçabilité est insuffisante, les livraisons sont espacées, et les ruptures de stock fréquentes» (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013). De plus, seules les personnes couvertes par une assurance maladie peuvent se faire rembourser ces médicaments (personne de contact, 5 janvier 2016) ». Enfin, il existe un risque réel que Madame [B.] fasse l'objet d'un rejet social en raison du trouble dépressif majeur dont elle souffre, les rapports déposés révélant qu'au Maroc, les malades atteints de pathologies mentales sont victimes de rejet social, ce qui constitue un risque supplémentaire de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au Maroc, et ce d'autant plus que Madame [B.] est une femme et que parmi les problèmes majeurs au Maroc figurent les violences et discriminations commises à rencontre des femmes. C'est à la lumière de ces rapports concernant la situation des soins de santé au Maroc, transmis au Docteur [S.] par mes soins par courrier du 27 novembre, que le Docteur [S.] indique dans son rapport du 6 décembre 2017 que : « La situation est d'autant plus interpellante lorsque l'on envisage un retour vers son pays d'origine où l'on voit mal, vu la disponibilité des soins au Maroc, comment Mademoiselle [B.] pourrait avoir recours en aux types de soins, de médicaments et de prises en charge dont elle bénéficie ici en Belgique » ». [...] Dans l'acte attaqué, la partie adverse considère que les soins de santé dont a besoin la requérante sont disponibles et accessibles au Maroc. Elle se fonde sur l'avis médical de son médecin conseil, le Docteur [P.C.] du 23 avril 2019. [...] Concernant la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le Docteur [P.C.] indique : « Venlafaxine est disponible au Maroc (cf. BMA-11157) ; Lormetazepam n'est pas disponible au Maroc mais d'autres médicaments de la même classe des benzodiazépines sont disponibles comme bromazepam ou lorazepam (cf. BMA-11005) ; Clotiapine n'est pas disponible mais d'autres médicaments de la même classe thérapeutique et ayant les mêmes propriétés comme levomepromazine sont disponibles au Maroc (cf. BMA-12142) ; Les consultations de psychiatrie sont disponibles au Maroc (cf. BMA-12142) ; Les consultations d'orthopédie sont disponibles au Maroc (cf. BMA-11408) ; Le suivi en physiothérapie est disponible au Maroc (cf. BMA-11636) ; ». Le médecin conseil renvoie ainsi à des informations issues de la banque de données MedCOI qui sont jointes au dossier administratif ainsi qu' « à la source suivante : <http://www.anam.ma> ». Quant à la disponibilité des soins nécessaires à la requérante, le médecin conseil se borne donc à examiner l'existence au Maroc du traitement médicamenteux nécessaire, des consultations de psychiatrie, d'orthopédie et d'un suivi en physiothérapie. Force est de constater que le médecin conseil de la partie adverse n'examine nullement la disponibilité/l'accessibilité de la requérante à « un hôpital avec possibilité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie ». Le médecin conseil de la partie adverse n'examine pas non plus la disponibilité (ni l'accessibilité) d'un suivi psychologique pour la requérante. Le risque de passage à l'acte suicidaire et les très nombreuses hospitalisations de la requérante ces 3 dernières années que révèle le dossier administratif démontrent pourtant la nécessité que soient possibles une hospitalisation en urgence dans un service de psychiatrie adéquat ainsi qu'un suivi en hôpital de jour psychiatrique, ce qui inclut un suivi auprès d'un psychologue. C'est d'ailleurs ce que mentionne le Docteur [S.] dans son rapport du 26 février 2018 transmis à la partie adverse le 1er mars 2018, sous la rubrique « besoins spécifiques en matière de suivi médical », « suivi en hôpital de jour psychiatrique, suivi consultation ambulatoire psychiatrique, traitement médicamenteux, réhospitalisation en unité psychiatrique résidentielle si urgence ». Dans son rapport du 13 septembre 2017, le Docteur [S.] précise que la requérante poursuit un suivi psychologique et psychiatrique et qu'elle a besoin de poursuivre ses soins « en consultation ambulatoire et en intégrant [leur] hôpital de jour psychiatrique » (annexe 11 au courrier du 11 décembre 2017). Se fondant sur un avis médical lacunaire, la partie adverse n'a pas tenu compte de l'ensemble des éléments de la cause, viole son obligation de motivation adéquate et son obligation de se livrer à un contrôle rigoureux de la situation de la requérante, l'article 9ter de la [Loi] et l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. [...] Quant à l'accessibilité des soins que requiert la pathologie dont souffre la requérante, le médecin conseil de la partie adverse conclut que les soins sont accessibles au Maroc, après avoir considéré que : - « les arguments évoqués sur la situation générale ne peuvent être prise en compte car l'intéressée se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Maroc » ; - « le fait pour la requérante de retourner au Maroc ne constitue pas une violation au respect de sa vie privée et familiale au moment où elle est dépourvue du droit de demeurer sur le territoire du Royaume » ; - Il existe un « régime marocain d'assistance médicale (RAMED) », qui « malgré certains dysfonctionnements (...) lors de son lancement », a un « bilan (...) globalement positif selon le ministère de tutelle » et que par conséquent, « en s'inscrivant auprès du RAMED, rien ne pourra (...) empêcher [la requérante] de bénéficier des services offerts par ce régime ». - « L'intéressée a fourni lors de sa demande de visa un certificat de résidence des membres de la famille jusqu'au 3e degré résidant au Maroc », « rien ne prouve qu'elle soit rejetée par ceux-ci », il existe « l'Association AMALI qui a pour objectif de combattre la stigmatisation, la marginalisation et le rejet social des personnes en

