

Arrêt

n° 129 868 du 23 septembre 2014
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : X

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 mars 2014, par M. X qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande de prolongation de l'autorisation de séjour accordée sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, prise le 17 décembre 2013, de l'avis du médecin-conseil, ainsi que de l'ordre de quitter le territoire consécutif.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 avril 2014 convoquant les parties à l'audience du 16 mai 2014.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. CORRO *loco* Me E. HALABI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me D. STEINIER *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

La partie requérante est arrivée en Belgique le 26 juin 2009.

Par un courrier recommandé du 12 novembre 2009, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 3 novembre 2010, elle a été autorisée à séjourner en Belgique pour une durée d'un an, sous certaines conditions. Le 23 décembre 2010, elle a été mise en possession d'un Certificat d'inscription au registre des étrangers valable jusqu'au 9 décembre 2011 qui a été prolongé le 29 novembre 2011 et le 29 novembre 2012.

Le 15 octobre 2013, la partie requérante a introduit une demande de prorogation de l'autorisation de séjour obtenue sur pied de l'article 9ter précité.

Le 25 novembre 2013, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la partie requérante.

Le 17 décembre 2013, la partie défenderesse a pris, à l'encontre de la partie requérante, une décision de refus de prorogation de l'autorisation de séjour ainsi qu'un ordre de quitter le territoire consécutif, qui ont été notifiés le 17 février 2014.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de refus de prolongation de séjour :

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

Le médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Maroc.

*Dans son avis médical rendu le 25 novembre 2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que la pathologie qui (sic) a justifié l'octroi du séjour temporaire a été traitée et que le suivi qui reste nécessaire est disponible et accessible au Maroc ;
Le médecin de l'OE conclut dans son avis que sur base des données médicales transmises par l'intéressé, celui-ci est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre indication à un retour au pays d'origine.*

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 décembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'entraîne un risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire consécutif :

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

- *En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter, a été refusée en date du 17/12/2013 ».*

2. Question préalable

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève l'irrecevabilité du recours en ce que celui-ci est également introduit à l'encontre de l'avis médical rendu par le médecin-conseil de la partie défenderesse.

2.2. Le Conseil rappelle quant à ce que le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse ne constitue qu'un avis, tel que requis par l'article 9ter, § 1er, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980, et n'est donc pas une décision attaquable au sens de l'article 39/1, § 1er, de la loi précitée, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et

l'éloignement des étrangers. Partant, ce rapport d'évaluation médicale ne constitue nullement un acte susceptible de recours devant le Conseil. Le présent recours doit donc être déclaré irrecevable en ce qu'il est dirigé contre l'avis du médecin-conseil.

A titre de précision, le Conseil souligne que la motivation de la décision entreprise se réfère explicitement à l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse et qu'il peut dès lors être considéré que, ce faisant, la partie défenderesse a fait siennes les considérations exprimées par ce médecin.

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de « *l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation* :

- *des articles 9 ter § 1 et 62 de la loi du 15 décembre sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers,*
- *des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs,*
- *du principe général de précaution, du principe général de droit « Audi alteram partem » et du devoir de minutie*
- *des formes substantielles de la procédure instituée par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980*
- *de l'article 23 de la Constitution,*
- *de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH),*
- *l'article 2 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers*
- *l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. »*

3.2. Dans une première branche, elle fait valoir ce qui suit :

« **EN CE QUE** la partie adverse motive sa décision de refus de demande de régularisation de séjour du requérant de la façon suivante :

[...]

ALORS QUE l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 stipule expressément que : « *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...* »

L'erreur manifeste d'appréciation, la violation des articles 9 ter § 1 et 62 de la loi du 15 décembre sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), du principe général de précaution, du principe général de droit « Audi alteram partem (sic) » et du devoir de minutie, et des formes substantielles (sic) de la procédure instituée par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 198 (sic), de l'article 2 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, et de l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

Que dans son rapport du 15 novembre 2013, le médecin conseil avance que : « *Un suivi dans un centre de transplantation est nécessaire. (...) Tous les médicaments sont disponibles et remboursés au Maroc à l'exception de l'esomeprazole qui peut être remplacé par l'omeprazole son proche dérivé. Tous ces médicaments sont remboursés. (...) La greffe rénale est possible au Maroc où il existe donc des centres spécialisés pour effectuer le suivi voulu. (...) Si nécessaire en cas de rejet, des services d'hémodialyse sont disponibles, comme au CHU de Marrakech. Le CHU de Marrakech dispose d'un service d'urologie qui comme nous l'avons vu avant effectuée des greffes rénales. Mais bien d'autres centres sont disponibles » ;*

1§- Qu'il convient avant toute chose de souligner que la partie adverse ne conteste pas, dans la décision attaquée, la réalité et la gravité de la pathologie qui affecte le requérant ;

