

Arrêt

n° 318 857 du 19 décembre 2024
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. HARDY
Rue de la Draisine, 2/004
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

Contre:

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

LA PRESIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 13 mars 2024, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 1^{er} décembre 2023.

Vu le titre I^{er} *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 (ci-après « la loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 septembre 2024 convoquant les parties à l'audience du 18 octobre 2024.

Entendue, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendus, en leurs observations, Me C. DEVILLEZ *loco* Me J. HARDY, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. AVCI *loco* Mes C. PIRONT et E. BROUSMICHE, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante déclare être arrivée en Belgique en 2003.

1.2. Le 22 juin 2009, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée recevable le 8 juillet 2009, avant d'être déclarée non-fondée par la partie défenderesse au terme d'une décision prise le 30 janvier 2013 et assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

1.3. Le 14 décembre 2009, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{bis} de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a fait l'objet d'une décision de rejet prise par la partie défenderesse le 4 mai 2011. Aucun recours n'a été introduit.

1.4. Le 17 octobre 2012, la partie requérante a été arrêtée et écrouée à la prison de Forest.

1.5. Le 8 février 2013, la partie requérante est condamnée par le Tribunal correctionnel de Bruxelles à une peine de deux ans d'emprisonnement avec sursis probatoire de 5 ans sauf pour la détention préventive pour des faits de vol avec violence ou menace, tentative de vol, rébellion, coups à un officier ministériel et port d'arme prohibée.

1.6. Le 25 mai 2013, la partie requérante se voit délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire avec maintien en vue de son éloignement (annexe 13septies) et une interdiction d'entrée (annexe 13sexies). Ces décisions ont été entreprises d'un recours en extrême urgence devant le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) qui a donné lieu à un arrêt n° 103 728 du 29 mai 2013 suspendant ces décisions.

1.7. Par des arrêts n° 109 644 et 109 650 du 12 septembre 2013, le Conseil a annulé les décisions visées aux points 1.2. et 1.6. du présent arrêt.

1.8. Le 29 juillet 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2. recevable mais non fondée au terme d'une décision assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). La partie requérante a introduit un recours contre cette décision devant le Conseil qui l'a annulée au terme d'un arrêt n° 166 379 du 25 avril 2015.

1.9. Le 8 avril 2016, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante.

1.10. Le 14 avril 2016, la partie requérante s'est vu délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies) et interdiction d'entrée (annexe 13sexies) par la partie défenderesse. Elle a introduit un recours, selon la procédure de l'extrême urgence, contre cette mesure d'éloignement devant ce Conseil qui a ordonné la suspension de son exécution par un arrêt n° 166 546, rendu le 26 avril 2016, avant d'ordonner la levée de cette suspension par un arrêt n° 172 515 rendu le 28 juillet 2016.

1.11. Le 29 juin 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2. recevable mais non fondée au terme d'une décision assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions ont été retirées le 19 septembre 2016.

1.12. Le 16 septembre 2016, la partie requérante s'est vu délivrer un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement (annexe 13septies) et interdiction d'entrée (annexe 13sexies) par la partie défenderesse, lesquelles décisions ont également été retirées le 19 septembre 2016.

1.13. Le 14 novembre 2016, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.2. recevable mais non fondée. Le recours introduit devant le Conseil a donné lieu à un arrêt d'annulation n° 243 530 du 30 octobre 2020.

1.14. Le 28 avril 2021, la partie défenderesse a pris une décision d'exclusion du bénéfice de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Par un arrêt n° 268 925 du 24 février 2022, le Conseil a annulé cette décision.

1.15. Le 11 mai 2022, la partie requérante a actualisé la demande visée au point 1.2.

Le 1^{er} décembre 2023, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions, qui ont été notifiées à la partie requérante le 22 février 2024, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant une demande d'autorisation de séjour recevable mais non fondée (ci-après : le premier acte attaqué) :

« 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.

L'intéressé 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'intéressé 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 du requérant.