souffrance psychique » et vu la durée relativement longue du séjour [de la requérante] au Maroc avant de venir en Belgique, [la partie adverse] ose croire qu'elle doit avoir tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité » - « La requérante peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins lui sont disponibles (...) et accessibles » ; - « En l'absence d'une attestation d'un médecin du travail faisant état d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, y exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et financer ainsi ses besoins médicaux ». [...] Les affirmations selon lesquelles « les arguments évoqués sur la situation générale ne peuvent être prise en compte car l'intéressée se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Maroc » et « le fait pour la requérante de retourner au Maroc ne constitue pas une violation au respect de sa vie privée et familiale au moment où elle est dépourvue du droit de demeurer sur le territoire du Royaume » sont difficilement intelligibles et ne peuvent donc valablement fonder la décision attaquée. En toute hypothèse, il est clairement contraire à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme tel qu'interprété par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt Paposhvili c. Belgique et à l'article 9ter de la [Loi], d'affirmer que « les arguments évoqués sur la situation générale ne peuvent être prise en compte ». En effet, pour rappel la Cour européenne a précisé dans l'arrêt Paposhvili c. Belgique précité que « L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (...) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (...). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphes 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade ». En l'espèce, la requérante a déposé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour 9ter de multiples rapports révélant le traitement inadéquat réservé aux malades souffrant de troubles psychiatriques au Maroc, rapports expressément mis en lien (voy. not le courrier du 11 décembre 2017) avec la situation de la requérante qui souffre d'un trouble dépressif majeur, situation médicale étayée également par de nombreux rapports médicaux. En affirmant que « les arguments évoqués sur la situation générale ne peuvent être prise en compte », la partie adverse viole l'article 3 de la CEDH. Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. [...] Les développements de la partie adverse concernant l'existence d'un régime marocain d'assistance médicale (RAMED) qui assurerait l'accès aux soins d'un point de vue financier aux personnes les plus vulnérables, de l'association AMALI qui lutte contre le rejet social, de la prétendue capacité de la requérante à travailler (quod non en l'espèce), des hypothétiques relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité et l'affirmation péremptoire qu'elle aurait « le choix de s'installer dans un endroit où les soins lui sont disponibles et accessibles » ne permettent nullement de répondre à l'argumentation détaillée de la requérante, étayée par de multiples pièces, qui met en évidence les obstacles d'ordre structurel, qui empêchent un accès suffisant aux soins nécessaires, qui ne peuvent être ininterrompus et doivent être de proximité. [...] En particulier, la partie adverse ne dit mot des problèmes liés aux « ruptures de stock de médicaments » (alors que le traitement de la requérante ne peut en aucun cas être interrompu), « de l'insuffisance de psychiatres et d'hôpitaux psychiatriques adéquats et ce, d'autant plus dans sa ville d'origine Ben Taieb très éloignée de Casablanca, Rabat ou Marrakech », des problèmes de corruption qui biaise l'accès aux traitements, autant de problèmes expressément visés par le conseil de la requérante et face auxquels « il ne peut lui être garanti un accès à un suivi psychiatrique adéquat, avec possibilité d'hospitalisation en urgence », ni l'accès à un traitement médicamenteux ininterrompu et de qualité. Pour rappel, la requérante a joint notamment à sa demande un rapport de l'OSAR de janvier 2016 qui indique notamment que : « Selon le Mental Health Atlas 2014 de la World Health Organization (WHO), il n'y a au Maroc que 0,44 psychiatres, 0,05 psychologues et 4,1 infirmières spécialisées par 100'00 habitants. Selon un rapport du Huffington Post du 29 janvier 2015 cité par le SEM (25 février 2015), 35,5 pour cent des psychiatres exercent dans les hôpitaux universitaires à Rabat et Casablanca. Le rapport du SEM cite en plus un article du Matin du 26 février 2014, selon lequel l'hôpital universitaire à Fès compte huit et celui à Marrakech neuf psychiatres ». Le rapport de l'OSAR révèle en outre un problème sérieux de corruption, y compris au niveau de l'accès aux soins de santé : « Le rapport du SEM du 25 février 2015 indique que selon le baromètre de corruption de Transparency International de 2013, 61 pour cent des marocain-e-s interrogé-e-s estimaient que le secteur de santé ainsi que la police étaient les deux secteurs les plus corrompus du pays. 30 pour cent des interrogées indiquaient de s'être eux-mêmes livrées à des pratiques corrompues comme payer des pots-de-vin afin de bénéficier par exemple d'un meilleur traitement ou de raccourcir les temps d'attente. Dans le secteur de santé publique, des pratiques corrompues ont été observées deux fois plus souvent que dans les institutions médicales privées (SEM, 25 février 2015) ». Ce rapport ainsi que ceux joints à la demande initiale du 22 décembre 2016 font également état de problèmes liés à des ruptures de stock de médicaments. L'existence de « consultations de psychiatrie » sans aucune information quant à leur nombre suffisant, leur qualité suffisante et aux délais d'accès à de

