



Arrêt

n° 166 379 du 25 avril 2015
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la
Simplification administrative**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 novembre 2015, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 29 juillet 2015.

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 17 décembre 2015 convoquant les parties à l'audience du 25 janvier 2016.

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

Entendu, en leurs observations, Me K. MELIS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me D. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 22 juin 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter 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). Cette demande, qui a été déclarée recevable, le 8 juillet 2009, a fait l'objet de nombreuses actualisations.

1.2. Le 14 décembre 2009, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été rejetée, le 4 mai 2011, décision qui lui a été notifiée, le 6 mai 2011. L'intéressé n'a pas introduit de recours à l'encontre de cette décision.

1.3. Le 30 janvier 2013, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.1. non fondée, et a pris un ordre de quitter le territoire à l'égard du requérant. Ces décisions lui ont été notifiées, le 22 avril 2013.

1.4. Le 25 mai 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée et maintien en vue d'éloignement, à l'égard du requérant, décisions qui lui ont été notifiées, le même jour.

Par un arrêt n° 103 728, rendu le 29 mai 2013, le Conseil de céans a ordonné la suspension de l'exécution de ces décisions.

1.5. Par un arrêt n° 109 644, rendu le 12 septembre 2013, le Conseil de céans a annulé les décisions visées au point 1.3.

1.6. Le 29 juillet 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.1., recevable mais non fondée, et a pris un ordre de quitter le territoire à l'égard du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées, le 14 octobre 2015, constituent les premier et second actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour :

« 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.

Monsieur [B.F.], de nationalité Maroc, 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 27.07.2015, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que 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 pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine et sont accessibles. Et 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.

L'avis du médecin de l'Office des Etrangers est joint à la présente décision, les informations du pays d'origine se trouvent dans le dossier du requérant auprès de notre administration.

Dès lors,

- 1) 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 pour sa vie ou son intégrité physique ou*
- 2) 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.*

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

[...] ».

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

« 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. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Examen du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend, notamment, un premier moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 2, f), 4 et 15 de la directive 2011/95/UE du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection, et « *des principes de bonne administration, notamment l'obligation de gestion consciencieuse* », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

A l'appui d'une première branche, elle fait notamment valoir que « L'avis du médecin conseil de la partie adverse, sur lequel celle-ci se fonde pour considérer la demande de séjour pour raisons médicales du requérant non fondée, comme une erreur manifeste d'appréciation et viole tant son obligation de motivation l'article 9ter de la loi di 15.12.1980 en concluant à la disponibilité et l'accessibilité des soins au Maroc pour le requérant. En effet, toute l'analyse du médecin-conseil part du postulat erroné que le requérant pourrait travailler en cas de retour au Maroc. Or, toute personne raisonnablement prudente et diligente peut constater à l'analyse du dossier que le requérant, dont l'état de santé est extrêmement grave, n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative. Outre les nombreuses hospitalisations de plusieurs semaines (et souvent plusieurs mois) rendues régulièrement nécessaire par son état, et outre les différents certificats repris dans l'historique médical faisant état d'incapacité de travail ou de toute activité, la lecture des derniers rapports détaillés du Dr. [M.] est révélatrice à cet égard [...] Sa totale déconnection avec le monde social, son isolement et attitude d'écoute face aux voix qui le submergent ressortent également d'autres attestations médicales du dossier et par exemple le rapport de la clinique Sanatia du 06.09.2013. Il est manifestement déraisonnable, face à ces éléments, de conclure comme le fait le médecin de la partie adverse que rien dans le requérant « *en âge de travailler* » ne « *prouve qu'il serait exclu du marché de l'emploi* » ».