Qu'il invoque que les soins sont disponibles et accessibles dans le pays d'origine du requérant, grâce au RAMED (régime d'assistance médicale) ;

Que cette information est totalement erronée et ne reflète nullement la réalité et qu'il ressort de divers rapports que cette conclusion n'est pas exacte ;

Qu'en l'espèce, le traitement n'est pas accessible au requérant ;

1. Qu'en effet, le RAMED (Régime d'assistance médicale aux économiquement démunis) relèverait en pratique de nombreuses lacunes. (Voyez article du journal « L'économiste » en annexe) ;

Que selon un article sur le portail d'information « Au fait », « Trois ans après le lancement du RAMED, ceux-là mêmes qui attendaient impatiemment sa généralisation, montrent des signes de scepticisme. En effet, des acteurs associatifs élèvent la voix pour mettre en garde contre "toute forme de couverture médicale à double vitesse", suite à l'application de ce système à l'échelle nationale. (...) "Le bilan du lancement du RAMED dans la région de Tadla-Azilal devrait inciter à poser bon nombre de questions non seulement sur le rendement de ce dispositif, mais surtout sur la pertinence des mécanismes à mettre en place pour sa généralisation", (...) "Avant la généralisation du RAMED, de nombreux ajustements sont à faire. En outre, la date fixée par le ministère me laisse d'autant plus perplexe". (...) "il faudrait d'abord penser à résoudre de nombreuses inégalités liées notamment au manque d'infrastructures et de ressources humaines, sans parler des difficultés d'ordre pratique même dans les zones les mieux loties". (...) le Royaume ne dispose actuellement que de 26.000 infirmiers pour une population estimée à 32 millions et prévoit par contre des retraités en nette augmentation depuis 2010» ;

Que les chances pour l'intéressé de bénéficier de ce régime actuellement sont donc très minces. Selon le rapport du cabinet d'études [E.], « fin janvier 2010, le nombre de cartes émises dans la région était de 32.800 pour 109.000 bénéficiaires sur les 420.000 estimés ». (voyez l'article « Ramed, un an après : Le grand flop de la phase pilote ») ;

Que selon le rapport de la Commission Européenne du 25 mai 2011, « Le Maroc a continué, avec un accompagnement important de l'UE, qui a lancé fin 2009 un programme d'appui de EUR 86 millions la réforme du secteur de la santé. Malgré certaines avancées, les indicateurs sur la santé demeurent défavorables (mortalité infantile et maternelle notamment). Le budget du secteur de la santé a certes été augmenté en 2010, mais les moyens restent insuffisants. Le Maroc a poursuivi la généralisation progressive de la couverture médicale à l'ensemble de la population. La phase pilote du programme de couverture médicale pour les plus démunis (sic) (RAMED, pour lequel l'UE fournit depuis 2007 un appui spécifique de EUR 40 millions) a enfin été lancée. En décembre 2010, les ministères de la santé, de l'intérieur et de l'économie et des finances ont décidé d'étendre progressivement le RAMED à l'ensemble des régions du pays en 2011 » ;

Qu'il ressort d'un article récent de février 2012 que « Aujourd'hui ? En réalité c'est le flou total. Quand le RAMED démarrera-t-il officiellement et y aura-t-il une communication envers les concernés à ce sujet ? Nous n'avons pas pu joindre la direction de l'Anam pour avoir des précisions, mais le dossier urge, Aujourd'hui, ce sont 8,5 millions de personnes qui ont besoin d'accès aux soins, gratuits ou à très faible coût, payant jusqu'à 600 DH par famille et par an » ;

Que la faible probabilité que l'intéressée bénéficie de ce régime en pratique nous amène à affirmer que celui-ci sera mieux soigné en Belgique, où un traitement est déjà en cours ;

Que si toutefois le RAMED était accessible à l'intéressé, s'il est vrai que les consultations sont couvertes par le système du RAMED, les **médicaments** (hormis ceux utilisés lors d'hospitalisations) ne sont eux **pas pris en charge** par ce système ;

Qu'en toutes hypothèses, l'intéressé ne pourra bénéficier que des consultations – s'il arrive à obtenir un rendez-vous - et non des médicaments, non couverts par le RAMED ;

Qu'un article récent du 24 janvier 2014 « [L.] veut sauver le RAMED » dresse un constat éloquent : « A côtoyer les bénéficiaires du Ramed, ils ne peuvent s'empêcher de parler des **entraves** à ce régime. Le ministre de la santé, [L.], a, à son tour, **reconnu ces «dysfonctionnements»** mercredi à Rabat à l'issue

des conseils d'administration de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) et du Régime d'assistance médicale (RAMED).

Des troubles occasionnés par **le manque de moyens matériels et financiers**. Selon une étude actuarielle mise à jour en 2013, la consommation annuelle moyenne est d'environ 650 DH/personne bénéficiaire du Ramed, soit une augmentation de 90% par rapport à 2006 (343 DH/personne).

