

Arrêt

**n°300 920 du 1^{er} février 2024
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

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

contre:

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 3 avril 2023, 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 26 janvier 2023 et notifiés le 2 mars 2023.

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 « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 11 décembre 2023 convoquant les parties à l'audience du 16 janvier 2024.

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 M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 1^{er} 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 rejetée dans une décision du 25 avril 2019, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 277 667 du 22 septembre 2022, le Conseil a annulé ces actes.

1.4. Le 26 janvier 2023, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle décision rejetant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif:

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

Madame [B.S.] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Maroc, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 26.01.2023, (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 due la requérante à son pays d'origine.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

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

Dès lors,

Les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée présente une maladie médicale dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays de provenance.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que cette affection n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu a (sic) prise en charge thérapeutique est disponible et accessible en au Maroc.

[...]

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...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018)

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question. Veuillez également radier l'intéressée du registre des étrangers pour « perte de droit au séjour » ».

1.6. A la même date, 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

L'étrangère n'est pas en possession d'un visa valable

Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 " 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." la situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :

• *L'intérêt supérieur de l'enfant :*

Aucun car d'après les éléments du dossier, l'intéressé n'a pas d'enfant à charge en Belgique

• *La vie familiale :*

La décision concerne la seule personne qui figure dans la demande. Dès lors, on ne peut parler d'une atteinte à l'unité familiale.

• *L'état de santé de la requérante :*

Selon l'avis médical dd 26.01.2023, aucune contre-indication à voyager

Par conséquent, il n'y a pas d'éléments qui posent problème pour prendre un ordre de quitter le territoire.

Si vous ne donnez pas suite à cet ordre de quitter le territoire dans le délai imparti, ou si cet ordre n'est pas prolongé sur instruction de l'Office des Étrangers, les services de police compétents peuvent se rendre à votre adresse. Ils pourront alors contrôler et déterminer si vous êtes effectivement parti dès l'expiration du délai de l'ordre de quitter le territoire ou de sa prolongation. Si vous séjournez toujours à cette adresse, cela peut entraîner un transfert au commissariat de police et une détention en vue d'un éloignement ».

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^{er}, 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 (1ère 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 maladie médicale dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays de provenance » et que « cette affection n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu a 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, 1ère 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 confirme¹⁵. Ce rapport 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 100'000 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 (RAWED) 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 l'encontre 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 26 janvier 2023. [...] 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) ; Lorazepam, médicament équivalent à Lometozepam est disponible au Maroc (cf. BMA-11005) ; Lévomépromazine, médicament équivalent à Clotiapine, est disponible 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 reproduit les conclusions des requêtes MedCOI. 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 au cours des 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). La partie adverse commet donc une erreur manifeste d'appréciation, en se référant à son médecin conseil, qui estime que « il n'est nullement démontré que l'intéressée nécessite un encadrement médicalisé particulier. (...) Que pour ce type de suivi, qu'il ne s'agit pas d'une hospitalisation, mais de mesures sociales et où le contact avec le psychiatre se limite en général à la prescription de médicaments une fois par mois, l'intéressée pourrait se rendre dans un centre de santé ou un hôpital public ou encore un établissement psychiatrique public le plus proche pour recevoir son traitement. ». Outre que ce passage de l'avis est difficilement compréhensible, il ne permet pas de comprendre si la partie adverse a vérifié la disponibilité et l'accessibilité des hospitalisations d'urgence en psychiatrie, comme élément nécessaire du traitement adéquat et des soins et suivis requis relatifs à la situation médicale concrète de la requérante. 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. [...] La partie adverse viole également l'autorité de la chose jugée de Votre arrêt n°277 667 du 22 septembre 2022, au mépris de l'article 23 du Code judiciaire. En effet, Votre juridiction a estimé que la partie adverse, afin de vérifier la disponibilité des psychiatres au Maroc, aurait dû vérifier la proportion de psychiatres pour le nombre de personnes ayant des besoins psychiatriques au Maroc, et ce, d'autant plus que la requérante avait invoqué un nombre très faible (0,44 psychiatres pour 100.000 habitants) de psychiatres, en se référant à un rapport de l'OSAR. La partie adverse, se référant à son médecin-conseil, estime qu'une telle vérification ne ressort ni de la disponibilité (ce serait une question d'accessibilité) ni de l'accessibilité (puisque'elle a fait une recherche dans le cadre de la disponibilité) du traitement adéquat. Elle estime, sur la base de l'adresse URL <https://ampep-maroc.ma/presentation/>, qu'il y aurait, en estimation basse, 236 psychiatres de pratique privée. Le Maroc compte environ 37 millions d'habitants. Par conséquent, sur la base des chiffres avancés par la partie adverse (et même en prenant en considération le fait qu'il s'agit d'une estimation basse), il y aurait 0,637 psychiatres pour 100.000 habitants. Or, il ressort d'informations récentes relatives à la disponibilité des soins psychiatriques au Maroc - soit le premier article de Google sur la base de la recherche « personnes en besoin psychiatrique au Maroc » - qu'il n'existe que 454 psychiatres pour 12 millions de personnes souffrant de troubles mentaux (pièce 6). Il en découle que chaque psychiatre devrait traiter une patientèle de 26.431,71 patients pour que les besoins de la population soient remplis (soit, environ 264 consultations de patients par jours, sur la base de rendez-vous mensuels et de mois de 20 jours de travail). Il en découle, d'une part, que la partie adverse, en se référant à son médecin-conseil, a commis une erreur manifeste d'appréciation en déclarant qu'il lui était impossible d'obtenir cette information, et, d'autre part, que les informations qu'elle fournit ne démontrent ni une disponibilité des psychiatres, ni leur accessibilité. Partant, la décision contrevient aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes

administratifs, à l'article 23 du Code judiciaire, à l'article 9 ter de la [Loi] et à l'article 3 de la CEDH, dès lors qu'elle ne permet pas de démontrer que la requérante pourra, in concreto, être suivie par un psychiatre en cas de retour. [...] La partie adverse reconnaît que certains médicaments ne sont pas disponibles et substitue le traitement (ou du moins l'ancien traitement, voir infra) de la requérante en ce qui concerne deux médicaments, en motivant comme suit : « Lorazepam, médicament équivalent à Lometazepam est disponible au Maroc (cf. BMA- 11005); Lévomépromazine, médicament équivalent à Clotiapine, est disponible au Maroc (cf. BMA- 12142) ; » Or, la partie adverse, en se référant à son médecin-conseil, viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, en commettant une erreur manifeste d'appréciation et en ne motivant pas en fait les raisons qui le conduisent à modifier le traitement de la requérante. Il ressort du considérant B.15. de l'arrêt 82/2012 de la Cour Constitutionnelle que l'article 9 ter de la [Loi] ne constitue pas une violation des articles 10 et 11 de la Constitution, au regard de l'application de la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients, dans la mesure où celui-ci est tenu de respecter le Code de déontologie médicale et, partant, ne peut modifier le traitement des demandeurs de séjour pour des raisons médicales graves dans le cadre de son avis, sans prendre contact avec le médecin traitant (ou examiner lui-même le patient). Partant, dans la mesure où le médecin-délégué modifie le traitement de la requérante dans le cadre de son avis, et ce, sans prendre contact avec le médecin de la requérante ni l'examiner, la partie adverse, qui se réfère à cet avis, viole les articles 10 et 11 de la Constitution. Partant, la décision est illégale et doit être annulée. [...] La partie adverse viole encore les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 en ne prenant pas en considération les documents présents au dossier administratif. En effet, la requérante a adressé au conseil de la partie adverse des documents complémentaires (pièce 4), desquels il ressort que la requérante doit également prendre du Xanax, de l'Invega, du Movisco et de l'Etumine. Ni la disponibilité ni l'accessibilité de ces médicaments n'a été vérifiée par la partie adverse, au motif qu'elle ne pourrait être tenue d'examiner les documents produits « au gré des procédures ». Or, un courriel a été adressé à son conseil en date du 4 septembre 2022 (pièce 4). Il ne peut être imputé à la requérante une mauvaise communication entre la partie adverse et son conseil. Partant, la partie adverse devait prendre en considération les documents complémentaires produits dans le cadre du courriel du 4 septembre 2022 et examiner la disponibilité (et, partant, l'accessibilité), des médicaments précités au Maroc. En ne le faisant pas, la partie adverse a violé les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 qui lui imposent de prendre en considération tous les éléments pertinents contenus au dossier administratif et de récolter les informations nécessaires à sa prise de décision avec minutie, ainsi que l'article 9 ter de la [Loi] et l'article 3 de la CEDH qui lui imposent de vérifier que les traitements adéquats sont disponibles in concreto. Il convient d'annuler la décision entreprise, le moyen étant fondé. [...] 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. [...] Les affirmations selon lesquelles les rapports internationaux ne permettent pas de démontrer les arguments évoqués sur la situation générale ne peuvent être prise en compte car l'intéressée ne démontre pas qu'elle est concernée par cette situation et « le fait pour la requérante de retourner au Maroc ne constitue pas une violation ou respect de sa vie privée et familiale ou 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 Poposhvili 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 201623 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 100'000 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 *Le 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 ou à l'AMO 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). De surcroît, le passage automatique de la RAMED à l'AMO suppose d'être préalablement bénéficiaire de la RAMED. Or, la partie adverse n'a nullement vérifié dans quelles conditions la requérante pourrait bénéficier de la RAMED et, le cas échéant, si cela pourrait être le cas dès son retour. 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 la requérante peut aussi bénéficier de son soutien familial. Aucune information concernant l'Association AMALI n'a été jointe au dossier administratif par la partie adverse. A tout le moins, en l'absence de possibilité de consulter le dossier administratif dans les délais utiles, la requérante est dans l'impossibilité de vérifier quelles informations y figurent quant à cette association. Partant, aucune information ne permet de considérer que l'existence de cette Association aurait fait disparaître les discriminations et le rejet social à l'encontre 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. De surcroît, les documents récents (pièce 5) et facilement consultables (voir supra) établissent que le rejet et les discriminations à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux n'ont pas pris fin, malgré les bonnes intentions du Ministre de la Santé, vantées par la partie adverse. 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 : [...] 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 ». [...] 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 oeuvre 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 oeuvre 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, évalua 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, que la RAMED et l'AMO constituent des régimes de sécurité sociale garantissant l'accessibilité du traitement à la requérante, la partie adverse n'a pas répondu adéquatement aux arguments essentiels de la requérante. 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 26 janvier 2023 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 deuxième branche du moyen unique 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 relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la Loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la Loi, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation 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. En termes de recours, la partie requérante reproche en outre au médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la disponibilité au pays d'origine d'un hôpital avec possibilité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie.

Le Conseil observe que la nécessité de ce suivi a bien été invoquée à l'appui de la demande compte tenu du risque de passage à l'acte suicidaire et que le certificat médical daté du 26 février 2018 fourni à l'appui de la demande fait mention entre autres, à propos des besoins spécifiques en matière de suivi médical, d'une « *Réhospitalisation en unité psychiatrique résidentielle si urgence* ».

Le Conseil remarque ensuite que la décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 26 janvier 2023 dont il ressort, en substance, que la requérante est atteinte de pathologies pour lesquelles le traitement et les suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

S'agissant de la « *Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine* », le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *NB : les références citées dans les rapports médicaux de MedCOI (BMA / AVA) le sont uniquement au titre d'exemples prouvant la disponibilité de l'objet de la requête dans le pays concerné et ne sont pas limitatives. Il ne peut donc en aucun cas être déduit que la disponibilité soit limitée à ces seules références. • Venlafaxine est disponible au Maroc (cf. BMA-11157); • Lorazepam, médicament équivalent à Lormetazepam est disponible au Maroc (cf. BMA-11005); • Lévomépromazine, médicament équivalent à Clotiapine, est disponible 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). Notons que des réflexions ont été émises concernant le nombre de psychiatres exerçant au Maroc et qu'il semble que la juridiction de recours en fasse grand cas. Outre le fait qu'il est impossible de savoir, que ce soit au Maroc ou d'ailleurs en Belgique, combien de psychiatres exercent réellement leur activité, l'exigence de cette information est totalement saugrenue lorsqu'il s'agit de juger de la disponibilité d'un traitement. Qu'il y ait cent ou mille psychiatres au Maroc ne préjuge en rien de la disponibilité ou de la qualité du suivi qui dépendra en premier lieu de la volonté de la patiente à bien suivre son traitement, ce que l'on appelle l'adhésion au traitement ou compliance thérapeutique. Afin de satisfaire cette exigence qui n'a cependant aucun sens d'un point de vue médical, nous renvoyons vers le site web de l'Association marocaine des psychiatres d'exercice privé qui en dénombre 236 à la date de rédaction du présent avis. Pour ceux qui n'aurai[en]t pas compris, il s'agit d'une association à laquelle l'inscription se fait sur base volontaire ; le nombre de 236 ne reflète pas l'ensemble des psychiatres privés du Maroc mais uniquement ceux qui [s]e sont inscrit[s] à l'association, il s'agit donc d'une estimation basse. Ce nombre ne comprend pas non plus les psychiatres exerçant dans le secteur public. Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine. Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé(e) puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique. Selon une jurisprudence du Conseil d'État (arrêt n°246.381), les références MedCOI de disponibilités telles que celles mentionnées ci-avant ne peuvent être contestées par la juridiction de recours à peine de violer la foi due aux actes telle qu'instituée par les articles 1319, 1320, 1322 du Code Civil. Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée : 1/ Le site web de l'AMPEP, Association marocaine des psychiatres d'exercice privé ; 2/ Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI: • Requête MedCOI du 13/04/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11005, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de Lorazepam: [tableau...] • Requête MedCOI du 20/05/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11157, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de Venlafaxine : [tableau ...] • Requête MedCOI du 02/08/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11408, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de consultations d'orthopédie :*