La partie requérante soutient en outre que « sans possibilité de travailler, le requérant n'aura pas accès à l'assurance maladie obligatoire (« AMO »), seule assurance lui permettant d'avoir accès à la couverture des médicaments remboursables et aux consultations médicales hors « circuit public ». En effet, une analyse approfondie du site internet www.assurancemaladie.ma, cité par le médecin-conseil lui-même, et de la législation marocaine en la matière permet de constater que le régime d'assistance médicale « RAMED », ouvert aux démunis non éligibles pour l'« AMO », ne couvre que les médicaments et produits pharmaceutiques administrés pendant les soins et ceci uniquement pour les soins pratiqués dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat. *A contrario*, le régime « AMO » vise bien les médicaments admis au remboursement et ceci aussi bien pour les prestations dispensées à titre ambulatoire que dans le cadre de l'hospitalisation (sans limitation au « circuit public ») » et, renvoyant quant à ce à l'extrait d'un article publié sur Internet, ainsi qu'à un arrêt du Conseil de céans, elle conclut qu'« Il découle de l'ensemble de ces éléments que le requérant verrait nécessairement son traitement interrompu en cas de retour au Maroc, n'ayant aucune ressource lui permettant de d'accéder traitement médicamenteux indispensable en raison de son état de santé et ne pouvant pas être couvert par l'« AMO », seule manière d'avoir une couverture médicale médicamenteuse. [...] ».

2.2.1. Sur ces aspects du premier moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « *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 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. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. 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 ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 9ter 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également 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 celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la 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 qu'il est appelé à exercer en présence d'un recours semblable à celui de l'espèce, s'il lui incombe de vérifier si l'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 (cfr. dans le même sens, RvSt., n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005), il n'est, en revanche, pas compétent pour substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente.

2.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le requérant a produit de nombreuses pièces médicales dont il ressort qu'il est atteint de schizophrénie paranoïde, pour laquelle il suit un traitement médicamenteux et bénéficie d'un suivi psychiatrique. Il apparaît en outre, au vu des diverses attestations produites, que le requérant a été hospitalisé à de nombreuses reprises. Enfin, dans un complément à cette demande transmis à la partie défenderesse par télécopie du 27 décembre 2010, le requérant a invoqué un accès problématique aux soins, faisant valoir à cet égard que « Selon la « fiche pays sur le Maroc », élaborée dans le cadre du projet « Country of Return Information » (CDI), le système de santé marocain souffre d'un manque de moyens [...]. [...] on constate [...] trop de difficultés financières pour les plus pauvres qui ont beso[i]n de soins médicaux ».

Il observe également que, dans un rapport daté du 6 janvier 2015, adressé au conseil du requérant quant à son état de santé, le psychiatre assurant le suivi psychiatrique ambulatoire a exposé que : « [Le requérant] présente, comme vous le savez courriers précédents, un tableau de schizophrénie paranoïde particulièrement sévère, ce qui motive régulièrement des hospitalisations régulières à [...], avec un taux de rechutes élevé. Son récent parcours est émaillé par une recrudescence des hallucinations auditives, où il entend des voix qui lui parlent, notamment à travers des douches. Elles sont injurieuses, calomniantes, et lui somment par moments de se suicider en se jetant sur les rails du métro. Malgré la prise régulière des médicaments, il est donc nécessaire de faire hospitaliser le patient sous peine de le voir sombrer dans un versant déficitaire et particulièrement angoissant pour lui.

Il a été récemment hospitalisé à la Clinique [...], sous mes soins, du 2 Janvier 2015, où il est entré en urgence, au 6 Janvier 2015. J'estime qu'un cadre adapté au niveau des médicaments s'impose dans ces conditions, car il permet d'apaiser cette anxiété intérieure qu'il qualifie d'effroyable. Il faut également en parallèle assurer un minimum d'accompagnement au niveau d'une contenance institutionnelle : il est illusoire d'imaginer qu'il soit apte à prendre ses comprimés, bien dormir, manger, et se déposer au niveau psychique, s'il reste isolé chez lui. Dans ce sens, l'hôpital lui permet de se sentir dans un endroit sûr, où les voix ne peuvent pas l'atteindre, et où le personnel qualifié peut travailler l'aspect comportemental de son quotidien.