De plus, les dépenses du Ramed, dont bénéficient 6 millions de personnes, ont atteint, à fin février 2013, 1,065 milliard de dirhams, dont 31% pour prendre en charge les affections de longue durée et des affections longues et coûteuses. (...)

Outre le manque de moyens, le Ramed connaît **une insuffisance dans la gouvernance**, puisque le financement, la gestion et le contrôle ne sont pas confiés à une seule entité.» (Voyez en annexe) ;

2. Que votre Conseil se doit de vérifier si le médecin conseil a correctement examiné la question et s'il a « instruit à charge et à décharge », par analogie au principe imposé au juge d'instruction en droit pénal ; Que force est de constater qu'après une recherche approfondie (sic), cet examen n'a nullement été opéré adéquatement ;

Qu'en effet, le Professeur [R.], chef de service de Néphrologie, hémodialyse et transplantation au CHU Ibn Rochd de Casablanca, au Maroc, agréé par le ministère de la Santé, certifie, dans une attestation du 28 février 2014 qu' « **à l'état actuel du régime RAMED, le traitement immunosuppresseur post greffe n'est pas assuré par ce régime** » ;

3. Qu'en tant que Conseil du requérant, il est difficile de se prononcer sur les éléments médicaux présents dans le rapport du médecin conseil ;

Que dès lors, suite au rapport du médecin conseil et à la décision négative, le Dr. [M.], spécialiste en néphrologie à l'hôpital Erasme a tenu lui-même à réagir dans un rapport du 21 février 2014 :

« [le requérant], greffé (sic) rénal le 19.02.1012 doit, nous le pensions toute l'équipe de transplantation rénale de l'Hôpital Erasme, doit impérativement rester en Belgique pour le suivi de la greffe.

D'énormes efforts médicaux ont été consentis pour lui proposer un traitement (sic) qui lui permet enfin d'avoir une espérance de vie correcte.

Son retour au Maroc compromettrait totalement l'avenir médical de ce patient et pourrait avoir des conséquences désastreuses. Un problème majeur est l'accès au traitement immunosuppresseur. Il sera quasi impossible pour [le requérant] d'avoir accès à ce traitement anti-rejet entre autres en raison du coût exorbitant de ces traitements (CELLCEPT et PROGRAFT) car le patient n'aura pas droit au remboursement. Il devra rester six mois minimum sans médicament anti-rejet et sans ce traitement, le patient devra retourner en dialyse. Là également, le problème au Maroc réside en l'accès aux centres de dialyses. Certes, ils sont nombreux. Mais sans beaucoup d'argent, la qualité du traitement est aléatoire.

Exiger le départ de ce patient pour lequel beaucoup d'efforts ont été consentis reviendrait à condamner ce jeune Monsieur : échec quasi certain de la greffe et accès aléatoire au traitement par dialyse qui de toute façon est un traitement de second choix pour une personne jeune. C'est pour cela que nous demandons que le patient puisse poursuivre son traitement et son suivi de greffe rénale en Belgique et à l'Hôpital Erasme » ;

Que le **revenu moyen marocain s'élève à 5300 dirhams** (Voyez article en annexe : <http://www.infomaroc.net/economie/23527-le-revenu-mensuel-moyen-par-menage-marocain-seleve-a-pres-de-5300-dirhams-hcp.html>) ;

Que le médecin de l'intéressé affirme que le traitement anti-rejet est indispensable à la survie de la greffe de l'intéressé ;

Qu'il ressort du site référencé par le médecin conseil (assurancemaladie.ma) que les prix des médicaments dont nécessite l'intéressé sont les suivants (veuillez trouver une copie de chaque recherche en annexe) :

PROGRAFT : 3610 Dirhams, remboursable ;

CELLCEPT : 1420,10 Dirhams, remboursable ;

MEDROL : 65,70 Dirhams, remboursable ;

D cure : ?

ASAFLOW : 23,80 Dirhams, non remboursable ;

NEXIAM : 212,20 Dirhams, non remboursable ;

STILNOX : 71,50 Dirhams, remboursable ;

XANAX : 40,60 Dirhams, remboursable ;
CALCIUM : 36,05 Dirhams, remboursable ;
LIPITOR : 121 Dirhams, remboursable ;
MIRCERA : 2205 Dirhams, non remboursable ;
ZANIDIP : 76,50 Dirhams, remboursable ;

TOTAL : **7.772,45 D.**;

Que l'on constate tout d'abord que, contrairement à ce qu'a avancé le médecin conseil dans son rapport, tous les médicaments ne sont pas remboursables ;

Que, à considérer qu'il le seraient, le requérant produit aujourd'hui un rapport émanant d'un professeur marocain, spécialiste de la pathologie du requérant, qui affirme que « **en l'état actuel du Régime RAMED, le traitement immunosuppresseur post greffe n'est pas assuré par ce régime** » ;