telles consultations, mais également l'existence de tels et tels médicaments sans aucune garantie quant aux stocks ne permettent nullement de répondre aux arguments développés par la requérante concernant le manque d'accès aux soins nécessaires liés en particulier à l'insuffisance de psychiatres et psychologues, les ruptures de stocks de médicaments et la corruption. L'éventuel accès au Régime d'assistance médicale ne garantit en rien le contenu de cette assistance médicale et ne démontre donc nullement que la requérante aurait accès, sans interruption et dès son retour au Maroc, au traitement médicamenteux nécessaire, à un suivi par un psychiatre, par un psychologue, avec possibilité d'hospitalisation en urgence dans un service de psychiatrie adéquat. Au contraire, l'article du site internet « Le Matin », figurant au dossier administratif concernant le RAMED, atteste que « 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 » (voir dossier administratif). Face aux pièces déposées par la requérante (et même à son propre dossier administratif), la partie adverse ne pouvait se contenter d'affirmations et d'informations générales pour rejeter la demande de la requérante. Elle se devait de répondre avec rigueur et, le cas échéant, de chercher auprès des autorités marocaines, les garanties nécessaires pour assurer un suivi médical ininterrompu et de qualité à la requérante qui souffre d'une maladie grave et qui comporte un risque pour sa vie en cas d'interruption des soins. La partie adverse a violé son obligation de motivation adéquate, l'article 9ter de la [Loi] et les articles 2 et 3 de la CEDH. Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. [...] A l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, la requérante a insisté sur les obstacles d'ordre sociétal qui l'empêchent d'avoir un accès suffisant aux soins nécessaires. Dans son courrier du 11 décembre 2017, le conseil de la requérante indiquait : « Enfin, il existe un risque réel que Madame [B.] fasse l'objet d'un rejet social en raison du trouble dépressif majeur dont elle souffre, les rapports déposés révélant qu'au Maroc, les malades atteints de pathologies mentales sont victimes de rejet social, ce qui constitue un risque supplémentaire de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au Maroc, et ce d'autant plus que Madame [B.] est une femme et que parmi les problèmes majeurs au Maroc figurent les violences et discriminations commises à l'encontre des femmes ». A l'appui de sa demande, la requérante a également indiqué qu'elle avait été victime de violences de la part de sa famille, une plainte pénale ayant même été déposée - et qu'elle ne pouvait compter sur le soutien de ses proches. Dans son rapport du 6 décembre 2017, le Docteur [S.] confirme : « Malgré un traitement qui est devenu important et handicapant (prise de poids, sédations), les rechutes de la patiente, en dehors de l'hôpital, sont rapides eu égard en partie à l'absence de soutien de ses proches, entre autre (...) ». La partie adverse signale « l'existence de l'Association AMALI qui a pour objectif de combattre la stigmatisation, la marginalisation et le rejet social des personnes en souffrance psychique » et considère que « comme elle aurait déclaré avoir subi de[s] violences de la part des membres de sa famille, elle a intérêt à avoir recours à l'Association AMALI ». Aucune information concernant l'Association AMALI n'a été jointe au dossier administratif par la partie adverse. La requérante joint en annexe des extraits du site internet de l'Association AMALI (pièce 3). Il en ressort que d'une part, l'Association AMALI est une association dont le but est « d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie et apporter du soutien à leurs familles » et ce alors que la requérante ne souffre pas de schizophrénie et d'autre part, il s'agit d'une Association chargée de sensibilisation à la maladie et non de protection des personnes victimes de rejet social. Les moyens d'actions sont en effet les suivants : « Organiser et /ou participer à des campagnes, conférences et congrès nationaux. >Participer à des campagnes, conférences et congrès internationaux. >Éditer et/ou diffuser tous documents et supports d'informations concourant à l'objet de l'association. > Encourager les malades à sortir de leur isolement en les faisant participer à divers ateliers pour retrouver dignité et estime de soi. >Organiser et /ou participer à des galas et des soirées au profit de l'association. > Organiser des conférences, séminaires et autres activités dans l'intérêt des malades et leurs familles ». Aucune information ne permet de considérer que l'existence de cette Association aurait fait disparaître les discriminations et le rejet social à rencontre des personnes qui, à l'instar de la requérante, souffrent d'un trouble dépressif majeur. Ainsi, l'existence de cette association ne peut valablement répondre aux arguments développés par la requérante concernant le risque réel de rejet social, qui est un obstacle supplémentaire en cas de retour au Maroc. L'existence en 2014 de membres de la famille jusqu'au 3ème degré - avec lesquelles au demeurant elle n'a pas de contact - et la durée de séjour au Maroc avant d'arriver en Belgique, époque à laquelle elle ne souffrait pas encore de troubles psychiatriques, ne peuvent pas non plus valablement répondre aux arguments développés par la requérante à cet égard. La partie adverse a violé son obligation de motivation adéquate et partant, l'article 9ter de la [Loi]. Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée. [...] A titre surabondant, concernant l'accessibilité d'un point de vue financier, la requérante entend préciser que : [...] En affirmant que : « en l'absence d'une attestation d'un médecin du travail faisant état d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, y exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et financer ainsi ses besoins médicaux », la partie adverse n'a pas manifestement [...]