Dans son avis médical remis le 27.11.2023, (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 au requérant, 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 du requérant à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé 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 il 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...).

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) ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (annexe 13) (ci-après : le second acte attaqué) :

« MOTIF DE LA DECISION :

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

L'intéressé n'est pas en possession d'un titre de séjour 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 :

- 1. Unité familiale : pas de preuve de liens effectifs et durables*
- 2. Intérêt de l'enfant : pas d'enfant en âge de scolarité obligatoire*
- 3. Santé : l'avis médical du 27.11.2023 stipule qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».*

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), des articles 7 et 52 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des articles 9ter et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, des « obligations de motivation découlant de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs » et du « principe de bonne administration, en particulier les devoirs de minutie et de prudence », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2.1. Dans une première branche, visant le premier acte attaqué, la partie requérante fait valoir que ce dernier « ne repose pas sur une analyse minutieuse, et n'est pas dûment motivé, et méconnaît l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, car l'analyse de la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et médicaments nécessaires à la partie requérante sur laquelle elle repose, est insuffisante et inadéquate ».

Faisant ensuite grief à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte de sa région d'origine, à savoir Rabat, en faisant uniquement état de traitements disponibles à Casablanca, et principalement au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, qui se trouve à plus d'une heure de route de Rabat, elle estime qu'il ne

peut être attendu d'elle qu'elle parcoure une heure de route pour obtenir les soins dont elle a besoin quotidiennement.

Affirmant qu'il n'existe aucun hôpital psychiatrique à Rabat, elle estime que les requêtes MedCOI fondant le premier acte attaqué ne suffisent pas à démontrer que les soins qu'elle nécessite sont disponibles et accessibles.

2.2.2. Quant à la disponibilité du traitement et des soins médicamenteux, la partie requérante estime que celle-ci n'est pas du tout démontrée, « car la partie défenderesse se limite à produire des extraits de requêtes « MedCOI » qui n'établissent pas les quantités disponibles des soins et traitements nécessaires à la partie requérante ». Elle ajoute que « Si les différents médicaments qu'elle doit prendre apparaissent comme étant « disponibles » sur les requêtes MedCOI, rien n'indique qu'ils sont disponibles en quantité suffisante sur place. Rien ne garantit que ces médicaments ne sont pas (bientôt) en pénurie, ou en rupture de stock, d'autant que certaines requêtes MedCOI datent d'il y a plus d'un an ».

Soutenant ensuite que rien n'indique que le suivi psychiatrique qu'elle nécessite serait disponible de manière régulière et sans interruption, elle affirme que cette régularité doit être prise en compte pour assurer une réelle disponibilité et une réelle accessibilité.

Reprochant ensuite à la partie défenderesse de ne pas avoir démontré qu'il y a suffisamment de psychiatres à Rabat, elle soutient que « le médecin-conseil de l'Office des étrangers ne fait état dans son avis que d'un centre hospitalier, à Casablanca, où un suivi psychiatrique serait disponible ; d'autre part, il ressort d'informations récentes dont il est fait état dans la demande qu'il n'existe aucun hôpital psychiatrique à Rabat » et reproduit un extrait d'un arrêt du Conseil qu'elle estime s'appliquer en l'espèce.

2.2.3. La partie requérante poursuit en affirmant que le fonctionnaire médecin n'a déposé aucune information quant à la disponibilité de la procyclidine mais s'est contenté de faire état d'une médication alternative, le Trihexyphénydil. Elle ajoute que ce dernier s'appuie sur une médication alternative, le fluphénazine afin de remplacer le zuclopenthixol, dont elle a besoin et qui est indisponible.

Faisant donc valoir que seules deux médications sur quatre sont disponibles et que pour les deux autres, elle devrait se contenter d'alternatives, elle reproche au fonctionnaire médecin de n'apporter aucune information sur la comptabilité de ces médications alternatives entre elles. Elle ajoute que « Au vu du « cocktail » conséquent qui est prescrit au requérant, il est impératif d'être vigilant à la comptabilité des différents traitements ; et le requérant est en droit d'attendre une motivation explicite à cet égard, sans quoi il ne pourrait être conclu que les traitements sont disponibles ».