Que le requérant est en **incapacité de travail à raison de 33%** (voyez attestation délivrée par le SPF sécurité sociale ;

Que dès lors, le requérant ne pourrait jamais assumer financièrement son traitement médical, quand bien même il trouverait du travail ;

Que les deux parents du requérant sont décédés et qu'il est lui-même (sic) indigent au Maroc (voyez preuves en annexe) ;

Que retourner au Maroc le contraindrait à se trouver plusieurs mois au moins sans traitement, le temps d'éventuellement trouver un travail (ce qui ne couvrirait de toute manière pas ses frais médicaux) ;

Que pour rappel, le médecin du requérant a tiré la sonnette d'alarme à cet égard :

« **Il sera quasi impossible pour [le requérant] d'avoir accès à ce traitement anti-rejet** entre autres en raison du coût exorbitant de ces traitements (CELLCEPT et PROGRAFT) car le patient n'aura pas droit au remboursement. **Il devra rester six mois minimum sans médicament anti-rejet et sans ce traitement, le patient devra retourner en dialyse** » ;

Qu'il est contraire à la dignité humaine de considérer que le requérant pourrait se contenter de dialyses alors qu'il a pu bénéficier d'une greffe en Belgique et que son espérance de vie est nettement meilleure de la sorte ;

Que le traitement anti-rejet est donc indispensable et n'est pas effectivement couvert par le RAMED en l'état actuel ;

Que de plus, indépendamment du fait que ce traitement post greffe n'est pas assuré par le RAMED, la greffe ayant eu lieu en Belgique, il y a de grandes probabilités que le RAMED n'accepte pas de couvrir le traitement ;

Que dès lors la partie adverse a opéré une erreur manifeste d'appréciation ;

De plus, un traitement est déjà en cours en Belgique et permet à l'intéressée de mener une vie conforme à la dignité humaine ;

2. Que par ailleurs, l'examen du médecin conseil n'a nullement été individualisé au requérant, se contentant de citer des sites internet ;

Que Madame HIERNAUX cite la jurisprudence de votre Conseil à cette égard :

« Le CCE a eu l'occasion de préciser la nature de cet examen notamment dans le cadre d'une demande de séjour introduite par des demandeurs d'asile qui faisait l'objet d'une décision de renvoi en application du Règlement de Dublin : « Le conseil relève que l'acte attaqué énumère une série d'informations et de considérations qui, pour exhaustives et précises qu'elles soient, se limitent à une description factuelle des médicaments, des infrastructures médicales disponibles en Pologne pour traiter la pathologie dont souffre le premier requérant, et à la mention générale de l'existence d'un système de sécurité sociale comportant, dans certains cas non précisés, des soins gratuits » (CCE, 19 octobre 2010, n° 49.781). Le CCE annule la décision, dans la mesure où l'administration n'a pas examiné si, compte tenu de sa situation individuelle particulière, le demandeur aura un accès suffisant aux soins dispensés par le

système de santé polonais » (MARIE-BELLE HIERNAUX, « **La régularisation médicale : aperçu de la jurisprudence récente du Conseil du Contentieux es Etrangers** », in RDE 2012, n°68, p. 226) ;

Qu'encore, « Les informations sur lesquelles se base l'administration pour apprécier si les soins sont accessibles et disponibles dans le pays d'origine ne peuvent se limiter à des informations générales. Elles doivent être circonstanciées et adéquates par rapport à la situation particulière.

Des sites internet qui n'offrent qu'une information très générale ne seront en principe pas suffisants pour attester la disponibilité et l'accessibilité des soins.

(...)

Des informations générales seront d'autant moins (sic) suffisantes que l'information jointe au dossier par l'étranger sera précise et circonstanciée. En effet, l'administration a l'obligation de répondre à la demande de l'étranger, et de tenir compte de toutes les informations qui lui ont été communiquées (...)

L'administration doit également tenir compte de la situation individuelle et particulière du demandeur, dans l'examen de son accès aux soins. Cette situation particulière peut être tout élément invoqué par le demandeur. Ainsi « Les éléments particuliers dont le requérant avait fait état dans sa demande, relatifs notamment à la nécessité de pouvoir bénéficier d'un service d'urgence médico-psychiatrique et d'un hôpital psychiatrique à proximité avec service fermé, aux obstacles non financiers à l'accès aux soins nécessaires à sa pathologie, à savoir des obstacles structurels liés au manque de ressources médicales en termes de quantité et de qualité (CCE, 31 mai 2012, n°82175) (Marie-Belle Hiernaux, « **La régularisation médicale : aperçu de la jurisprudence récente du Conseil du Contentieux es Etrangers** », in RDE 2012, n°68, pp. 225 à 228), ;

