



Arrêt

**n°279 755 du 7 novembre 2022
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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 28 juillet 2021, 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 31 mai 2021 et notifiés le 28 juin 2021.

Vu le titre Ier 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 20 septembre 2022 convoquant les parties à l'audience du 4 octobre 2022.

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

Entendu, en leurs observations, par Me M. DE COOMAN *loco* Me C. NIMAL, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me E. BROUSMICHE *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, 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 2010.

1.2. Elle a ensuite introduit deux demandes d'autorisation de séjour fondées sur l'article 9 *ter* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 1^{er} décembre 2020, elle a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable.

1.4. Le 26 mai 2021, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 31 mai 2021, 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 :

« Motifs :

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.

La requérante invoque l'application de l'article 9 ter en raison d'un problème de santé l'empêchant tout retour au pays d'origine.

Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 26[.].05.2021, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine le Maroc.

Dès lors,

- 1) *le certificat 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 ou*
- 2) *le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne .*

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...) ».

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 (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 :

En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : La requérante n'est pas en possession d'un passeport muni 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] ; 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 des article 5 et 11 bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de précaution, de prudence et de 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 expose « Depuis son AVC en 2011, la requérante souffre de multiples maladies chroniques sérieuses et sa santé s'est aggravée récemment avec une

décompensation et une défaillance cardiaque sévère avec hypertension pulmonaire, fibulation articulaire, asthme allergique, insuffisance rénale, anémie et hypothyroïdie. A l'appui de sa demande de séjour médicale, la requérante a notamment déposé deux certificats médicaux et 4 rapports médicaux rédigés par divers professionnels du corps médical : un médecin généraliste, un urologue, une pneumologue, un hématologue et un endocrinologue. Dans son avis médical, il ressort de l'analyse faite par le médecin conseil des divers certificats et rapports médicaux produits qu'il commet plusieurs erreurs. En effet, concernant le certificat médical du Dr. [AM.] du 06.01.2020 le médecin conseil indique : « certificat comprenant les éléments bien connus ; le médecin mentionne, sans en préciser la date, une cure de polypes naso-sinusoïdaux et la nécessité d'un suivi ORL ». Docteur [A.] parle pourtant bien d'une opération des polypes naso-sinusoïdaux dans l'historique médical et non d'une cure (pièce 6). Concernant la date, cette opération a eu lieu en 2019 et cette information était en possession du médecin conseil qui indique dans son avis qu'un suivi ORL pour une intervention des polypes naso-sinusoïdaux survenue en 2019 n'a plus de raison d'être. Cela a toute son importance dans la mesure où, dans les pathologies actives actuelles recensées par le médecin conseil dans son avis, celui-ci indique : « notion d'asthme allergique non documenté ». Pourtant, quand on analyse l'ensemble des documents médicaux de la requérante, on comprend qu'elle souffre également d'asthme allergique et que celui-ci est lié à ses sinus (pièces 3 à 7). C'est ce qu'on appelle le syndrome de WIDRAL, une entité clinique caractérisée par la triade comprenant un asthme, une polyposse nasale et une intolérance aux AINS. Le traitement repose sur une prise en charge médicamenteuse agressive de l'asthme et des polypes et, dans des situations avancées, la prise en charge chirurgicale de la polyposse. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle son traitement comprend du Mometasone (spray nasal). L'asthme allergique dont souffre la requérante est donc tout à fait documenté dans ses rapports et certificats médicaux. C'est encore confirmé par un récent certificat médical du 12.07.2021, qui, même s'il est ultérieur à la demande, vient confirmer les problèmes et le suivi ORL dont la requérante a besoin : « Elle souffre aussi d'un problème au niveau ORL (elle a subi une opération d'extirpation des polypes nasales) et souffre d'une atmsa sévère » (Dr. [A.], pièce 3) Enfin, concernant le rapport du Dr [M.], hématologue, le médecin conseil indique dans son avis : « Dr [M.F.], hématologie ? (non confirmé) : rapport de consultation pour motif d'anémie chronique ». Dans son rapport, la spécialité d'hématologie est pourtant bien mentionnée à l'égard du Dr [M.], et est aisément vérifiable sur le site du CHU Saint Pierre. Il est dès lors peu compréhensible que le médecin conseil mentionne que la spécialité du Docteur en question est non confirmée dans son avis. Par ailleurs, outre l'anémie chronique, ce rapport indique également que la requérante souffre de monocytose, ce que le médecin conseil oublie de mentionner. Ainsi, la partie adverse ne prend pas en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause. Ces erreurs substantielles dans l'appréciation de l'état de santé de la requérante suffisent à annuler l'acte attaqué ».