Pour rappel, la maladie mentale dans laquelle se trouve ce patient est particulièrement sévère, mais répond cependant de façon favorable lorsque les points suivants sont réunis :

- Le patient doit voir son psychiatre traitant au moins toutes les trois semaines, pour un réajustement médicamenteux, et pour assurer un suivi minimal du bien-être mental et du quotidien. Son projet de réinsertion dans la société en dépend.
- Il doit pouvoir bénéficier d'une hospitalisation en unité de psychiatrie, en urgence, d[è]s que des signes de décompensation psychotiques commencent à apparaître. De tels séjours ne doivent pas forcément être trop longs. Quelques jours peuvent suffire pour apaiser les tensions hallucinatoires et délirantes.
- Il doit avoir accès aux médicaments neuroleptiques de deuxième génération, pratiquement uniquement disponibles dans les pays développés. Des médicaments moins chers et plus vieux» comme ceux qui sont disponibles dans son pays d'origine, entraînent des effets indésirables moteurs irréversibles, ont une toxicité nerveuse et cardiaque non négligeable et sont dénués des effets sérotoninergiques qui empêchent l'effet camisolant du blocage dopaminergique pur.

Si [le requérant] ne réunit pas ses critères, nous risquons les conséquences suivantes :

- Décompensations psychotiques aiguës, avec désinsertion sociale majeure» incurie» marginalisation) clochardisation, Quand il est sujet à ces hallucinations, il n'ose plus prendre sa douche pendant plusieurs semaines, ne trouve aucune autre option que de tourner en rond en rue ; il se serait récemment fait - aux dires d'un ami - voler et injurier par les riverains du quartier, qui le considèrent comme une proie facile.
- Risque pour le bien-être somatique (laisser-aller dans les soins médicaux de base). Ainsi, à son entrée à [la clinique], il présentait des plaies au niveau du pied en voie d'infection, survenues lors des efforts de marche effectués pour fuir les voix qui tentaient de le capturer.
- Anxiété majeure, angoisse interne, stupeur, risque suicidaire maximal sous les injonctions des voix.

[Le requérant] a néanmoins la capacité d'appeler à l'aide quand la situation se détériore massivement, il arrive à me joindre, à prendre les transports en commun, ce qui représente un véritable effort pour lui. Il arrive tant bien que mal à se débrouiller pour obtenir comme il le peut les réquisitoires d'aides médicales urgentes au niveau du CPAS, et il reste très compilant au niveau médicamenteux. C'est la raison pour laquelle je reste persuadé qu'une issue favorable à son dossier légal sera une porte ouverte à une meilleure situation mentale et psychique ».

Par ailleurs, un rapport daté du 12 mai 2015, également adressé au conseil du requérant, par le psychiatre susmentionné, porte les mentions suivantes :

« Le requérant] a récemment été hospitalisé à la Clinique [...], où j'ai assuré son suivi, suite à une nouvelle décompensation de son état psychotique, avec recrudescence des hallucinations auditives, anxiété intérieure notable, et id[é]es sombres concr[è]tes Il s'est lui-même présenté au CPAS de Saint-Josse le 23 5 15 déstructuré, où une ambulance a dû être appelée. Il a été pris en charge aux Urgences [...], et le lendemain, a pu être transféré dans nos installations.

Il a accepté de plein gr[é] une injection neuroleptique, avec net apaisement des id[é]es d[é]lirantes de poursuite et des événements hallucinatoires. Il a également suivi le cadre proposé au niveau des sorties protégées, uniquement accompagnées par un membre du personnel. Il a quitté l'hôpital le 5 5 15.

[...]

De ces derniers évènements, nous tirons les conclusions suivantes :

- Il est très difficile pour ce patient de s'adresser [à] d'autres personnes qu'à ses référents habituels. Pour ce qui me concerne, je fais pratiquement office du seul médiateur qu'il voit dans un contexte global. Des qu'il s'agit d'investir de nouveaux lieux de vie, ou de nouveaux intervenants, il sombre dans un mutisme et hermétisme caractéristique des états de prostration psychotiques
- Ce patient répond bien aux traitements par injection neuroleptique, ce qui le dédouane de devoir prendre des médicaments per os tous les jours Une telle façon de procéder ne peut bien entendu se faire que dans un système de santé qui puisse le permettre (le tarif plein de ses médicaments est exorbitant), et avec un réseau psychosocial organisé [...]