Que la partie adverse a manqué à son obligation de motivation en n'examinant pas de manière individualisée la disponibilité des soins et l'accessibilité des soins au requérant dans son pays d'origine ;
Que dès lors, le médecin conseil aurait dû être davantage diligent dans sa recherche ;

Que la partie adverse a opéré une erreur manifeste d'appréciation au regard de tous les éléments précédemment exposés et a manqué à son obligation de motivation ;

§2. Que le séjour de l'intéressé a été prorogé le 29 novembre 2012, soit près de onze mois après la greffe dont le requérant a bénéficié ;

Que les mêmes éléments médicaux ont été produits et qu'aucun changement ne s'est produit depuis le 29 novembre 2012 ;

Qu'il est donc assez étrange que la partie adverse retire soudainement le droit de séjour du requérant ;
Que l'avis du médecin du requérant va totalement à l'encontre de l'avis du médecin conseil de l'Office des Etrangers ;

Qu'à cet égard, dans un arrêt n° 93 203 du 10 décembre 2012, votre Juridiction a pu considérer que :

4.2. En l'espèce, le Conseil observe ainsi que rappelé en termes de requête, dans leur demande d'autorisation de séjour, les parties requérantes alléguaient qu'un retour dans leur pays d'origine aggraverait la pathologie de leur enfant. Ainsi, elles faisaient valoir à cet égard, certificat médical à l'appui (voir le « certificat médical circonstancié établi le 14 octobre 2011 par le Dr [S.D.], pédiatre), que leur enfant risquait : « une augmentation des crises en fréquence et en intensité en cas de retour ay [sic] Congo, ainsi qu'à [sic] un risque de difficultés transfusionnelles si cela s'avère nécessaire » et que « [...] tout retour dans le pays entraînerait, dès lors, inéluctablement une aggravation sérieuse de l'état de santé de l'enfant des intéressés ».

Dès lors, le Conseil ne peut que constater qu'il ressort tant de la demande d'autorisation de séjour des parties requérantes que des certificats médicaux y annexés, dont la partie défenderesse disposait au moment de la prise de la décision attaquée, que les parties requérantes faisaient valoir une corrélation entre l'état de santé de leur enfant et un retour dans son pays d'origine, à savoir notamment une possibilité d'aggravation de son état, argument qui n'est aucunement rencontré par la décision entreprise, qui se limite à faire état de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical requis au pays d'origine.

Le Conseil rappelle, à cet égard, que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'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.

Dès lors, en prenant la décision attaquée, sans rencontrer cet élément figurant dans la demande d'autorisation de séjour, la partie défenderesse n'a pas suffisamment et valablement motivé sa décision.

*Que les mêmes principes devraient trouver à s'appliquer par analogie au cas d'espèce, les nombreux certificats présents au dossier administratif faisant état d'un **risque motivé d'aggravation de la maladie en cas de retour dans le pays d'origine** ;*

§3. Qu'il convient également de relever qu'à aucun moment de la procédure, le requérant n'a été examiné par le médecin-conseil de [la partie défenderesse] et que ce dernier n'est par ailleurs jamais entré en contact avec le médecin-traitant de l'intéressé – pourtant spécialiste de la pathologie- pour obtenir un avis médical concernant l'aggravation de sa maladie en cas de retour au pays d'origine ;

*Que, dès lors qu'il s'agit d'un **retrait de séjour**, le médecin de [la partie défenderesse] doit se montrer davantage diligent à cet égard, à partir du moment où un suivi en Belgique est fondamental ;*

Qu'il incombait, à tout le moins, au médecin-conseil de [la partie défenderesse] -lequel est apparemment médecin généraliste- de prendre contact avec le médecin-traitant du requérant afin d'obtenir davantage d'informations sur l'état de santé de l'intéressé ou, à tout le moins, d'adresser à l'intéressé et/ou à son conseil, une demande de complément d'informations sur l'évolution de la pathologie de l'intéressé et les risques pour sa santé en cas de retour au Maroc ;

Que cette attitude aurait été conforme au devoir de minutie, au principe général de bonne administration qui incombe à l'administration et ce, d'autant qu'il lui appartient de déterminer si un retour du requérant dans son pays d'origine constituerait une atteinte à l'article 3 CEDH ;

Que pour cette raison, en l'absence d'expertise en la matière, il incombait à la partie adverse, soit de convoquer l'intéressé en vue d'un nouvel examen médical récent, soit de prendre contact avec le spécialiste suivant l'intéressé pour connaître l'évolution de la pathologie, soit encore de solliciter un complément d'informations auprès du requérant ou de son conseil ;

Qu'à cet égard, le Conseil d'Etat a déjà jugé que «Lorsque le médecin de l'administration s'écarte des conclusions de ses confrères, il doit en indiquer les raisons (voyez en ce sens CE, n°67.391 du 3 juillet 1997 : en l'espèce, l'avis du médecin de [la partie défenderesse] se limitait à un avis indiquant que la requérante pouvait voyager et recevoir des soins médicaux dans son pays d'origine, à un questionnaire complété par « oui » ou « non » et à un bref rapport d'examen alors que les attestations déposées par l'intéressée indiquaient au contraire qu'elle ne pouvait voyager et que sa vie était en danger » ;