tenu compte de l'ensemble des éléments de la cause. En effet, dans son courrier du 11 décembre 2017, le conseil de la requérante a souligné que celle-ci était « dans l'incapacité de travailler ». Elle a déposé à l'appui de cette affirmation le rapport du Docteur [S.] du 6 février 2017 qui précise à cet égard que le traitement suivi par Mademoiselle [B.] « est passablement lourd et impacte malheureusement sa capacité d'éveil et de réactivité et entame de façon substantielle actuellement sa capacité de travail, voire même les menus travaux réalisés en ergothérapie dont malheureusement elle semble d'être désintéressée depuis sa dernière hospitalisation ». En affirmant que ne figure pas au dossier une « attestation d'un médecin du travail faisant état d'une éventuelle incapacité à travailler », la partie adverse a violé son obligation de motivation adéquate et de tenir compte de l'ensemble des éléments de la cause. [...] Par ailleurs, la requérante estime que les développements de la partie adverse concernant le RAMED, soit le Régime d'Assistance médicale, sont insuffisants pour répondre aux arguments développés par la requérante concernant les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de ce Régime d'Assistance médicale. En effet, les articles cités par la partie adverse datent au plus tard de 2015, soit il y a 4 ans et, contrairement à ce qu'affirme la partie adverse, ne permettent nullement d'attester « de l'actualité et de l'efficacité du RAMED. Pour rappel, l'article du site internet « Le Matin », figurant au dossier administratif concernant le RAMED, confirme au contraire que « 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 » (voir dossier administratif) et précise que « '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 ». En outre, la requérante a, quant à elle, déposé des informations plus récentes qui soulignent les problèmes de mise en œuvre du RAMED. Ainsi, comme elle le soulignait dans le courrier du 11 décembre 2017 adressé à la partie adverse, le rapport de l'OSAR de janvier 2016 révèle que : « selon un rapport du Groupe de la banque africaine de développement du 18 décembre 2013, plus de la moitié de la population marocaine n'est pas couverte par l'assurance maladie, et le risque d'appauvrissement résultant de grandes dépenses médicales est considérable. Ainsi, les ménages marocains contribuent jusqu'à 53,6 pour cent aux coûts médicaux. Selon une personne de contact de l'OSAR (e-mail du 5 janvier 2016), «seul 1 marocain sur 3 dispose d'une couverture pour le moment. La couverture pour les démunis (RAMED) n'est pas encore au point». Et encore que : « le Conseil Economique, Social et Environnemental, mandaté par le roi de Maroc, évaluait l'approvisionnement en médicaments en 2013 comme suit : «Alors que le secteur privé de distribution des médicaments est bien organisé, déployé sur l'ensemble du territoire, assurant des livraisons quotidiennes, le secteur public est un système centralisé et inefficace comme en témoignent les problèmes de stockage et de conservation, les grandes quantités de médicaments périmés, les retards de livraisons et les ruptures de stocks fréquentes. Au niveau des ESSB [établissements de soins de santé de base], les médicaments sont généralement disponibles en quantité insuffisante. Leur gestion est manuelle et approximative. La traçabilité est insuffisante, les livraisons sont espacées, et les ruptures de stock fréquentes» (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013). De plus, seules les personnes couvertes par une assurance maladie peuvent se faire rembourser ces médicaments (personne de contact, 5 janvier 2016) ». En considérant, qu'il existe un « régime marocain d'assistance médicale (RAMED) », qui « malgré certains dysfonctionnements (...) lors de son lancement », a un « bilan (...) globalement positif selon le ministère de tutelle » et que par conséquent, « en s'inscrivant auprès du RAMED, rien ne pourra (...) empêcher [la requérante] de bénéficier des services offerts par ce régime », la partie adverse ne répond pas valablement aux arguments de la requérante concernant les problèmes d'efficacité du RAMED. La partie adverse a violé son obligation de motivation adéquate et son obligation de tenir compte de l'ensemble des éléments de la cause. Le moyen est fondé et suffit à l'annulation de la décision attaquée ».

2.5. A propos de l'ordre de quitter le territoire attaqué, elle souligne « Dans le deuxième acte entrepris, la partie adverse enjoint à la requérante de quitter le territoire du Royaume dans les 30 jours de la notification de la décision. Cet acte est motivé par le fait que la requérante se trouve dans le cas prévu à l'article 7 alinéa 1er, 1° de la [Loi]. Adopté et notifié le même jour que le premier acte entrepris, à savoir la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9ter, l'ordre de quitter le territoire doit être considéré comme l'accessoire du premier acte entrepris. Dans la mesure où il a été démontré supra que la première décision contestée est illégale, la requérante soutient que l'ordre de quitter le territoire du 25 avril 2019 doit être considéré comme entaché des mêmes irrégularités, soit violant les articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, les articles 9ter et 62§2 de la [Loi], les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, le principe général de droit imposant à l'administration de statuer en prenant en

*considération tous les éléments de la cause et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, ainsi que le principe de prudence ou de minutie ».*

### **3. Discussion**

3.1. Sur la seconde branche du moyen unique 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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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 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 rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de 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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147 344).

3.2. A la lecture du dossier administratif, le Conseil remarque que la requérante a actualisé sa demande le 11 décembre 2017 et a notamment invoqué spécifiquement « *l'insuffisance de psychiatres* » et s'est référée à un rapport de l'OSAR du 8 janvier 2016 dont il ressort que « *Selon le Mental Health Atlas 2014 de la World Health Organisation (WHO), il n'y a au Maroc que 0,44 psychiatres, 0,05 psychologues et 4,1 infirmières spécialisées par 100'000 habitants. Selon un rapport du Huffington Post du 29 janvier 2015 cité par le SEM (25 février 2015), 35,5 pour cent des psychiatres exercent dans les hôpitaux universitaires à Rabat et Casablanca. Le rapport du SEM cite en plus un article du Matin du 26 février 2014, selon lequel l'hôpital universitaire à Fès compte huit et celui à Marrakech neuf psychiatres* ».

3.3. Le Conseil observe ensuite que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 23 avril 2019, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante est atteinte de pathologies pour lesquelles les soins et le suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

S'agissant de la « *Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine* », le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « • *Venlafaxine est disponible au Maroc (cf. BMA-11157); • Lormetazepam n'est pas disponible au Maroc mais d'autres médicaments de la même classe des benzodiazépines sont disponibles comme bromazepam ou lorazepam (cf. BMA-11005); • clotiapine n'est pas disponible au Maroc mais d'autres médicaments de la même classe thérapeutique et ayant les mêmes propriétés comme levomepromazine sont disponibles au Maroc (cf. BMA-12142); • Les consultations de psychiatrie sont disponibles au Maroc (cf. BMA-12142); • Les consultations d'orthopédie sont disponibles au Maroc (cf. BMA-11408); • Le suivi en physiothérapie est disponible au Maroc (cf. BMA-11636) ; A ce propos, rappelons que l'objectif d'une procédure 9 *ter* n'est pas de digresser quant à une hypothétique*

future modification de la thérapeutique actuelle et/ou une indisponibilité future présumée de certaines classes thérapeutiques au pays d'origine, mais bien d'évaluer la disponibilité actuelle au pays d'origine d'une thérapeutique adéquate requise. Il n'est enfin nullement exigé qu'il soit procédé à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter n'exige pas qu'un traitement de niveau équivalent soit disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié y soit possible. Les informations de disponibilité émanent de la banque de données MedCOI. • Requête MedCOI du 13/04/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11005; • Requête MedCOI du 25/05/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11157; • Requête MedCOI du 02/08/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11408; • Requête MedCOI du 10/10/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11636; • Requête MedCOI du 12/03/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12142; Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet, fondé sur une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Asylum, Migration and Integration Fund (AMIF). Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucun droit, comme des revendications de responsabilité médicale, ne peut être tiré de son contenu. Les trois sources du projet sont : International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 31 cliniques et 700 sites externes. International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation: <https://www.internationalsos.com/> Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays, avec plus de 100 correspondants et 400.000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: [www.allianz-global-assistance.com](http://www.allianz-global-assistance.com) Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale. Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA. Ainsi que de la source suivante : <http://www.anam.ma> Les soins sont donc disponibles au Maroc ».

Le Conseil constate que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur une requête Medcoi pour attester de la présence de psychiatres au pays d'origine mais qu'il n'a toutefois pas précisé leur nombre. Aucune information à cet égard ne figure non plus dans l'examen de l'accessibilité des soins et du suivi du pays d'origine. Or, comme rappelé ci-avant, dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour, la requérante a insisté sur la pénurie de psychiatres au Maroc, remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci.

Partant, en se bornant dans son avis à renvoyer à une requête Medcoi mentionnant la présence de psychiatres au Maroc sans cependant fournir d'informations plus détaillées sur leur nombre global par rapport à la population susceptible de recourir à leur service, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas répondu à l'argumentation avancée à l'appui de la demande de la requérante.

Dès lors, en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 23 avril 2019, la partie défenderesse a violé son obligation de motivation formelle.

3.4. Il résulte de ce qui précède que la seconde branche du moyen unique, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à emporter l'annulation de la première décision attaquée.

Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, visée au point 1.3. du présent arrêt, que la partie défenderesse a déclaré recevable le 24 mars 2017, redevient pendante. L'ordre de quitter le territoire attaqué n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également pour des raisons de sécurité juridique.

Partant, il n'y a dès lors pas lieu d'examiner le reste du moyen unique, qui, à le supposer fondé, ne pourrait entraîner des annulations aux effets plus étendus.

3.5. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt.

#### **4. Débats succincts**

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

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

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

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

La décision rejetant une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, prise le 25 avril 2019, sont annulés.

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

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-deux septembre deux mille vingt-deux 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