2.2.4. Sur l'accessibilité du traitement, la partie requérante fait valoir qu'il ressort des requêtes MedCOI que les médicaments dont elle a besoin sont tous uniquement « disponibles » dans des établissements privés. Elle soutient à cet égard que faire dépendre son accès aux traitements nécessaires de cliniques ou pharmacies privées ne se peut car cela impliquerait qu'elle ait des ressources financières propres ou suffisantes pour couvrir ces coûts.

Reproduisant ensuite un extrait de la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin quant à l'Assurance Maladie Obligatoire (ci-après : l'AMO) et au Régime d'Assistance Médicale (ci-après : le RAMED) marocains, elle affirme que tant l'AMO que le RAMED ne couvrent pas les traitements relevant du secteur privé.

Faisant ensuite référence à deux arrêts du Conseil, elle soutient que le RAMED ne couvre que les médicaments et produits pharmaceutiques administrés pendant le séjour hospitalier et que c'est donc à tort que la partie défenderesse considère que les médicaments dont elle a besoin sont disponibles et accessibles.

2.2.5. Elle poursuit en affirmant qu'elle vit en habitation protégée en Belgique, ce qui est reconnu par la partie défenderesse, et que cette dernière n'analyse pas l'existence de structures similaires au Maroc mais qu'elle fait uniquement état de « care at home – psychiatric nurse », ce qui n'équivaut pas à une habitation protégée étant donné que l'infirmier psychiatrique ne reste pas 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au domicile des patients.

Reprochant ensuite au fonctionnaire médecin de renvoyer à la Villa des Lilas à Casablanca sans indiquer le nombre de places disponibles ni le coût d'une telle prise en charge, elle fait valoir n'être éligible pour aucun des systèmes de santé qui lui permettrait de résider dans cet établissement.

2.2.6. Affirmant ensuite qu'il ressort des requêtes MedCOI que l'assistance d'un infirmier psychiatrique à domicile est uniquement disponible dans un établissement privé, elle estime que « faire dépendre l'accès de la partie requérante aux traitements nécessaires de cliniques privées ne se peut », alors qu'elle ne dispose

pas de ressources financières propres et qu'elle ne peut profiter de l'AMO ou du RAMED pour prendre en charge les soins administrés par des entités privées. Elle soutient dès lors que l'assistance d'un infirmier à domicile ne lui est pas accessible au Maroc.

2.2.7. Elle conclut en soutenant que c'est à tort que le fonctionnaire médecin n'analyse pas les risques en cas d'arrêt du traitement.

2.3. Dans une deuxième branche, visant le second acte attaqué, la partie requérante fait valoir que « L'ordre de quitter le territoire, qui est l'accessoire ou à tout le moins la conséquence de la décision de non-fondement 9^{ter}, est, pour cette raison, indirectement vicié par les mêmes illégalités », « D'autant plus que ce défaut d'analyse dans la situation médicale, revient à méconnaître l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 ».

2.4. Dans une troisième branche, la partie requérante fait valoir que le second acte attaqué est pris en violation de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 car son état de santé n'a pas été dûment analysé et motivé au regard du second acte attaqué.

Soutenant qu'une motivation formelle suffisante doit être reprise dans le second acte attaqué, elle reproduit un extrait de l'arrêt n° 253.942 du Conseil d'Etat du 9 juin 2022 qu'elle estime s'appliquer en l'espèce.

3. Discussion

3.1. A titre liminaire, sur le moyen unique, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué. Or, en l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière le premier acte attaqué violerait l'article 8 de la CEDH, les articles 7 et 52 de la Charte, ainsi que « les devoirs de minutie et de prudence ». Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces principes et dispositions.