Que le Conseil d'Etat accorde une importance précise au caractère précis et circonstancié des rapports médicaux figurant au dossier ainsi qu'à la circonstance que ceux-ci sont ou non établis par des spécialistes de l'affection ;

Qu'il a été jugé qu' « en présence de certificats médicaux circonstanciés rédigés par des médecins spécialistes qui émettent un avis défavorable à l'éloignement de l'intéressé, il convient que l'administration se fonde également sur des rapports tout aussi précis » (voyez en ce sens CE, n° 82.698 du 5 octobre 1999) ;

Qu'en présence d'avis divergents émanant de médecins spécialistes, le Conseil d'Etat tend à privilégier celui qui émane du plus pointu d'entre eux (voyez en ce sens CE 98.492 du 9 août 2001, « En présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement de la demanderesse, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en évaluation du dommage corporel, n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre l'intéressé » ;)

Qu'il convient, à cet égard, de se référer à une jurisprudence de votre Juridiction, laquelle a, par son arrêt n° 74.073 du 12 janvier 2012, considéré que :

« En l'espèce, sur la première branche du moyen unique, en ce que la partie requérante soutient que le médecin conseil de [la partie défenderesse] ne pouvait estimer que la pathologie n'était pas suffisamment identifiée, le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que **le certificat médical type du 24 novembre 2009 déposé à l'appui de la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la Loi relève que la requérante souffre d'une « hépatite B active ».** **Le Conseil se demande donc en quoi le médecin consulté aurait pu énoncer de façon plus précise la pathologie du requérant.**

A cet égard, le Conseil entend rappeler que si, conformément à l'article 9ter, § 1er, al. 2, de la Loi, il incombe à l'étranger de transmettre tous les renseignements utiles concernant sa maladie, il n'en demeure pas moins que ce même article dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, 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 » (soulignement opéré par le Conseil).

En l'espèce, force est de constater que le médecin fonctionnaire a rédigé son rapport sans avoir examiné la requérante et sans même l'avoir invité à lui fournir des renseignements complémentaires quant à l'évolution de sa pathologie. Or, il ressort des travaux préparatoire de la Loi que « Si l'état de santé de l'intéressé peut être clairement établi sur base de son dossier – par ex. des certificats médicaux indiquant qu'il est un patient en phase terminale de cancer – il serait tout à fait déplacé d'encore soumettre celui-ci à des examens complémentaires. Dans ce cas, il est également superflu de recueillir l'avis complémentaire de spécialistes. Il n'est pas davantage nécessaire de soumettre l'intéressé à des examens ou de recueillir l'avis d'un spécialiste si son état de santé n'est pas clair, mais qu'il est établi que cet état n'est pas grave (par exemple le certificat médical mentionne que l'intéressé doit garder le lit pendant deux jours). **Dans le cas contraire, à savoir si le certificat mentionne que l'intéressé doit rester alité pendant une longue période, mais que son état de santé n'est pas précisément établi, un examen de l'intéressé sera indiqué ».**

Or, en l'espèce, il ressort du certificat médical type du 24 novembre 2009 que la proximité d'un hôpital est nécessaire au requérant et qu'il n'est pas encore possible d'établir s'il peut guérir. Dès lors, le Conseil estime que son état de santé est suffisamment grave pour justifier un examen par le médecin conseil de l'OE.

Dès lors, il appert, au regard de ce qui précède, que la partie défenderesse a pris la décision querellée, non pas en étant suffisamment informée de tous les éléments de la cause mais en présupposant qu'à défaut de renseignements actualisés de la part du requérant, qu'elle n'a pas tenté de contacter, aucun obstacle ne s'opposait à son retour au Togo.

Dès lors, le Conseil constate que la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que « le défaut d'identification claire de la maladie de l'intéressé ne permet pas de confirmer la nécessité d'un traitement ni d'évaluer sa possibilité et son accessibilité dans le pays d'origine ou le pays où séjourne le concerné ».