Sa maladie évolue par soubresauts, et les [é]pisodes de d[é]compensation sont de plus en plus angoissants pour lui, et se présentent sur un mode qui tend [à] le mettre en danger Cette fois-ci, il a raviv[é] des blessures au niveau des bras, sur l'injonction des voix qui le forcent [à] se faire du mal ».

2.2.3. Le Conseil observe en outre que l'acte attaqué repose sur les conclusions du fonctionnaire médecin, mentionnées dans l'avis daté du 27 juillet 2015, joint audit acte, lequel porte, s'agissant de l'accessibilité des soins requis par l'état de santé du requérant au Maroc, que :

« En ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé au Maroc, notons que le régime marocain de protection sociale couvre les salariés du secteur public et ceux du secteur privé contre les risques de maladie maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et il sert les prestations familiales. Depuis novembre 2002, l'assurance accident du travail-maladies professionnelles est devenue obligatoire pour tous. Les entreprises doivent souscrire une police d'assurances pour le compte de leurs employés auprès d'une Société d'Assurance et de Réassurances. Les salariés du régime public sont gérés par la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et ceux du régime privé par la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ([référence à un site Internet]).

L'amélioration et l'extension de la couverture médicale constituent un des piliers du développement humain et social prôné par le roi du Maroc. A cet effet, deux régimes de la couverture médicale de base ont été créés en 2002. Il s'agit de l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Le premier est 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. Le deuxième (RAMED) est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis ([référence à un site Internet]).

L'intéressé invoque également la situation au pays d'origine (Le Maroc), (la difficulté d'avoir des soins adéquats). Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitement en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir : CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y.Russie, § 9 ; CED.H 28 février 2008, Saadi/Itahe, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68).

Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

Enfin l'intéressé a l'âge de travailler, et rien dans son dossier ne prouve qu'il serait exclu du marché de l'emploi. Le requérant peut donc rentrer dans son pays d'origine, trouver du travail et financer ses soins médicaux. Vu également la durée relativement longue de sa vie dans pays d'origine avant de venir en Belgique, nous restons persuadés qu'il a tissé suffisamment des relations sociales capables de lui venir en aide en cas de nécessité ».

2.2.4. Toutefois, au vu des considérations qui précèdent dont il ressort, notamment, que l'état de santé du requérant est à ce point critique que celui-ci doit être régulièrement hospitalisé et qu'il est socialement marginalisé, le Conseil estime que le médecin fonctionnaire, qui au demeurant relève lui-même que « la fréquence des rechutes montre que le traitement en Belgique n'est pas un gage de la stabilisation définitive de la maladie », ne pouvait raisonnablement et valablement se limiter à considérer que « rien dans son dossier ne prouve qu'il serait exclu du marché de l'emploi », et en conclure qu'il « peut donc rentrer dans son pays d'origine, trouver du travail et financer ses soins médicaux », en telle sorte que le premier acte attaqué n'est pas adéquatement motivé, à cet égard.

En outre, si le médecin fonctionnaire a précisé que « L'amélioration et l'extension de la couverture médicale constituent un des piliers du développement humain et social prôné par le roi du Maroc. A cet effet, deux régimes de la couverture médicale de base ont été créés en 2002. Il s'agit de l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Le premier est 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. Le deuxième (RAMED) est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis ([référence à un site Internet]) », le Conseil ne peut qu'observer que le simple renvoi à l'existence du Régime d'Assistance Médicale au Maroc (ci-après : le RAMED), sans plus de précision quant à l'étendue de la couverture médicale offerte dans ce cadre, ne peut suffire à

considérer que les soins médicaux que nécessite l'état de santé du requérant sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé quant à ce.

S'agissant, par ailleurs de la référence faite par le médecin fonctionnaire à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, relative à la possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays, le Conseil précise qu'outre le fait que le requérant n'a pas fait état « *de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays* » mais bien d'un accès problématique aux soins requis au Maroc, la réponse donnée ne peut être considérée suffisante au regard de ce qui précède.

Enfin, l'affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle « *Vu également la durée relativement longue de sa vie dans pays d'origine avant de venir en Belgique, nous restons persuadés qu'il a tissé suffisamment des relations sociales capables de lui venir en aide en cas de nécessité* », outre qu'elle n'est étayée par aucun document probant versé au dossier administratif, s'apparente à une simple pétition de principe, laquelle ne peut être tenue pour établie.

Partant, force est de constater, au vu des observations qui précèdent, que contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut être raisonnablement considéré que le traitement médicamenteux et le suivi médical requis quant à la pathologie du requérant, sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que le premier acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne l'accessibilité des soins, au regard de sa situation individuelle.

2.2.5. L'argumentation développée par la partie défenderesse en termes de note d'observations, selon laquelle « Le médecin conseil s'est ensuite assuré de l'accessibilité effective au traitement adéquat. Il a relevé que le régime marocain de protection sociale couvre aussi bien les salariés des secteurs privés et publics. Pour ceux qui ne seraient pas couverts par l'assurance-maladie obligatoire, il existe le RAMED qui est un régime d'assurance médicale des économiquement démunis. Ce système vise la population démunie qui est constituée des personnes économiquement faibles et qui ne sont pas éligibles au régime de l'assurance-maladie. Il étend la couverture maladie à tous les citoyens du Royaume et permet ainsi la gratuité des soins. [...] Par ailleurs, il ne ressort pas du certificat médical déposé par la partie requérante qu'elle est dans l'impossibilité de travailler. Le grief manque en fait. Quoiqu'il en soit, la partie défenderesse entend rappeler que le système RAMED permettrait à la partie requérante de recevoir ses soins gratuitement et qu'elle ne devrait pas travailler pour couvrir ses besoins médicaux. C'est conformément au dossier administratif, et sur base des documents produits par la partie requérante elle-même à l'appui de sa demande, que le médecin conseil a constaté que rien ne permettait de remettre en cause la capacité de la partie requérante à travailler, et donc à financer éventuellement elle-même ses soins de santé. Dès lors que ce constat n'est pas utilement contredit par la partie requérante, il doit être considéré comme établi [...] », n'est pas de nature à énerver les constats qui précèdent.

Force est de constater, en effet, que les précisions y apportées relatives au système RAMED, outre le fait qu'elles ne renseignent nullement quant à l'étendue de la couverture offerte dans ce cadre, apparaissent, en tout état de cause, comme une motivation *a posteriori* à laquelle le Conseil ne pourrait avoir égard. Quant à l'absence de mention dans les diverses pièces médicales produites, de l'incapacité du requérant à travailler, le Conseil estime qu'une telle circonstance ne peut, au vu des éléments figurant dans les rapports médicaux susmentionnés et des nombreuses hospitalisations dont a fait l'objet celui-ci, suffire à justifier que le médecin fonctionnaire se limite à considérer que « *rien dans son dossier ne prouve qu'il serait exclu du marché de l'emploi* », et ce d'autant plus que comme précisé précédemment, ce même médecin admet que les rechutes sont nombreuses et démontrent que le traitement n'est pas un gage de stabilisation définitive.

2.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen, est fondé en sa première branche, et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du premier moyen, ni le second moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

2.4. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre du requérant, constituant l'accessoire de la décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, susmentionnée, qui lui a été notifiée à la même date (voir *supra*, point 1.6. du présent arrêt), il s'impose de l'annuler également.

3. Débats succincts.

3.1. 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.

3.2. Les actes attaqués étant annulés 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.

La décision déclarant recevable mais non fondée une demande d'autorisation de séjour, et l'ordre de quitter le territoire, pris le 29 juillet 2015, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-cinq avril deux mille seize par :

Mme C. ADAM,

Président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme N. SENEGERA,

Greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

N. SENEGERA

C. ADAM