[tableau ...] • Requête MedCOI du 10/10/2018 portant le numéro de référence unique BMA-11636, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de suivi en physiothérapie : [tableau...] • Requête MedCOI du 06/03/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12142, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de consultations de psychiatrie, de Lévomépromazine : [tableau...] De plus, la pathologie attestée ne répond pas aux critères de l'article 9ter §1er alinéa de la loi du 15 décembre 1980 qui stipule qu'elle doit entraîner un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant compte tenu du fait que le traitement adéquat existe dans le pays d'origine. Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin ; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a posteriori une péjoration de la situation clinique antérieure. Rappelons que ce n'est pas au délégué du ministre d'effectuer des démarches pour la mise à jour médicale d'une demande 9ter (= compléter les infos médicales): ce soin et cette diligence incombent au demandeur et cette charge de preuves ne peut être inversée. De plus, il incombe au demandeur de rédiger sa demande avec soin afin d'éclairer sa situation personnelle ».

Ainsi, ce médecin n'a nullement garanti la disponibilité au Maroc d'un hôpital avec possibilité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie, alors pourtant que cela est nécessaire à la requérante.

Par ailleurs, le Conseil estime que les considérations du médecin attaché à la partie défenderesse, dans le cadre de l' « Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine », selon lesquelles « Concernant la prise en charge des maladies psychiatriques, notons que les choses changent en ce qui concerne la santé mentale. Le ministre de la Santé, le professeur [L.], entend remédier à toutes les lacunes. Il a pris sur lui de procéder au développement des infrastructures psychiatriques, à renforcer les services en ressources humaines (médecins-infirmiers[]), à doter les établissements psychiatriques en médicaments, des actions qui visent à redorer le blason de santé mentale au Maroc sans oublier bien entendu le regard que porte notre société sur les malades atteints de troubles psychiques. Notons qu'actuellement, la psychiatrie marocaine est axée sur le maintien des malades dans leur environnement familial, la création de petites unités psychiatriques ou des services de psychiatrie rattachés aux hôpitaux généraux et le développement des consultations ambulatoires Parmi les structures de prise en charge : on peut citer le Centre psychiatrique et d'addictologie du CHU Cheikh Khalifa Ibn Zaid de Casablanca. Celui-ci accueille des personnes sujettes à des burn-out, des dépressions ou des addictions. Ce centre s'occupe de la simple consultation à l'hospitalisation, tous les âges et les milieux sociaux s'y côtoient. Notons que le centre psychiatrique, autrefois appelé 36, dispose actuellement d'une capacité de 104 lits et accueille une centaine de patients hospitalisés. Il dispense en moyenne 40 à 50 consultations par jour. Les familles sont aujourd'hui devenues un maillon important dans la chaîne de soins du patient atteint de troubles mentaux. Les malades y viennent spontanément, amenés par leurs familles ou bien sont adressés par des confrères du secteur privé ou public. Le centre reçoit aussi des personnes en détresse sociale (des SDF ou des personnes en errance atteintes d'Alzheimer). Selon les responsables du centre, 95% des patients sont des bénéficiaires du régime de l'assistance médicale pour les économiquement démunis (RAMED). Pour le reste, concernant le relatif faible nombre de psychiatre dans le pays d'origine, la disponibilité de ce type de suivi ayant été démontrée (cf supra), l'intéressée reste en défaut de démontrer qu'elle n'aurait pas accès à un traitement chez l'un de ceux-ci. (Arrêt CCE 243882 du 10.11.2020). Le médecin de l'OE précise aussi qu'il n'est nullement démontré que l'intéressée nécessite un encadrement médicalisé particulier. En Belgique, la requérante n'est non plus en habitation protégée. Que pour ce type de suivi, qu'il ne s'agit pas d'une hospitalisation, mais de mesures sociales et ou le contact avec le psychiatre se limite en général à la prescription de médicaments une fois par mois, l'intéressée pourrait se rendre dans un centre de santé ou un hôpital public ou encore un établissement psychiatrique public le plus proche pour recevoir son traitement », ne remettent pas en cause valablement la nécessité au pays d'origine d'un hôpital avec possibilité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie et ne peuvent pas non plus suffire à attester de la disponibilité de celui-ci.

3.3. En conséquence, le médecin-conseil de la partie défenderesse ne s'est pas assuré que le suivi dont a besoin la requérante, à tout le moins un hôpital avec possibilité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie, est disponible au pays d'origine.

3.4. Il résulte de ce qui précède que la deuxième branche du moyen unique pris, 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 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 les autres développements du moyen unique, 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.

A titre de précision, la disponibilité de consultations de psychiatrie ressortant de la requête Medcoi n° 12 142 ne peut suffire à attester de la disponibilité d'un hôpital avec possibilité d'une hospitalisation en urgence en psychiatrie.

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 de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, pris le 26 janvier 2023, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le premier février deux mille vingt-quatre 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