Que pour évaluer la possibilité, pour une personne atteinte d'une maladie grave, de retourner dans son pays d'origine, plusieurs critères doivent être pris en considération, à savoir la possibilité, pour le patient, de se déplacer, de voyager, de supporter un long voyage, l'existence du traitement approprié et de structures spécialisées dans le pays d'origine, la disponibilité du traitement et l'accessibilité de ce traitement au niveau de son coût, le coût d'éventuelles hospitalisations et opérations devant faire l'objet

d'une analyse précise, ce qui n'est nullement le cas en l'espèce, la décision ne limitant à des considérations générales de type : « pas de contre-indication médicale à voyager » ;

Que le conseil de céans a jugé, dans un arrêt n°74.073 du 27 janvier 2012, que « Il ressort des travaux préparatoires de la Loi que « Si l'état de santé de l'intéressé peut-être clairement établi sur base de son dossier (...), il serait tout à fait déplacé d'enore soumettre celui-ci à des examens complémentaires. (...) Il n'est pas davantage nécessaire de soumettre l'intéressé à des examens ou de recueillir l'avis d'un spécialiste si son état de santé n'est pas clair, mais qu'il est établi que cet état n'est pas grave (par exemple le certificat médical mentionne que l'intéressé doit rester alité pendant deux jours). Dans le cas contraire, à savoir si le certificat mentionne que l'intéressé doit rester alité pendant une longue période, mais que son état de santé de santé n'est pas précisément établi, un examen de l'intéressé sera indiqué».

Que considérer que les soins lui seraient accessibles au Maroc relève d'une erreur d'appréciation opérée par le médecin conseil, **démontrée in concreto** supra ;

Que dès lors, la partie adverse a opéré une erreur manifeste d'appréciation au regard de tous les éléments précédemment exposés ;

Que cette branche du moyen est dès lors fondée ».

3.3. Dans une deuxième branche, elle invoque que :

« Quant à l'atteinte aux articles 23 de la Constitution et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et de l'erreur manifeste d'appréciation

Qu'en outre, en alléguant que la maladie de l'intéressé n'est pas dans un état tel et qu'elle n'entraîne pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique et en notifiant un ordre de quitter le territoire, la partie adverse expose ce dernier à un risque de traitement inhumain et dégradant et se rend coupable d'une violation de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Que l'article 23 de la Constitution consacre le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine ;
Que, de même, l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme consacre l'interdiction de traitement inhumain ou dégradant ;

Que le droit au respect de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ne suppose pas que soit acquis au préalable le droit au séjour régulier sur le territoire et qu'il s'agit d'un droit dont le respect s'impose de manière absolue aux Etats contractants et bénéficie à toutes personnes se trouvant sous leur juridiction, indépendamment de sa nationalité ou de la régularité de sa situation administrative (CA Bxl, 4 juin 199, RG 1998/KR/ 531 Swalha/Etat Belge) ;

Qu'un traitement dégradant suppose un acte qui cause à l'intéressé « aux yeux d'autrui ou aux siens, une humiliation ou un avilissement atteignant un minimum de gravité » (arrêt Campbell et Cosans du 25 février 1982, série A, n°48, p.13) ;

Que le requérant serait ainsi soumis à un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme en cas de retour au Maroc en raison, d'une part, de l'aggravation de sa maladie voire de son décès, et, d'autre part, de l'indisponibilité ou, à tout le moins, de l'inaccessibilité du traitement requis par son état de santé au regard de sa situation financière et de celle de sa famille ;

Qu'imposer au requérant de retourner dans son pays d'origine constitue dès lors une atteinte à son droit à la dignité humaine tel que garanti par l'article 23 de la Constitution, ainsi qu'un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 CEDH ;

Qu'en effet, selon la Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, « le traitement inhumain ou dégradant ne doit pas toujours avoir pour origine un acte humain ou intentionnel émanant d'autorités étatiques ou de personnes privées mais peut également résulter de facteurs matériels indépendants de la responsabilité des autorités du pays d'origine, à savoir la situation sanitaire et socio-économique du pays de renvoi ne permettant pas d'y garantir les soins médicaux adéquats. »

Que cette jurisprudence a considéré « que toute expulsion d'un malade pour lequel un diagnostic vital est émis constitue un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention » (voir D.B « Chronique de Jurisprudence : Droit des Etrangers – Droits fondamentaux de la personne », R.D.E, 1999, p.155 et ss.) ;

Que la Cour européenne de Strasbourg a ainsi eu l'occasion de considérer - à l'occasion de deux affaires dans lesquelles des étrangers soutenaient qu'un retour dans leur pays d'origine serait, compte tenu de leur état de santé, constitutif d'un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3- qu'il convenait d'examiner la disponibilité et l'accessibilité des soins à l'étranger, aux termes d'un examen rigoureux de toutes les circonstances en cause et « notamment la situation personne du requérant dans l'Etat qui expulse » ;

Que la Cour a ainsi considéré qu'il échet de procéder à **une évaluation générale** de l'état de santé de la personne plutôt que d'accorder une importance déterminante au diagnostic en soi (Voyez Cour.eur.D.H, arrêt D. c/ RU du 2 mai 1997) ;

Qu'il a ainsi été jugé « qu'il appartient à l'autorité saisie d'une demande d'autorisation de séjour (...) pour motif médical (...) d'apprécier les circonstances de l'espèce au regard de la situation sanitaire et sociale du pays de destination mais aussi **au regard des conséquences de la mesure d'éloignement sur la santé de l'intéressé** » ;(Voyez CE, n°82.698 du 5 octobre 1998) ;