2.3. Dans une deuxième branche, elle développe « 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. 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 jugement du 30.06.2017 (16/6964/A) fait d'ailleurs sienne cette argumentation et condamne ainsi l'attitude de l'Office des Etrangers. Dans la demande, le conseil de la requérante avait pourtant expressément invité le médecin conseil « à procéder à un examen médical concret et effectif de Madame [A.H.] (sic) comme l'imposent les règles médicales et dans la mesure où cet examen effectif est primordial au regard du droit de Madame [A.H.] (sic) à être entendue. » Lors de son intervention relative à la régularisation médicale devant la commission de l'Intérieur, des Affaires générales et de la Fonction publique, le professeur [J.-J.R.], vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins a clairement réaffirmé que : « En conclusion : - Le Conseil national rappelle qu'évaluer une maladie est un acte médical qui ne peut être réalisé que par des médecins autorisés à exercer l'art médical en Belgique. - Les critères d'évaluation doivent être clairement définis mais le médecin doit avoir la totale liberté d'apprécier si les critères sont ou non rencontrés. - Le médecin évaluateur doit aller au bout de sa démarche et appeler le médecin traitant, examiner le patient et consulter un spécialiste si nécessaire. - La capacité médicale des pays tiers doit être connue non seulement en théorie, mais également sur la base de l'accessibilité réelle aux soins. Le Conseil national de l'Ordre des médecins souscrit aux recommandations du Médiateur fédéral et se tient à la disposition des autorités compétentes pour participer à leur concrétisation et à leur mise en œuvre. » L'obligation préalable d'examiner le patient découle de l'article 9ter de la [Loi] lu de manière combinée avec l'article 13 de la CEDH, le principe général du droit d'être entendu préalablement, les articles 5 et 11 bis de la loi relative aux droits du patient et de la déontologie médicale donc qui s'impose à tout médecin. Cela est d'autant plus important que [le] Docteur [C.], médecin généraliste et conseil de la partie adverse, contredit les médecins spécialistes de la requérante. En effet, il indique dans son rapport que « Notons qu'un suivi ORL pour à une intervention bénigne des polypes naso-sinusaux survenue en 2019 n'a plus de raison d'être en 2021 ; la disponibilité n'en sera donc pas recherchée ; aucune pathologie ORL grave n'est d'ailleurs mentionnée dans le certificat médical type ». Estimer qu'une patiente n'a pas besoin de suivi suite à une opération sans même l'avoir consultée est totalement contraire à la déontologie médicale et aux droits du patient. Comme évoqué supra, le traitement actuel de la requérante comprend du Mometasone (spray nasal) pour ses problèmes de sinus qui sont liés à son asthme allergique. Il est donc important qu'elle puisse avoir un suivi ORL et que la disponibilité et l'accessibilité de ce suivi au Maroc soit analysées par la partie adverse. Cela est d'ailleurs confirmé par sa médecin généraliste dans un tou[t] récent certificat médical du 12.07.2021 (pièce 3). Le médecin conseil continue d'établir des indications contraires aux médecins spécialistes de la requérante en indiquant ensuite que « Aucun contre-indication actuelle pour un travail adapté n'a été formulée par un médecin compétent en ce domaine ». Pourtant, dans l'annexe au certificat médical, tant Dr [A.], généraliste, que Dr [F.], cardiologue, indiquent que la requérante n'est pas apte à travailler à 100% (voir annexe pièce 5). Estimer qu'un médecin compétent ne s'est pas prononcé sur la question, alors même que Dr [C.] est médecin généraliste et non spécialisé dans les pathologies de la requérante, et ce sans même l'avoir consultée, relève de la mauvaise foi. Ce seul constat suffit à annuler l'acte attaqué. Comment un médecin peut-il donner un avis médical sans avoir examiné le patient. C'est d'ailleurs une critique formulée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme dans l'arrêt YOH EKALE / Belgique du 20.12.2011, la Cour demandant avant de se prononcer sur le risque de traitements inhumains et dégradants que la requérante soit examinée par le médecin de la partie adverse ; la Cour a reproché reproche à l'Etat Belge de ne pas avoir procédé à un examen médical attentif de la requérante et de violer dès lors l'article 13 de la CEDH ; La requérante estime dès lors sur base de la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'Homme, de la loi sur le droit des patients, de la déontologie médicale, des avis rendus tant par l'Ordre des médecins que par le comité de bioéthique, que le droit d'être entendu doit dans le contexte de l'article 9ter de la [Loi]. engendrer une obligation positive de la partie adverse d'examiner la requérante avant de rendre son avis médical ; L'avis médical n'ayant pas été fait dans le respect de la 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. Dans la mesure où la partie adverse n'a pas examiné la requérante, elle n'a pu motiver correctement sur le degré de gravité des pathologies de la requérante. La décision attaquée doit être annulée ».

2.4. Dans une troisième branche, elle soutient que « La requérante est atteinte de pathologies graves et mortelles si elle ne sont pas traitées. Il ne fait aucun doute que sans ce traitement, la requérante risque

de décéder. 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. Elle 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 requérante estime que la gravité de sa pathologie 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. La décision attaquée est mal motivée et doit être annulée ».

2.5. La partie requérante prend un second moyen de la « violation des articles 9ter et 62 §2 de la [Loi] ; violation de de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007, 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 ».

2.6. Elle relève que « Il importe à la partie adverse - pour reprendre les termes du Conseil d'Etat - « 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 » (CE n° 228.778 du 16 octobre 2014). Dans ce cadre, elle doit examiner tant l'existence des soins, c'est-à-dire leur disponibilité, que les possibilités effectives pour la requérante, dans son cas individuel, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective ».

2.7. Elle argumente « Disponibilité L'avis du médecin conseil se base uniquement sur des requêtes MedCOI afin d'établir la disponibilité du traitement et du suivi et ce sans donner de plus amples informations sur la disponibilité effective de ce traitement et de ce suivi. Bien que la partie adverse indique d'entrée de jeu que ces requêtes ne sont pas limitatives et qu'il ne peut en aucun cas être déduit que la disponibilité soit limitée à ces seules références, force est de constater qu'elle ne fait pas mention d'autres références dans son avis médical afin de conclure à une disponibilité des soins au Maroc. Ce renvoi à une telle base de données, inaccessible au public, laisse perplexe. Votre Conseil a souvent déjà 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). Les précisions et réserves infrapaginales insérées dans l'avis médical concernant les données issues de MedCoi suffisent à démontrer qu'aucune certitude ne peut être fondée sur les données de ce site puisqu'il précise lui-même que « les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical généralement dans une clinique ou un établissement précis, au pays d'origine ». Et que : « aucune information sur l'accessibilité du (sic) n'est fournie » (page 3 de l'avis médical). Dès lors, ce n'est pas en se limitant à indiquer des passages de la requête MedCOI estimant les traitements « available » qu'une réelle disponibilité des soins peut être affirmée. En outre, la partie adverse indique avoir fait des recherches sur la disponibilité des suivis cardiologique, en médecine générale, en néphrologie, en hématologie, et en pneumologie mais à aucun moment ne mentionne le suivi ORL. En effet, la partie adverse a estimé que la requérante n'avait pas besoin de suivi ORL et que la disponibilité n'en serait dès lors pas examinée, et sans l'avoir consultée. Le suivi ORL fait pourtant partie intégrante du traitement de la requérante après son opération et a été prescrite par son médecin généraliste. Cela est d'autant plus important quand on sait que la requérante souffre d'asthme allergique, lié à son opération des polypes naso-sinusiennes. En outre, la requérante a fait état dans sa demande de plusieurs problèmes au Maroc quant à la disponibilité des soins : « Quant à la disponibilité des soins médicaux au Maroc Les soins médicaux au Maroc pour le traitement de la maladie dont souffre Madame [A.H.] (sic) sont indisponibles et inaccessibles pour les raisons suivantes : Grand déficit au niveau du personnel médical et disparités dans sa répartition D'après plusieurs sources, le Maroc fait face un important déficit au niveau du personnel médical. L 'Observatoire National du Développement Humain du Maroc estime que « le manque de ressources humaines dans les centres de santé publics est chronique » (pièce 11) et, comme l'a récemment relevé l'OMS, « le déficit en personnels de santé continue d'être un défi majeur pour le système de santé marocain. [...] La production des ressources humaines, tous profils et spécialités confondus, connaît une progression depuis des années, mais elle demeure insuffisante puisque la densité de médecins publics et privés regroupés est limité à 6,2 pour 10.000 habitants et celle des personnels infirmiers demeure [inférieure] à 9,7pour 10.000 habitants ». Ainsi, selon l'OMS

toujours, le Maroc figure parmi les 57 pays du monde qui présentent une couverture médicale insuffisante, les ratios du nombre de médecins ou d'infirmiers pour 10.000 habitants étant inférieurs aux seuils critiques. Le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc évaluait la pénurie en personnel soignant de la sorte : « Le ministère de la Santé estime le déficit en médecins à 6.000 et celui en paramédicaux à 9.000. Ce déficit est d'autant plus problématique que le secteur privé fonctionne aussi avec du personnel soignant du secteur public. Ce déficit va s'aggraver lors des dix prochaines années avec le départ à la retraite de 24 % des paramédicaux, soit environ 7.000 personnes ». Concernant la répartition de l'offre de soins de santé au Maroc, l'OMS a relevé que « sa répartition sur l'ensemble du territoire est inéquitable, 38 % des médecins hors CHU exerçant dans les deux régions de Rabat-salé Zemmour Zair et Grand Casablanca ». Elle ajoute que « 20 % de la population se trouve encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire ». [J.H.], le directeur général de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie du Maroc (ANAM), relevait lui-même à propos de « l'épineuse problématique de la répartition inéquitable de l'offre de soins » qu'elle compromet l'équité du système et a pour conséquence d'obliger la population à devoir mener un « parcours du combattant » avant de pouvoir bénéficier des soins.

Système de santé de faible qualité Si depuis son indépendance le Maroc a connu une amélioration de ses résultats en matière sanitaire, certains indicateurs demeurent cependant très préoccupants. Selon un rapport de la Banque mondiale, « le Maroc affiche un "bilan de santé" inférieur à celui de pays au développement socioéconomique analogue. Ces résultats sanitaires découlent d'une offre de soins insuffisante, précaire et inégale ». Selon la Ligue marocaine pour la citoyenneté et les droits de l'homme, « le secteur de la santé continue de se dégrader, avec notamment un manque de cadres médicaux, des installations précaires, des déficiences en médecine spécialisée, une pénurie de médicaments, et le fait qu'aucune peine n'est prononcée en cas de négligence médicale » : . Dans le même ordre d'idée, Human [Rights] Watch relève que « les établissements de santé publics sont souvent caractérisés par leur sous-financement, par la mauvaise qualité de leur réception et de leurs soins ». Cette faible qualité des prestations offertes est également soulignée par l'OMS, laquelle estime que cela explique en partie le « taux d'hospitalisation dans les hôpitaux publics [inférieur] à 5 % ». Le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc précise, en outre, que « le secteur de la santé est l'un des plus touchés par la corruption, au point que celle-ci y est quasiment banalisée ». Ce constat est confirmé par Transparency International, qui relève que 38 % des marocains qui ont eu recours aux services publics de santé ont été obligés de payer des pots-de-vin. Tout récemment, en avril 2020, le monde diplomatique fait le point et énonce : « Deuxième critère, lui aussi pris en compte dans le classement de l'IDH : la santé. «Au Maroc, c'est simple: c'est tout un système de santé qu'il faudrait créer », déplore M. [O.B.]. A 38 ans, ce médecin généraliste appartient à la génération des militants du mouvement dit « du 20-Février », apparu en 2011 dans le sillage des révoltes populaires en Tunisie et en Egypte. Il préside Anfass («souffles» en arabe) démocratique, une association qui produit régulièrement des notes sur l'économie et la société. « Le problème est structurel : nous n'avons pas de première ligne, le médecin traitant qui ausculte puis oriente le patient selon sa pathologie. Au Maroc, le patient va soit chez le médecin, s'il obtient un rendez-vous avant six mois, soit au centre hospitalier universitaire [CHU], quand il existe, soit au dispensaire... C'est le chaos total, et les gens ont souvent recours à l'automédication. » Que pense-t-il des établissements flambant neufs construits en partenariat avec les Etats du Golfe ? « On bâtit une poignée d'hôpitaux-vitrines, très bien équipés. Mais personne ne peut se les payer! A côté, le Maroc demeure un gigantesque désert médical, d'autant que beaucoup de nos praticiens émigrent en Allemagne, où leur diplôme est désormais reconnu. » ». Système de stockage et de distribution des médicaments inefficace Selon le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc, le secteur public de distribution des médicaments est « 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 ».

En se limitant à se référer à la base de données MedCOI, inaccessible au public et en ne mentionnant pas les recherches effectuées sur la disponibilité d'un traitement par le suivi ORL au Maroc, l'administration manque en motivation 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.

Accessibilité 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'Etat de destination. A 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) » A la lecture de l'acte attaqué, la requérante constate pourtant que la partie adverse adopte une motivation tout à fait stéréotypée sans examen individuel de la situation de la requérante alors que ses médecins avaient déjà expliqué sa situation. Comme seul et unique argument, la partie adverse conclut à une accessibilité des soins en estimant qu'il existe au Maroc des assurances maladies pouvant couvrir les soins de santé de la requérante. Elle fait en effet référence au régime marocain d'assistance médicale (RAMED, assurance au profit des plus démunis) d'une part et l'assurance-maladie obligatoire d'autre part (AMO, assurance à laquelle il est possible de souscrire lorsqu'on exerce des activités professionnelles), et estime que la requérante pourra prétendre au RAMED en cas de retour. Votre Conseil a déjà pu très clairement énoncer de nombreuses fois que le RAMED n'est pas effectif en lui-même et qu'il ne garantit pas un réel accès aux soins. Il énonce par exemple dans son récent arrêt 216 246 du 31.01.2019 que : « D'autre part et à titre subsidiaire, le Conseil constate qu'il apparaît, effectivement, que la question de la capacité de travailler de la requérante n'a pas fait l'objet d'un examen par la partie défenderesse alors que plusieurs certificats médicaux mettent en avant le fait que la requérante est incapable d'avoir un revenu et une vie normale et qu'elle est incapable de s'assumer. Or, comme relevé supra, cette question n'a pas été examinée par le médecin conseil de la partie défenderesse. De plus, concernant le système du RAMED, comme le relève la requérante dans le cadre du présent recours, il n'apparaît pas que ce système soit suffisamment efficace vu l'échec de sa généralisation sur l'ensemble du territoire marocain, ainsi que cela ressort d'un article produit par la requérante et datant du 6 janvier 2012. Quant à l'existence de l'association AMALI, le Conseil relève, à l'instar de la requérante, que cette association est spécialisée dans l'aide aux personnes atteintes de schizophrénie, ce qui n'est pas le cas de la requérante de sorte que la référence à cette association, afin d'appuyer l'accessibilité des soins pour la requérante, n'est pas pertinente. Enfin, le Conseil ne peut que constater que rien ne démontre que la requérante aurait effectivement accès à ces systèmes, à savoir le Ramed ou l'association AMALI, aucun élément ne permettant de l'attester. » En l'espèce, la partie adverse se contente de constater l'existence du RAMED, en décrit les objectifs et la phase test, tout cela en se basant sur des sources datant parfois de 2012. Notons de prime abord que la décision attaquée ne fait nullement mention de la procédure d'inscription au RAMED, pouvant durer plusieurs mois et durant laquelle seuls les « soins d'urgence » seront pris en charge. Partant, la requérante risque d'avoir une rupture dans ses suivis et traitements durant le temps de traitement de son dossier au RAMED. De plus, le RAMED ne permet d'accéder qu'aux hôpitaux publics alors que - comme déjà démontré la demande 9 ter - les hôpitaux publics marocains sont dans un état de délabrement. 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 Marocain de la santé - également cité par le médecin conseil dans son avis - 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 [E.H.L.], 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>). 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-fmanciere-20171228/>) Le 19.07.2018, l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH) 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. La généralisation du Ramed a eu des effets inattendus sur l'organisation des soins et leur qualité, dont la dégradation touche l'ensemble des patients, qu'ils soient ou non ramédistes. Ainsi, l'augmentation de la demande de soins adressée à l'hôpital public fait que le personnel hospitalier est appelé à fournir davantage de prestations de soins alors que ses ressources n'enregistrent pas d'augmentations significatives. Cette situation accentue les risques de pénurie des médicaments et des divers consommables. Elle induit aussi une utilisation massive du matériel médical conduisant à une usure plus rapide et à des pannes récurrentes de celui-ci, pouvant aller jusqu'à l'indisponibilité des plateaux techniques en l'absence d'un système de maintenance adéquat. Ces évolutions ne manquent pas

d'avoir comme autre conséquence négative, l'accentuation du phénomène de fuite vers le secteur privé des patients les plus solvables, ce qui attise la segmentation du système de santé national, entre un hôpital public paupérisé et un secteur privé bien équipé. 3. Le financement du Ramed est toujours problématique. La mise en œuvre effective du Ramed est tributaire des moyens financiers qui lui sont consacrés et de la qualité de leur gestion. Ainsi, les hôpitaux, en raison de la baisse de fréquentation de la part des usagers payants, se trouvent confrontés à une diminution de leurs ressources propres au moment même où leur activité augmente en raison de l'afflux de patients ramédistes. Or, la charge réelle que représentent ces derniers pour les hôpitaux n'est pas couverte, ni, comme prévu à l'origine, par un fonds de financement externe des dépenses liées au Ramed, ni par la subvention d'exploitation accordées aux hôpitaux. Ces derniers se trouvent alors contraints de puiser dans leurs propres ressources, au dépend de leur budget d'investissement. De plus, les flux financiers destinés au Ramed, estimés en 2013 à environ 5,35 milliards de dirhams, sont des plus incertains en raison d'une part, de la variabilité de la population cible et, d'autre part, de problèmes persistants de gouvernance financière qui, soit empêchent l'exploitation des contributions des populations vulnérables collectées par l'Agence Nationale de l'Assurance maladie, soit sont attribuables à l'absence d'individualisation des ressources affectées au Ramed à défaut d'une règle claire de répartition des crédits reçus du Fonds d'appui à la cohésion sociale. 4. Le ciblage du Ramed n'assimile malheureusement pas les plus pauvres. Le mécanisme de ciblage mis en œuvre par la Ramed relie de manière satisfaisante les critères d'éligibilités aux caractéristiques socio-économiques des ménages. Cependant, sa conception reste dans l'ensemble confrontée à un certain nombre de faiblesses, comme le caractère injuste et dissuasif de la contribution exigée aux populations vulnérables, l'obsolescence de certains critères d'éligibilité ou l'existence d'un effet de seuil important lié à la définition des scores socio-économiques. Ce dernier point se manifeste avec acuité en milieu urbain où de légères variations de ces derniers peuvent exclure près de 50% de la population du Ramed, sans réelle modification de leur statut socio-économique. » 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> Les articles « Comment le RAMED a mis sous tension la santé publique » <https://www.leconomiste.com/article/1031438-comment-le-ramed-mis-sous-tension-la-sante-publique>, « La moitié de la population vulnérable exclue du RAMED » <http://fr.le36Q.ma/politique/la-moitie-de-la-population-vulnerable-exclue-du-ramed-170445> et « RAMED : un régime en agonie » <http://aujourd'hui.ma/societe/ramed-un-regime-en-agonie>, tirent les mêmes conclusions. 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) 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 indique par ailleurs que « Les soins de santé relevant du RAMED sont identiques au panier de soins de l'AMO ». Or, en vertu de l'article 9 de la loi n°65-00 du 3 octobre 2002 portant Code de la couverture médicale de base, s'il existe bien une

exonération « totale ou partielle » pour une série de « maladies grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, celle-ci s'inscrit toujours dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (AMO), et non du régime d'assistance médicale (RAMED). Et il a été démontré que sans possibilité de travailler, la requérante n'aura pas accès à l'AMO. Par ailleurs, à l'égard des soins couverts par l'AMO, la page http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html énonce clairement : Les consultations médicales délivrées par des généralistes ou des spécialistes, les analyses biologiques, les actes de radiologie, la rééducation, les actes paramédicaux, la lunetterie ainsi que les médicaments admis au remboursement sont couverts à 70 % de la tarification nationale de référence. L'hospitalisation et les soins ambulatoires liés à cette hospitalisation sont couverts à hauteur de 70 à 90 % selon qu'ils sont prodigués par le secteur privé ou par les hôpitaux publics. Les prestations de soins concernant des maladies graves ou invalidantes dispensées dans des services publics de santé sont prises en charge à 90 % du tarif de référence. En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou des soins très onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale. Une liste répertoriant 41 Affections de Longue Durée (ALD) et représentant 140 maladies est publiée dans l'Arrêté n° 2518-05 du Ministère de la Santé. 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 notamment), 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 requérant 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. Le RAMED est un régime voué à l'échec. Si c'est en soi une initiative tout à fait louable, elle demeure sujette à de nombreux dysfonctionnements à tous les niveaux. Les critères d'éligibilité sont quelque peu stricts dans la mesure où les plus démunis sont pour la plupart dans l'incapacité de délivrer la paperasse administrative exigée. (<http://www.economieentreprises.com/new/le-ramed-va-droit-dans-le-mur/>). Le bilan du RAMED n'est pas brillant étant donné que la procédure d'accès aux hôpitaux n'est pas encore stabilisée et la distribution et l'approvisionnement des médicaments dans les établissements de soins publics sont en inadéquation avec les besoins des usagers. (<http://mizania.forumdediscussions.com/t2519-bilan-critique-de-la-phasepilote-de-la-ramed> ; <http://leconomiste.com/article/ramed-un-apres-le-gran-t10p-de-la-phase-pilote> ; <http://bladi.net/forum/threads/passe-ramed.307040/>) Il y a ainsi un défaut de motivation formelle en ce qui concerne les conditions pour adhérer au RAMED dans la mesure où la requérante ne peut déduire de la décision si elle se trouve ou non dans les conditions pour y adhérer. Elle ne peut pas non plus déduire quels frais médicaux sont remboursés. La partie adverse utilise des sites internet officiels qui ne reflètent pas la réalité. L'accès aux soins que nécessitent la requérante serait donc aléatoire. Les défaillances du système RAMED ont pourtant été exposées dans la demande de séjour de la requérante et la partie adverse n'en tient pas rigueur, se contentant de constater l'existence de celui-ci et d'expliquer ses objectifs. La requérante est dans une réelle impossibilité de mener une vie normale, y compris travailler et ce en raison de son état de santé, comme en attestent ses médecins traitants (voir certificats médicaux pièces 5 et 6). Totalement indigente, si elle devait être confrontée au système de soins de santé marocain qui, en plus d'être défaillant, est hors de prix, la requérante se verrait affectée par ses problèmes de santé déjà graves augmentés d'une situation économique précaire. En outre, le médecin conseil termine en indiquant que « Enfin. le Conseil de l'intéressée évoque que sa cliente est arrivée en 2010. Cependant, il n'étaye en rien ses argumentations avec aucun élément de preuve. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (...) » La requérante a fait un AVC en 2011 et a introduit une demande 9ter le 20.06.2011. Celle-ci a fait l'objet d'une décision de recevabilité et de 4 refus, nécessitant l'introduction de 5 recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers dont 2 ont donné lieu à des arrêts d'annulation. Cette procédure s'est clôturée en 2020. Ces éléments figurent au dossier administratif et prouvent à suffisance que la requérante est en Belgique à tout le moins depuis 2011, soit 10 ans. Le médecin conseil continue : « force est de constater qu'elle a vécu 42 années dans son pays d'origine. Il est ainsi raisonnable de penser q 'elle doit avoir de la famille ou des amis sur qui s'appuyer a son retour au pays d'origine. Rien ne démontre qu'elle ne pourrait ainsi faire appel à ces personnes en vue d'obtenir une aide financière ou matérielle dans le pays d'origine en cas de besoin ». Il est déraisonnable que la partie adverse se fonde sur des suppositions quant aux relations sociales de la requérante pouvant lui venir en aide. Comme mentionné dans la demande de séjour, la requérante a quitté le Maroc il y a plus de 10 ans. Elle est véritablement isolée socialement et n'a ni famille, ni ami que lesquels elle pourrait compter en cas de retour. Elle n'a jamais été mariée, et n'a pas d'enfant. Elle a cependant un frère en Belgique et un en Hollande En cas de retour, elle n'aurait aucun soutien familial, ni logistique, ni financier. L'affirmation selon laquelle la disponibilité et l'accessibilité effective des soins existeraient est totalement erronée au regard des

nombreux documents mentionnés par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation au séjour. Le conseil de la requérante avait cité plusieurs sources mentionnant : • une pénurie aiguë en professionnels de santé qui se manifeste en particulier dans le service public avec une concentration importante des médecins les plus qualifiés dans le secteur médical privé qui se révèle bien entendu extrêmement coûteux et en conséquence pas accessible à la majorité des citoyens ; • des prix des médicaments anormalement élevés ; • un manque criant de coordination et de moyens logistiques pour le système public de stockage et de distribution des médicaments qui se révèlent en conséquence largement inefficace ; • des dépenses en matière de soins de santé supportées principalement par les ménages eux-mêmes ; • un manque d'infrastructure de santé ; • la très grande corruption dans le secteur de la santé ; • les difficultés financières qui persistent, malgré l'instauration du RAMED (30% de la population éligible au RAMED n'y étant pas couvert et le RAMED ne remboursant pas l'entièreté des médicaments nécessaires) La partie adverse se réfère à un site internet qui mentionne la présence de Médecins spécialistes mais ne fournit aucun élément de réponse à l'égard des éléments précis invoqués par la requérante, laquelle n'invoquait pas l'inexistence de spécialistes mais leur nombre insuffisant et donc remettrait en cause la réelle accessibilité au suivi des soins de la santé, (arrêt CCE n°81893 du 29.05.2012, arrêt CCE n°90138 du 23.10.2012). Le conseil de la requérante a également souligné la situation spécifique de la requérante, indigente, en incapacité de travailler, ayant quitté le Maroc il y a 10 ans et n'ayant pas de famille ou ami au Maroc. La partie adverse n'a pas respecté le principe de bonne administration ni pris connaissance de tous les éléments de la cause pour évaluer l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine de la requérante et n'a pas analysé in concreto la situation de cette dernière de sorte que dans la décision attaquée il y a une erreur manifeste d'appréciation (voir notamment CCE n° 149.047 du 2 juillet 2015). Partant, la partie adverse viole les dispositions et principes invoqués au présent moyen. L'acte attaqué doit être annulé ».

2.8. La partie requérante prend un troisième moyen de la « violation des articles 7, 62 §2 et 74/13 de la [Loi], 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 ».

2.9. Dans une première branche, elle fait valoir que « Un ordre de quitter le territoire a été pris le 31.05.2021 suite à la décision de non-fondement du 9ter 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 9ter. Dans le présent recours contre le non-fondement 9ter, la partie requérante invoque le risque de traitement inhumains et dégradants 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 tout retour au Maroc est impossible puisque le traitement qui lui est nécessaire n'est en tout état de cause 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 9ter du 27.06.2019 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 9ter, 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 9ter puisque cet ordre de quitter le territoire empêche, s'il est exécuté, qu'il soit statué sur le recours contre le non-fondement 9ter ».

2.10. Dans une deuxième branche, elle souligne « 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. La requérante 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 partie 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 par la partie adverse, qui n'en tient absolument pas compte dans l'acte attaqué alors qu'elle a déjà déclaré la demande 9ter 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 Etats 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 le second moyen pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

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'expliciter 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 de la demande figurant au dossier administratif, le Conseil remarque que la requérante s'est prévalu de l'indisponibilité et de l'inaccessibilité des soins qui lui sont requis en invoquant notamment spécifiquement ce qui suit : « Grand déficit au niveau du personnel médical et disparités dans sa répartition D'après plusieurs sources, le Maroc fait face un important déficit au niveau du personnel médical. L'Observatoire National du Développement Humain du Maroc estime que « le manque de ressources humaines dans les centres de santé publics est chronique » (pièce 6) et, comme l'a récemment relevé l'OMS, « le déficit en personnels de santé continue d'être un défi majeur pour le système de santé marocain. [...] La production des ressources humaines, tous profils et spécialités confondus, connaît une progression depuis des années, mais elle demeure insuffisante puisque la densité de médecins publics et privés regroupés est limité à 6,2 pour 10.000 habitants et celle des

personnels infirmiers demeure [inférieure] à 9,7 pour 10.000 habitants ». Ainsi, selon l'OMS toujours, le Maroc figure parmi les 57 pays du monde qui présentent une couverture médicale insuffisante, les ratios du nombre de médecins ou d'infirmiers pour 10.000 habitants étant inférieurs aux seuils critiques. Le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc évaluait la pénurie en personnel soignant de la sorte : « Le ministère de la Santé estime le déficit en médecins à 6.000 et celui en paramédicaux à 9.000. Ce déficit est d'autant plus problématique que le secteur privé fonctionne aussi avec du personnel soignant du secteur public. Ce déficit va s'aggraver lors des dix prochaines années avec le départ à la retraite de 24 % des paramédicaux, soit environ 7.000 personnes ».

3.3. Le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 26 mai 2021, 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 suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Le Conseil constate ensuite que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur diverses requêtes MedCoi pour attester de la disponibilité des médecins généralistes et spécialistes nécessaires 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 médecins (tous profils et spécialités confondus) au Maroc, remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci. Pour le surplus, le Conseil relève que la pénurie de médecins invoquée par la requérante n'a pas un caractère général non individualisé dès lors qu'elle vise tous les profils et spécialités au Maroc et que cette dernière, originaire de ce pays, doit être suivie par des médecins généralistes et spécialistes.

Partant, en se bornant dans son avis à renvoyer à des requêtes Medcoi mentionnant la présence de médecins généralistes et spécialistes 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 26 mai 2021, la partie défenderesse a violé son obligation de motivation formelle.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le second moyen pris, ainsi circonscrit, est fondé 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 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 second moyen et les deux autres moyens, qui, à les supposer fondés, ne pourraient 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, pris le 31 mai 2021, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le sept novembre 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