3.2.1. Sur le reste du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 [...]. 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 du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9^{ter} précité, les traitements existant 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite, mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. 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 précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cf. dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

3.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 27 novembre 2023, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre de « *Schizophrénie paranoïde* » et de « *Dépression majeure* », pathologies nécessitant un traitement médicamenteux composé de « *Clopixol dépôt (zuclopenthixol – antipsychotique classique de type thioxanthène : 300 mg / 4 semaines* », de « *Zyprexa (olanzapine – antipsychotique atypique) : 10 mg 2/j* », de « *Kemadrin (procyclidine – anticholinergique – effets secondaires des antipsychotiques classiques : 5 mg 1/j* » et de « *Setraline (antidépresseur ISRS) : 50 mg 1/j* », ainsi qu'un suivi psychiatrique non permanent et un suivi infirmier. Il signale par ailleurs que la partie requérante vit en habitation protégée. Le fonctionnaire médecin a toutefois estimé qu'il « [...] *ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger [sic] qui comportent un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressé ne serait pas en état de voyager* » et qu'« *il ne peut également être constaté du dossier médical fourni que l'intéressé souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine/de provenance car le traitement adéquat y est disponible et accessible* ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.2.3. En effet, en ce que la partie requérante relève que la grande majorité des requêtes MedCOI démontrent la disponibilité des traitements et suivis qui lui sont nécessaires à Casablanca, soit à plus d'une heure de route de sa région d'origine, et qu'il n'existe aucun hôpital psychiatrique à Rabat, le Conseil constate que celle-ci reste en défaut d'établir qu'elle ne pourrait s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où lesdits soins et traitements sont disponibles et accessibles. Il en est d'autant plus ainsi que la partie requérante n'a pas fait valoir de problème particulier à cet égard, dans sa demande (dans le même sens : C.C.E., 16 mai 2011, n° 61 464).

3.2.4. Quant à l'affirmation de la partie requérante selon laquelle la disponibilité des traitements n'est pas démontrée « car la partie défenderesse se limite à produire des extraits de requêtes « MedCOI » qui n'établissent pas les quantités disponibles des soins et traitements nécessaires à la partie requérante », dont certaines dateraient en outre d'il y a plus d'un an et que rien n'indique que lesdits médicaments sont disponibles en quantité suffisante sur place, le Conseil rappelle tout d'abord la jurisprudence du Conseil d'Etat qui considère que lorsque le constat de la disponibilité du traitement requis se fonde sur des documents issus de la banque de données MedCOI, aucun autre élément n'est nécessaire pour l'étayer et la disponibilité desdits médicaments doit être considérée comme effective (CE n° 240.105 du 6 décembre 2017 et n° 246.381 du 12 décembre 2019).

En tout état de cause, dans l'actualisation de sa demande visée au point 1.15. du présent arrêt, la partie requérante n'apporte aucun élément de preuve susceptible de documenter une pénurie ou une rupture de stock des médicaments requis. Dans sa requête, elle ne démontre pas non plus la caducité des informations sur lesquelles s'est fondée la partie défenderesse. Elle n'a donc pas intérêt à son grief.

Il en va de même quant au grief fait au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir vérifié si le suivi psychiatrique serait disponible de manière régulière et sans interruption dans la mesure où des requêtes MedCOI font état de sa disponibilité et que celle-ci n'est pas remise en question par la partie requérante.

En outre, s'agissant du grief fait à la partie défenderesse de n'avoir renvoyé qu'à un seul hôpital situé à Casablanca pour attester de la disponibilité de soins psychiatriques pour la partie requérante, le Conseil observe qu'il ressort de la requête MedCOI que l'hôpital en question est indiqué comme un « *exemple d'établissement où le traitement est disponible* » (traduction libre). Par ailleurs, le fonctionnaire médecin indique clairement dans son avis que « [...] *les réponses fournies par l'EUAA MedCOI Sector n'ont pas vocation à être exhaustives (cf. Disclaimer). La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées* ». Il ne peut dès lors être conclu qu'il s'agit du seul hôpital au Maroc susceptible de prodiguer les soins nécessaires à la partie requérante.

3.2.5. S'agissant de la critique portant sur la substitution de la procyclidine par le trihexyphénydil, et du zuclopenthixol par la fluphénazine le Conseil observe que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse a, estimé, dans son avis médical que les requêtes MedCOI « *démontrent la disponibilité au Maroc de la Fluphénazine sous forme dépôt pour remplacer le zuclopenthixol sous forme dépôt comme antipsychotique classique, de olanzapine, du Trihexyphénydil pour remplacer la procyclidine pour lutter contre les effets secondaires des antipsychotiques classiques, et de la sertraline* ».

A défaut d'autres développements, le Conseil ne peut que constater que ce faisant, le fonctionnaire médecin n'a ni contredit le diagnostic ni le traitement établi par le médecin traitant de la partie requérante.

En tout état de cause, le Conseil observe que la partie requérante n'affirme pas qu'il ressort des certificats médicaux et pièces médicales déposées par la partie requérante qu'une quelconque contre-indication ou d'informations relatives à des effets secondaires aient été avancées devant la partie défenderesse ou que des réserves aient été émises quant à d'éventuelles substitutions. Le reproche fait au fonctionnaire médecin selon lequel il n'apporte aucune information sur la compatibilité des médications alternatives entre elles ne peut dès lors être retenu.

Le Conseil rappelle à cet égard qu'il ressort de l'arrêt n° 236.016 prononcé le 6 octobre 2016 par le Conseil d'Etat qu'« il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9^{ter} précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine ».

3.2.6. Quant au reproche fait au fonctionnaire médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir analysé l'existence de structures type « habitation protégée » au pays d'origine, le Conseil observe que ce dernier a estimé que « *Le séjour en habitation protégée permet la sortie du malade contrairement à l'internement ou hospitalisation forcée. Le suivi n'y est pas permanent. Les psychiatres y passent en général une fois par semaine. Le suivi infirmier y est assuré* ». Il a par ailleurs vérifié la disponibilité du suivi psychiatrique à long terme, du suivi psychiatrique dans un établissement fermé, ainsi que du « *assisted living/ care at home by psychiatric nurse* ».

Cette motivation et le résultat des requêtes MedCOI ne sont pas utilement contestés par la partie requérante qui se contente d'affirmer que ces soins n'équivalent pas à une habitation protégée étant donné que l'infirmier psychiatrique ne reste pas 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au domicile des patients mais n'apporte aucune source d'information pour étayer ses propos.

A titre surabondant, le fonctionnaire médecin indique que « *La Villa des Lilas à Casablanca dispose de quatre unités protégées pour les patients psychiatriques lourds, en plus de l'hospitalisation classique, de l'hospitalisation de jour, ...*

Informations tirées du site :

<https://villadeslilas.ma/>

<https://villadeslilas.ma/les-unites-de-soins/> ».

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui se contente d'affirmer que le fonctionnaire médecin renvoie à la Villa des Lilas à Casablanca sans indiquer le nombre de places disponibles ni le coût d'une telle prise en charge, et de faire valoir n'être éligible pour aucun des systèmes de santé qui lui permettrait de résider dans cet établissement.

A cet égard, le Conseil renvoie au point 3.2.7. *infra*.

3.2.7. Sur l'accessibilité des traitements au pays d'origine, la partie requérante reproche, en substance, à la partie défenderesse d'avoir vérifié la disponibilité des traitements dans des établissements privés alors qu'elle ne dispose pas de ressources financières propres ou suffisantes pour couvrir ces coûts.

A cet égard, le fonctionnaire médecin a, dans son avis médical, considéré que « *Le régime marocain comprend l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO), fondé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants, et le régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies.*

Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles et ne pouvant bénéficier de l'AMO. Le Ramed a fait l'objet d'un projet-pilote novembre 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadla-Azila, où il a été testé pendant 2 ans. Depuis le 13 mars 2012, le RAMED a été étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble des territoires du Royaume du Maroc. La population cible est maintenant atteinte. Les personnes en situation de pauvreté bénéficient gratuitement du RAMED.

Dans le cadre de l'AMO, 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 restante à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale.

Les soins de santé relevant du RAMED sont identiques au panier de soins de l'AMO mais ne peuvent être dispensés que dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat.

Soulignons qu'une réforme importante du système de santé marocain est en cours et depuis le 1^{er} décembre 2022, les bénéficiaires du RAMED peuvent bénéficier de l'Assurance Maladie Obligatoire au même titre que les personnes qui ont un emploi. Les cotisations sont prises en charge par l'Etat marocain pour les personnes ne pouvant s'en acquitter elles-mêmes. Ces dernières peuvent ainsi consulter dans des établissements tant publics que privés et bénéficier du remboursement des médicaments comme prévu par l'A.M.O. Le Ministre de la santé marocain a en outre précisé que pendant la phase de transition, les bénéficiaires du RAMED continueront de recevoir des soins gratuits » (le Conseil souligne).

La partie requérante estime pour sa part que ni l'AMO ni le RAMED ne couvrent les traitements relevant du secteur privé, ce qui est manifestement contredit par l'avis du fonctionnaire médecin et par les différentes sources citées par ce dernier. La partie requérante n'apporte aucun élément pour étayer ses propos si ce n'est deux arrêts du Conseil qui ont été prononcés le 25 avril 2016 et le 30 octobre 2020, soit antérieurement à la réforme du système de santé marocain auquel il est fait référence dans l'avis médical. Ceux-ci ne peuvent dès lors s'appliquer en l'espèce étant donné que les circonstances de fait ont changé.

Il en va de même de l'argumentation de la partie requérante quant à l'assistance d'un infirmier psychiatrique à domicile qui serait uniquement disponible dans un établissement privé à laquelle elle n'aurait pas accès, ce qui est manifestement contredit par la motivation de l'avis médical susvisé.

3.2.8. Par ailleurs, en ce que la partie requérante reproche au fonctionnaire médecin de ne pas analyser les risques en cas d'arrêt du traitement, le Conseil observe qu'elle reste en défaut de davantage étayer son argumentaire et qu'elle n'a donc pas intérêt à son grief. En effet, la partie défenderesse ayant conclu que les traitements sont disponibles et accessibles au pays d'origine, il n'est pas question d'un arrêt du traitement de la partie requérante.

3.3.1. Sur les deuxième et troisième branches, visant le second acte attaqué, s'agissant de la violation alléguée de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, « [l]ors 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 ».

3.3.2. En l'espèce, le Conseil observe que contrairement à ce qui est allégué par la partie requérante, il ressort du second acte attaqué que la partie défenderesse a pris en considération l'ensemble des éléments dont elle avait connaissance au moment de la prise de cet acte et l'a motivé au regard des trois critères repris par l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980.

Plus particulièrement, s'agissant de l'état de santé de la partie requérante, elle s'est référée à l'avis médical du 27 novembre 2023, transmis à la partie requérante en annexe des actes attaqués, qui conclut qu'elle est en capacité de voyager et que les traitements et suivis dont elle a besoin sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Ces différents éléments ne sont pas utilement contestés par la partie requérante en termes de requête qui n'expose sous quel autre angle la partie défenderesse aurait dû envisager l'état de santé de la partie requérante au vu de la prise de l'ordre de quitter le territoire si ce n'est sous ceux déjà envisagés. En outre le Conseil souligne qu'il appartiendra à la partie défenderesse de réexaminer et d'actualiser la situation de la partie requérante, le cas échéant, au jour de l'exécution de l'ordre de quitter le territoire.

La partie défenderesse n'a, dès lors, nullement méconnu ses obligations découlant de cette disposition.

3.4. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

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 unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

Mme B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

B. VERDICKT