Qu'il importe, à cet égard, d'insister sur le fait qu' « il incombe à l'administration de rencontrer « de manière adéquate et satisfaisante », les **aspects particuliers** de la situation de l'étranger malade. Le degré de cette exigence est plus élevé lorsque l'état de santé de l'étranger a été évalué par un médecin **spécialiste**. (voyez CE n°73.013 du 7 avril 1998) Il incombe à l'autorité de procéder à un examen « approfondi » de la situation du malade, le cas échéant en s'entourant de l'avis d'un expert. L'avis rendu par le médecin désigné par la partie adverse doit aborder les particularités du cas du malade qu'il a la charge d'examiner.(CE, n°66.703 du 10 juin 1997). Lorsque le médecin de l'administration s'écarte des conclusions de ses confrères, **il doit en indiquer les raisons** (CE, n°67.391 du 3 juillet 1997) » (L.LEJEUNE ET F.MATHY, La Jurisprudence du Conseil d'Etat au contentieux médical des étrangers », R.D.E,2002, n°119, p.396)

Qu'en s'abstenant d'examiner la demande du requérant à la lumière des éléments fondamentaux avancés par son médecin, la partie adverse expose ce dernier à un risque de traitement inhumain et dégradant et se rend coupable d'une violation de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi que d'une atteinte au droit subjectif de l'intéressé à la santé, garanti par l'article 23 de la Constitution ;

Que, partant, ce moyen est fondé ».

4. Discussion

4.1. Sur la première branche du moyen unique, le Conseil rappelle que tout acte administratif doit reposer sur des motifs exacts, pertinents et admissibles en droit qui doivent ressortir du dossier administratif et que le but de la motivation formelle des actes administratifs est de permettre aux intéressés d'exercer en toute connaissance de cause les recours que la loi met à leur disposition, ainsi qu'à la juridiction qui doit en connaître d'exercer son contrôle à ce sujet.

4.2. En l'espèce, le Conseil observe que la partie défenderesse, dans la décision attaquée, se fonde sur l'avis médical de son médecin-conseil établi le 25 novembre 2013 pour refuser au requérant la prorogation de son autorisation de séjour obtenue sur la base de l'article 9ter de la loi précitée en considérant que « le médecin de l'OE indique que la pathologie qui (sic) a justifié l'octroi du séjour temporaire a été traitée et que le suivi qui reste nécessaire est disponible et accessible au Maroc » et par conséquent que « les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (...) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire ».

Le Conseil relève, à la lecture du rapport médical précité, que le médecin-conseil a conclu à l'accessibilité des soins nécessaires au traitement de la pathologie du requérant au Maroc en raison, d'une part, de ce que « le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale [Le Centre des Liaisons européennes et Internationales de Sécurité Sociale, Le régime marocain de sécurité sociale, www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html], ['] informe que le régime marocain de protection sociale

couvre aussi bien les salariés des secteurs publics et privés et assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et sert les prestations familiales » et d'autre part, de ce que « le régime marocain comprend 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 ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie obligatoire. Le Ramed a fait l'objet d'un projet pilote novembre (sic) 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadla-Azilal, où il a été testé pendant 2 ans ». Il précise à ce sujet qu' « [e]n 2011, le régime a été étendu progressivement à tout le Maroc afin de disposer du temps nécessaire pour mettre en place les moyens, notamment les comités responsables de l'organisation du Ramed et la formation du personnel [Maroc-biz, Le Ramed sera généralisé à partir de janvier 2011, www.maroc-biz.com/data_5/even_detail.php?id-409]. Depuis le 13 mars 2012, le Ramed est désormais étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble des territoires du Royaume du Maroc [Agence Nationale de l'Assurance Maladie, www.assurancemaladie.ma/anam.php] ».

Or, force est de constater que le dossier administratif ne contient aucun document permettant d'appuyer la motivation de l'avis médical relative aux renseignements qui émaneraient du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, ou à l'existence et au fonctionnement du régime d'assistance médicale appelé « RAMED ».

Dès lors, la partie défenderesse, en faisant siennes les conclusions de son médecin-conseil, ne permet pas au Conseil d'exercer son contrôle de légalité quant à cet aspect de la décision attaquée.

4.3. Au vu de ce qui précède, la première branche du moyen unique doit, dans les limites décrites ci-dessus, être considérée comme fondée et suffit à justifier l'annulation des actes attaqués.

4.4. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen unique qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

5. Débats succincts

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

5.2. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, 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^{er}

La décision de refus de prorogation de l'autorisation de séjour obtenue sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, prise le 17 décembre 2013, ainsi que l'ordre de quitter le territoire consécutif, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-trois septembre deux mille quatorze par :
Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,
M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY
