



Arrêt

**n° 175 620 du 30 septembre 2016
dans l'affaire X / III**

En cause : X

Ayant élu domicile : X

Contre :

**l'Etat belge, représenté par la Ministre de la Justice, chargé de l'Asile et la Migration,
de l'Intégration sociale et de la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire
d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 10 octobre 2014, par M. 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 prise le 3 septembre 2014, 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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* », et d'un ordre de quitter le territoire, pris le même jour.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 11 février 2016 convoquant les parties à l'audience du 11 mars 2016.

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

Entendu, en leurs observations, Me K. MELIS *loco* Me F. ROLAND, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me D. STENIER *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.

Par un courrier daté du 9 mars 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande, qui a été déclarée recevable le 14 juillet 2009, a été complétée à de nombreuses reprises par le requérant.

Le 30 novembre 2012, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a fait l'objet d'un arrêt d'annulation n° 114 611 prononcé par le Conseil le 28 novembre 2013.

Le 7 janvier 2014, la partie défenderesse a sollicité un nouvel avis concernant la situation médicale du requérant.

Le 23 janvier 2014, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant une nouvelle décision déclarant non fondée sa demande d'autorisation de séjour ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Le 27 mars 2014, la partie requérante a introduit un recours à l'encontre de ces décisions.

Le 3 avril 2014, la partie défenderesse a procédé au retrait de la décision de rejet de la demande et a sollicité un nouvel avis de son médecin-conseil.

En date du 30 avril 2014, une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire ont été pris à l'encontre du requérant.

Le 10 juillet 2014, ces décisions ont été retirées.

En date du 3 septembre 2014, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

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

S'agissant du premier acte attaqué :

« Motif :

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

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 29.08.2014, (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.

Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles au Maroc.

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

1)il n'apparaît pas 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)il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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.

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 ».

S'agissant du deuxième acte attaqué :

« MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant 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 ter, 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 VISA valable ».

Par l'arrêt n° 124 461 du 22 mai 2014, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre des décisions de rejet et de l'ordre de quitter le territoire du 23 janvier 2014

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique libellé comme suit :

« Premier Moyen :

pris de la violation des article 9 ter et 62 de la loi du 15.12.1980, de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme du 4.11.1950, de la violation des principes généraux de bonne administration, de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation du principe général imposant à l'administration de statuer en prenant en cause l'ensemble des éléments pertinents du dossier, de la violation du principe général incombant à toute administration de respecter les principes de précaution, de prudence et de minutie, du défaut de motivation et de la violation des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29.7.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'excès de pouvoir.

Première Branche – prise en compte de l'ensemble des documents

Le requérant a actualisé sa demande à de nombreuses reprises pour tenir informé l'Office des étrangers de l'ensemble de cette évolution médicale.

Le détail de ces actualisations a été relevé ci-dessus.

Certains documents ont été envoyés à l'Office des étrangers et d'autres ont été produits avec les recours 29.3.13 , 27.3.14 et 4.7.2014 devant Votre Conseil, dont la partie adverse a nécessairement pris connaissance puisque ces recours se sont soldés par des décisions de retrait d'acte. La partie adverse a donc pris connaissance de ces recours, puisqu'elle a estimé qu'ils justifiaient des décisions de retrait d'acte.

En outre, la partie adverse avait rédigé une note d'observation dans le cours de ces procédures, elle a manifestement pris connaissance du dossier du requérant en ce compris les pièces jointes à la requête.

Or, les documents suivants n'ont pas été pris en compte par la partie adverse, s'appuyant sur le rapport de son médecin conseil :

- témoignage de l'assistante sociale de l'hôpital St-Pierre qui rend compte de la nécessaire rééducation en centre spécialisé du fait de la non-voyance nouvelle (mail du 13.11.12) (pièce 5)
- comptes rendus d'hospitalisation du mois d'octobre 2012 (pièce 7 à 10)
- attestation du Dr Masson du 21.2.13 (généraliste) (pièce 12)
- certificat médical type du 8.3.13 du Dr Tadjer (neurologue) (pièce 13)
- attestation de l'assistante sociale de l'oeuvre Nationale des Aveugles (pièce 14)
- jugement du tribunal du travail du 26.11.13 (pièce 15)
- certificat médical type du Dr Delroeuux du 11.3.14 (psychiatre) (pièce 19)

Aucun des documents qui viennent d'être mentionnés n'a été pris en compte par la partie adverse. Il suffit de consulter le tableau repris dans le rapport du médecin conseil sous le titre « documents médicaux reçus après le 27.9.10 ». Ce tableau ne reprend pas l'entièreté des documents repris ci-dessus, qui fait pourtant un exposé exhaustif de l'ensemble des documents déposés par le requérant dans le cadre de sa demande de séjour.

Le résumé clinique, effectué par le médecin, n'est donc pas fondé sur toutes les pièces pertinentes du dossier.

C'est d'autant plus incompréhensible que dans son dernier recours du 4.7.2014, le requérant insistait sur un ensemble de pièces qui n'avaient pas été prises en compte. Il convenait donc, puisque le requérant avait insisté sur ce point, que la partie adverse prenne soin de vérifier que son dossier était complet, avant de prendre la nouvelle décision qui fait l'objet du présent recours.

L'appréciation du médecin conseil est nécessairement erronée puisqu'il examine un dossier médical dont le résumé n'est pas fondé sur tous les éléments qui lui ont été présentés.

Ni le médecin, dans son rapport médical, ni la partie adverse, dans le corps de la décision litigieuse, n'indiquent de manière claire avoir pris en compte l'ensemble de ces informations, médicales et autres (rapport de l'assistante sociale et jugement du tribunal du travail). La décision ne comprend aucun motif et le rapport médical, qui énumère pourtant l'une après l'autre les pièces médicales prises en compte, ne reprend pas ces pièces.

Or ces pièces attestent d'une situation de santé générale qui se dégrade, et qui comporte plusieurs affections graves, physiques et mentales.

De manière manifeste, la partie adverse n'a pas tenu compte de l'ensemble des éléments pertinents du dossier. A tout le moins il convenait que la partie adverse justifie ce qui lui permet de passer sous silence certaines pièces, pourtant pertinentes.

La partie adverse ne respecte pas les principes de précaution, de prudence et de minutie.

L'erreur d'appréciation est manifeste.

La partie adverse viole l'article 62 de la loi du 15.12.1980, commet un défaut de motivation. La motivation de la décision litigieuse n'est pas adéquate, en violation des articles 1 à 3 de la loi du 29.7.1991.

Deuxième Branche – disponibilité des soins

La partie adverse estime le traitement et le suivi nécessaire sont disponibles au Maroc et que puisque l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager, il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour au Maroc. La partie adverse estime que la maladie dont souffre le requérant n'entraîne pas un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine ou de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique.

1.

L'Office des étrangers a effectué des recherches sur la disponibilité des soins médicaux au Maroc.

Selon l'avis du médecin-conseil, il existe au Maroc des services de radiologie et de neurologie.

L'avis du médecin conseil renvoie au site internet d'un hôpital de Casablanca, le CHU Ibn Rochd dans lequel existe un service de radiologie et un service de neurologie.

Il s'agit de la seule référence pour tout le territoire marocain, ce qui fait craindre au requérant qu'en cas de retour au Maroc il ne pourrait éventuellement être soigné que dans cet hôpital. Il paraît pourtant évident que la disponibilité de spécialités de médecin ne s'évalue pas qu'à l'aune d'un seul hôpital...En effet, s'il s'avère que cet hôpital est rempli par exemple, le jour où le requérant devra être hospitalisé, il ne pourra alors y bénéficier de soins. Fonder la disponibilité des médecins recherchés sur la seule existence de ces spécialistes dans un seul hôpital est téméraire et ne peut de toute façon pas garantir le requérant de la possibilité de soins de manière générale en cas de retour au Maroc.

Sur cette seule base donc la disponibilité des médecins nécessaires n'est pas établie.

2.

La partie adverse se fonde sur le site internet assurance maladie.ma et en déduit qu'il existe des spécialistes en urologie, chirurgie urologique, ophtalmologie, neurologie, neurochirurgie. Ce site prouve également la disponibilité du médicament lévétiracétam.

L'avis du médecin-conseil ne mentionne pas la disponibilité de cardiologues (le requérant a transmis quantités de preuves de rendez vous avec des cardiologues) et de services d'urgence (pour l'épilepsie).

Le requérant n'a donc aucune certitude quant à la disponibilité de l'ensemble des soins qui lui sont nécessaires.

En outre, le site assurance maladie.ma est un site qui fonctionne comme un annuaire médical. La partie adverse n'a pas précisé la recherche effectuée : pour quelle(s) ville(s) a-t-elle effectué la recherche ? Pour quelle(s) spécialité(s) ? Comme telle, la référence donnée par la partie adverse est incomplète. Le site ne permet pas de savoir où se situent ces médecins, et combien en compte-t-on. Le fait qu'il existe éventuellement des médecins spécialisés sur le territoire d'un pays ne permet pour autant pas d'affirmer que l'offre de soins dudit pays permet d'absorber toute pathologie devant faire appel aux services de ces médecins spécialistes. Il faut encore avoir la certitude que ces médecins sont présents en nombre suffisant, sur l'ensemble du territoire, ce que le site renseigné ne permet pas de conclure.

3.

La partie adverse examine la disponibilité du principe actif du keppra (médicament prescrit au requérant dont le principe actif serait le lévétiracétam). Le certificat médical après hospitalisation, complété par le Dr Cajot, envoyé le 19.11.12, mentionne un traitement par keppra, ce que les certificats médicaux postérieurs confirment d'ailleurs.

Il s'agit d'un traitement indiqué contre les crises d'épilepsie. Il est destiné à être injecté, il ne s'agit pas d'un traitement par voie orale.

Il s'agit manifestement d'un médicament tout à fait spécifique.

L'office des étrangers a étudié la disponibilité du lévétiracétam .

Les médecins du requérant ont décrit avec précision le traitement qu'il reçoit en citant les médicaments prescrits en Belgique. Le médecin-conseil mentionne une molécule (levetiracetam) mais rien ne permet de comprendre ce qui autorise le médecin-conseil à remplacer les médicaments par leurs molécules et, plus fondamentalement encore, rien ne permet de s'assurer que la substitution des médicaments par ces molécules est bien exacte. Il convient à tout le moins que le médecin-conseil puisse renvoyer à des sources indiquant les concordances entre les molécules et les médicaments pour que le requérant, qui n'est pas médecin, puisse vérifier que l'examen de la disponibilité des médicaments ait été effectué conformément aux principes de bonne administration.

La simple preuve de disponibilité d'une molécule n'est pas suffisante lorsque le remplacement d'un médicament par une molécule n'est pas autorisée par une source objective, produite au dossier administratif.

Ainsi, il incombe à la partie adverse de motiver le fait que le keppra serait aisément remplaçable par un autre médicament , pour en étudier ensuite la disponibilité au Maroc. Ou a tout le moins il lui appartient de prouver que le lévétiracétam est la molécule du keppra.

A défaut, la décision litigieuse, qui se fonde sur cet avis médical, ne peut être motivée valablement. En effet, rien n'autorise le médecin-conseil de l'Office des étrangers d'outre passer l'avis du médecin du requérant, qui le suit depuis des années, et qui lui prescrit du keppra. Si ce médicament est prescrit, le médecin de l'Office doit examiner la disponibilité du keppra au Maroc et s'il estime pouvoir substituer ce médicament par un autre, il doit alors s'en expliquer dans la décision litigieuse.

4.

Le requérant est suivi par divers spécialistes dont notamment et surtout un neurologue et un neurochirurgien.

Le Dr KONKO, médecin conseil de l'Office des étrangers qui a rédigé le rapport médical, ne précise pas sa spécialité.

Pour que le requérant puisse être certain que la décision qui le concerne est correctement motivée, il faut qu'il puisse être certain que les informations médicales données par ses médecins spécialistes, puissent être comprises dans toutes leurs spécificités.

C'est ce qui justifie que la décision litigieuse s'appuie sur un rapport médical, puisque la partie adverse, avant de se prononcer sur un dossier comme celui des requérants, attend un avis médical.

Pourtant, tout comme il est capital que la décision litigieuse s'appuie sur un rapport médical, encore faut-il que ce rapport médical soit rédigé par un médecin qui ait la compétence de saisir les informations médicales qu'il lit, cela dans toute leur complexité et leur spécificité et qu'il soit à même de remplacer une molécule par une autre, dans l'appréciation du traitement médicamenteux.

En effet, si le médecin désigné par la partie adverse n'est pas de spécialité égale à celui du requérant, il est permis de soupçonner que le médecin désigné par la partie adverse pour rédiger un rapport ne connaisse pas la maladie dont il est question en l'espèce ou en tout cas n'en connaisse pas suffisamment les spécificités et partant ne puisse en connaissance de cause décider d'une modification du traitement.

Il appartient le cas échéant à l'Office des étrangers de s'entourer de l'avis de médecins conseils disposant d'une spécialité équivalente à celles des médecins du requérant. Cette possibilité est clairement laissée par l'article 9 ter de la loi.

Ainsi c'est en connaissance de cause que le cas échéant il sera procédé à la substitution de certaines molécules par d'autres et c'est donc en connaissance de cause que la disponibilité de principes actifs, dont on sera certain qu'ils conviennent au requérant, pourra être examinée.

Il a été jugé que l'administration doit 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 a été évalué par un médecin spécialiste (C.E., n°73.013 du 7 avril 1998).

Le Conseil d'Etat a considéré : « *qu'en présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement du demandeur, la partie adverse ne saurait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en «verzekeringgeneeskunde» et en «gezondheidseconomie», n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre le demandeur...* » (arrêt CE, 16 octobre 2002, n°111.609).

5.

La partie adverse, dans la décision litigieuse ou dans le rapport médical, n'examine pas la disponibilité du second médicament que le médecin-conseil mentionne pourtant dans son rapport médical à savoir le redomex diffucaps.

Elle ne s'explique pas sur cette omission.

Le requérant ne peut que constater que l'examen de la partie adverse n'est pas complet.

Le rapport du médecin conseil mentionne également que l'amitriptyline est disponible, mais le médecin ne précise pas quel médicament cette molécule est censée remplacer. L'information que donne donc le médecin est incomplète, elle ne permet pas au requérant d'établir que la disponibilité des soins est établie.

Enfin, le certificat du Dr Delroeuix du 2.6.2014 (pièce 19) mentionne que le traitement consiste en Redomex Trazolan et Xanax. Le rapport du médecin conseil n'examine nullement la disponibilité de ces

médicaments. La décision litigieuse omet donc des éléments fondamentaux du dossier administratif, la décision est donc mal motivée.

6.

Enfin, la partie adverse précise avoir interrogé la base de données MedCOI .

Le requérant relève, quant à cette base de données, qu'elle n'est pas accessible au grand public et que donc les informations déposées au dossier administratif ne sont pas vérifiables puisqu'un mot de passe est nécessaire pour entrer sur la base de données. Plus fondamentalement encore, il ressort des informations dispensées par la partie adverse dans le rapport médical que les médecins locaux travaillant au pays d'origine donc, sont engagés par l'Office des conseillers médicaux, qui relève d'un Ministère neerlandais. Il s'en déduit donc que la présence de ces médecins dépend uniquement de la pérennité d'un projet financé par un pays tiers. En soi donc, il ne peut être affirmé que des médecins marocains sont présents sur place de manière durable et générale. En outre, l'information déposée au dossier administratif ne fait état que de quelques médecins, sans qu'il puisse être affirmé que de manière générale, le suivi est possible au Maroc.

Les informations tirées de MedCOI sont donc réellement parcellaires. Le document ne précise rien si ce n'est qu'il existe un neurologue, un neurochirurgien, des urologues, des spécialistes en gastro-entérologie.

L'existence d'un psychiatre n'est pas démontrée.

A part des réponses laconiques le document MedCOI ne donne aucune précision complémentaire.

Il est impossible d'affirmer que sur base de ce document, de surcroit totalement invérifiable les spécialistes dont a besoin le requérant sont disponibles au Maroc.

Tout au plus le document permet de conclure qu'il existe un neurochirurgien, un neurologue, un des urologues et des gastro-entérologues, mais il n'est permis de tirer aucune autre conclusion de ce document.

Or, il est évident que la disponibilité de médecins au Maroc doit s'entendre de la disponibilité de plusieurs médecins, donc de tout un corps médical capable de prendre en charge l'ensemble de la population marocaine. Et pas d'un seul, comme c'est le cas en l'espèce.

Les informations dispensées par MedCOI sont parcellaires et ne peuvent permettre d'affirmer que les soins nécessaires au requérant existent au Maroc de manière globale et permanente.

7.

Quant à la disponibilité des soins, la décision litigieuse ne dit rien quant à la disponibilité au Maroc de laboratoires d'analyses biologiques.

Il a été insisté sur le fait que le recours fréquent du requérant à divers traitements médicaux rend également nécessaires divers analyses biologiques

Le requérant doit également disposer de services de revalidation neuro.

La partie adverse été avertie de ces spécificités du suivi du requérant. Ils sont évidemment capitaux dans la mesure où, et la partie adverse en a été informée, le requérant est aveugle et ne peut plus envisager de vivre seul.

La décision litigieuse ne comporte aucun motif quant aux laboratoires, quant aux services de revalidation neuro.

Pourtant, au même titre qu'un suivi en neurologie ou dans un hôpital, ces prises en charges ou analyses sont fondamentales.

La partie adverse ne pouvait faire l'économie d'examiner la disponibilité de ce genre d'équipements ou service alors que le requérant en a clairement établi la nécessité dans son cas.

Si la partie adverse estimait pouvoir se dispenser de l'examen de la disponibilité des laboratoires d'analyse et des services de revalidation ou de rééducation, elle devait à tout le moins s'en expliquer dans la décision litigieuse et la motiver quant au fait que l'examen de la disponibilité de ces équipements et services n'était pas nécessaire.

La partie adverse n'a absolument pas agi en ce sens, de sorte que la décision litigieuse est mal motivée.

8.

Enfin, la référence au site www.ncbi.nlm.nih.gov avec un article renseignant la disponibilité d'une unité de gastro-entérologie à l'hôpital de Fez appelle le même constat que précédemment : la partie adverse ne prouve nullement que les soins dont a besoin le requérant sont disponibles de manière suffisante, sur l'ensemble du territoire marocain. Une unité de gastro-entérologie recensée à Fez n'indique nullement que de manière générale on puisse considérer qu'il existe des soins liés à la gastro-entérologie au Maroc.

Conclusion de la deuxième branche

La partie adverse se fonde sur le site de deux hôpitaux (Ibn Rochd et l'hôpital universitaire de Fez), pour tout le territoire marocain.

Elle omet d'examiner la disponibilité de cardiologues, et de services d'urgence. Elle se fonde sur un site médical (assurancemaladie.ma) sans préciser l'utilisation exacte qu'elle en a fait, ce qui rend impossible la vérification concrète de la disponibilité des médecins spécialistes nécessaires au requérant.

Elle examine la disponibilité d'un médicament, le lévétiracétam, sans examiner celui qui a été prescrit au requérant le Keppra. Elle ne justifie pas ce qui permet de ne pas examiner la disponibilité du Keppra d'autant que l'avis médical du médecin-conseil de la partie adverse n'est pas rédigé par un médecin de spécialités équivalentes à celles des médecins du requérant.

Elle mentionne l'amitriptyline sans autres détails ou précisions.

Elle omet d'examiner la disponibilité du second médicament mentionné dans le rapport médical (Redomex) et omet également d'examiner la disponibilité du Trazolan, Redomex et Xanax.

Elle se fonde sur une base de données invérifiable desquelles ne ressortent que des informations parcellaires.

Enfin, elle omet d'examiner la disponibilité de services de laboratoires d'analyse et de services de rééducation.

La partie adverse n'a nullement agi comme une administration prudente, diligente et minutieuse.

Elle commet en outre des erreurs manifestes d'appréciation et un excès de pouvoir.

Par conséquent, l'acte attaqué est mal motivé, la partie adverse commettant un défaut de motivation, de sorte que l'article 62 de la loi du 15.12.1980, mais également les articles 1 à 3 de la loi du 29.7.1991 sont violés en ce que la motivation de la décision litigieuse n'est ni pertinente, ni adéquate.

Troisième Branche – Accessibilité des soins

La partie adverse estime le traitement et le suivi nécessaires sont accessibles au Maroc et que puisque l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager, il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour au Maroc.

La partie adverse estime que la maladie dont souffre le requérant n'entraîne pas un risque de traitement inhumain et dégradant en cas de retour au pays d'origine ou de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique.

1.

La partie adverse estime que *« le conseil de l'intéressé apporte, à l'appui de sa demande, l'argument de la mauvaise qualité et de l'inaccessibilité des soins au Maroc. Rappelons à ce sujet que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 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 »*.

Pourtant, même si les informations déposées par le requérant sont d'ordre général, elles ne sont pas contestées par la partie adverse. Il s'ensuit que la partie adverse ne conteste pas l'extrême mauvais qualité des soins au Maroc et que dès lors, le requérant ne pourra pas être soigné s'il devait retourner vivre au Maroc. Rien ne permet avec certitude d'affirmer qu'il pourra être soigné.

Cela, la partie adverse le ne conteste raisonnablement pas. Elle ne conteste donc pas l'existence d'un mauvais traitement en cas de retour au Maroc. Le requérant apporte donc bien la preuve de mauvais traitements avérés en cas de retour, bien plus que d'une simple *possibilité* de mauvais traitements.

Ainsi, il n'est pas question d'une 'possibilité de mauvais traitements' mais de mauvais traitements établis en cas de retour au Maroc. L'infraction à l'article 3 est dans ce cas établie.

La partie adverse a reconnu le caractère grave des affections du requérant, puisqu'il s'agit d'une décision de rejet et non d'irrecevabilité : la plus grande prudence s'impose donc.

Il ne suffit donc pas, pour la partie adverse, d'estimer que les informations générales du requérant devaient être corroborées par des informations spécifiques, pour en déduire que la violation de l'article 3 CEDH n'est pas établie. La partie adverse se doit au moins de contester valablement les informations générales déposées par le requérant et à défaut de ce faire, ces informations allèguent ce qu'elles sont supposer prouver. Dès lors, nul besoin de déposer des éléments spécifiques, dès lors que les informations générales suffisent à prouver que le requérant ne pourra être soigné en cas de retour au Maroc et qu'en cas de retour la violation de l'article 3 sera bien établie.

L'obligation de déposer des allégations spécifiques n'a de sens que pour autant que les allégations générales sont contestées par la partie adverse, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Dès lors la violation de l'article 3 CEDH par la partie adverse est établie.

La motivation de la partie adverse n'est en outre ni pertinente ni adéquate au sens des articles 1 à 3 de la loi du 29.7.1991.

En se contentant de motiver sa décision de la sorte, la partie adverse viole également ses obligations d'agir comme une administration prudente et diligente, et minutieuse puisqu'elle laisse libre cours à la violation de l'article 3 CEDH.

2.

Quant à la sécurité sociale marocaine, la partie adverse estime que selon le Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (www.cleiss.fr), *« le régime marocain de protection sociale couvre aussi bien les salariés des secteurs publics et privés et assure à l'intéressé une protection contre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et sert les prestations familiales (...) »*.

Par cette motivation la partie adverse ne fait qu'affirmer qu'il existe un système de sécurité sociale au Maroc.

Affirmer qu'il existe un système de sécurité sociale ne permet pas d'en apprécier l'efficacité, or en l'espèce c'est ce point qu'il s'impose de vérifier : en cas de retour au Maroc, en supposant qu'il travaille, ou en supposant qu'il ne travaille pas, le requérant sera-t-il remboursé des soins dont il a besoin (consultations de médecins spécialisées, traitement médicamenteux, séjour en hôpital, analyses) ?

Le site renseigné par la partie adverse ne permet pas de répondre à cette question.

La page suivante renseigne sur la sécurité sociale marocaine : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html. On y lit des informations sur l'assurance maladie obligatoire (AMO).

L'AMO vise les salariés du secteur privé.

Selon ce site, cette AMO couvre : « Depuis 2006, entrée en vigueur de l'AMO, le panier de soins de l'AMO du secteur privé contient le suivi de la maternité, le suivi de l'enfant de moins de 12 ans, le suivi des affections longues et coûteuses (ALC), le suivi des affections de longue durée (ALD) et les hospitalisations.

Depuis le 1er février 2010, le panier de soins de l'AMO a été étendu, sans augmentation du taux de cotisation jusqu'en 2013, aux soins ambulatoires, à l'exception des soins dentaires qui seront intégrés à partir de 2012.

Jusqu'à l'âge de 12 ans, l'enfant ouvre droit à toutes les prestations. Tous les actes médicaux sont pris en charge ou remboursés selon la tarification et le taux en vigueur (soins ambulatoires, médicaments, chirurgies, analyses, radiographies, prothèses, etc...).

Au-delà de l'âge limite de 12 ans, l'enfant rentre dans le cadre du panier de soins prévu pour les autres catégories de bénéficiaires.

Les consultations médicales délivrées par des généralistes ou des spécialistes, les analyses biologiques, les actes de radiologie, la rééducation, les actes paramédicaux, la lunetterie ainsi que les médicaments admis au remboursement sont couverts à 70 % de la tarification nationale de référence.

L'hospitalisation et les soins ambulatoires liés à cette hospitalisation sont couverts à hauteur de 70 à 90 % selon qu'ils sont prodigués par le secteur privé ou par les hôpitaux publics.

Les prestations de soins concernant des maladies graves ou invalidantes dispensées dans des services publics de santé sont prises en charge à 90 % du tarif de référence. En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou des soins très onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale ».

Cette couverture n'est donc pas complète et il n'est en outre pas certain que les affections dont souffre le requérant soient prises en compte par l'AMO.

Il faut en outre que le requérant soit salarié dans le secteur privé. Rien n'est déposé quant au secteur public.

Le requérant ne peut pas travailler, puisqu'il est presque aveugle. C'est d'ailleurs ce qu'atteste le médecin dans le tout dernier certificat médical (pièce 18).

Le même site donne de brèves informations sur le RAMED, qui vise les plus démunis et qui pourrait viser le requérant, s'il ne travaille pas en rentrant au Maroc.

Ce site (pour rappel, le site de la CLEISS) ne fait que préciser ceci : « Fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies, le RAMED concerne les personnes économiquement faibles ne pouvant bénéficier de l'AMO (revenu annuel inférieur ou égal à 5.650 DH par personne composant le ménage) résidant au Maroc en milieu urbain.

Les soins de santé sont dispensés au profit de cette population dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat.

La contribution annuelle des personnes en situation de vulnérabilité se limite à 120 DH par personne et dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage quelque soit l'effectif des personnes le composant. Les personnes en situation de pauvreté (revenu annuel inférieur ou égal à 3.767 DH) bénéficient gratuitement du RAMED ».

La décision litigieuse précise que le RAMED a fait l'objet d'un projet pilote en 2008 et a été testé dans une région pendant deux ans. Il a été étendu progressivement en 2011 et vise à présent tout le Royaume.

Le rapport du médecin renvoie à deux sites internet.

Or, le site renseigné par la partie adverse que le RAMED n'est manifestement plus d'actualité. (voyez : http://www.maroc-biz.com/data_5/even_detail.php?id=409). Cette adresse ne renvoie à aucun lien sur le Ramed.

Le second site (www.assurancemaladie.ma/anam.php, voir la page http://www.assurancemaladie.ma/anam.php?id_espace=4&id_rub=4) précise que « *A travers cette généralisation tant attendue par la population démunie, le RAMED touchera environ 8 millions de personnes, dont 2.7 millions en situation de pauvreté et 5.3 millions en situation de vulnérabilité (taux de pauvreté et vulnérabilité établis par le Haut-Commissariat au Plan en 2007)* ».

Il n'est pas affirmé, ni sur cette page, ni à un autre endroit sur le site, que le RAMED est complètement mis en place et effectif pleinement.

Dans la mesure où le RAMED est un système dont la mise en oeuvre est récente et n'est encore absolument pas complète, dans la mesure en outre où ce système ne couvre pas toutes les prestations médicales, il appartenait à la partie adverse, qui invoque ce système, de préciser si le requérant, dans la région dont il est originaire, peut bénéficier de ce système et à quelle condition ; et s'il peut en bénéficier pour les pathologies dont il souffre.

En réalité, pour étayer ses informations sur la sécurité sociale et sur le RAMED, la partie adverse se fonde sur des informations extrêmement générales qui ne sont pas appliquées au cas d'espèce dans la mesure où elles ne permettent pas d'affirmer qu'en cas de retour le requérant sera réellement couverts pour l'ensemble des soins dont il a besoin, quelle que soit sa situation sociale (travail ou sans emploi).

La partie adverse ne peut se baser sur des informations théoriques qu'elle ne confronte pas à la réalité concrète du cas d'espèce qu'elle doit analyser.

Le requérant critique encore la dernière référence dispensée par la partie adverse, selon laquelle la Fondation Hassan II pour la prévention et la lutte contre les maladies du système nerveux et de la neurochirurgie « *ouvre (sic) dans le domaine des maladies du système nerveux et de la neurochirurgie* ». Cette fondation décrit ses différents buts (acquisition de nouvelles techniques dans le domaine des neurosciences, participation à la formation médicale continue du personnel soignant et la promotion de la recherche scientifique, prévention et soulagement de l'handicap et de ses séquelles...).

Ses quelques réalisations concrètes se sont étalées de 1990 à 2006 mais depuis près de 8 ans donc le site ne renseigne aucune action concrète. Durant ces quelques années la fondation a manifestement agi pour l'achat de matériel hospitalier uniquement.

Ce site ne permet nullement de prouver l'accessibilité de soins, tout au plus une volonté d'une fondation privée de participer à l'équipement médical de son pays.

Avant d'affirmer qu'une personne gravement malade peut se rendre en son pays d'origine elle doit très concrètement vérifier que la prise en charge sera possible et ce de manière concrète, ce qu'elle ne fait pas en l'espèce. Elle ne statue donc pas avec prudence diligence et précaution.

Une administration prudente et diligente n'émet pas de considérations sans les avoir vérifiées au moyen de sources objectives.

En agissant de la sorte donc la partie adverse viole les principes généraux de bonne administration, commet un défaut de motivation et viole les articles 1, 2 et 3 de la loi du 29.7.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs en ce que la motivation de la décision n'est pas pertinente et adéquate et 62 de la loi du 15.12.1980. Elle commet également un excès de pouvoir.

Enfin, alors qu'elle considère que le requérant peut être soigné au Maroc et que dès lors il n'existe pas de risque pour sa vie ou son intégrité physique, et qu'il ne souffre donc pas d'une maladie entraînant un risque de traitement inhumain et dégradant puisqu'il existe un traitement accessible au pays d'origine, la partie adverse viole le prescrit de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980.

Conclusion générale :

La disponibilité et l'accessibilité des soins n'étant pas établie, la partie adverse aurait du octroyer au requérant un titre de séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980.

A défaut de ce faire, la partie adverse viole l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980 et l'article 3 de la CEDH.

Elle viole les principes généraux de bonne administration qui imposent à l'administration d'examiner un dossier en tenant compte des principes généraux de prudence et de précaution ».

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, branches réunies, le Conseil rappelle à titre liminaire qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *[l]'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité [...] 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 au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet 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* ». Le cinquième alinéa indique 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 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 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, 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.

Le Conseil entend également rappeler 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.

Le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2. En l'occurrence, le Conseil constate que la décision attaquée se fonde sur le rapport du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 29 août 2014 et joint à la décision, lequel indique que la partie requérante présente actuellement les pathologies suivantes :

- une hydrocéphalie tri-ventriculaire obstructive traitée par une dérivation péritonéale depuis 2008
- une cécité partielle sur atrophie optique
- une dépression réactionnelle
- une hypertrophie bénigne de la prostate.

Ledit rapport précise, en outre, dans une rubrique intitulée « pathologie en rémission », que le requérant est également atteint d'une hépatite chronique fibrosante C et mentionne ensuite le keppra/lévétiracetam et le Redomex diffucaps/amitriptyline, comme traitement médicamenteux prescrit au requérant.

S'agissant de la disponibilité de ce traitement et du suivi des différentes pathologies du requérant dans son pays d'origine, le médecin de la partie défenderesse relève, sur base de la consultation des sites www.chuibnrochd.ma/fr/chu et www.assurancemaladie.ma, d'une part, et de la base de données MedCOI, d'autre part, l'existence de « service de radiologie offrant des imageries par scanner et de neurologie offrant une unité d'exploitation électrophysiologique avec électroencéphalogramme » ; la présence de médecins spécialisés en gastro-entérologie, urologie, chirurgie urologique, ophtalmologie, neurologie et neurochirurgie ; et enfin la disponibilité du lévétiracetam et de l'amitriptyline, qui constituent les deux principes actifs du traitement médicamenteux du requérant.

Quant à l'accessibilité des soins requis par la situation du requérant, le médecin conseil, relève, également en s'appuyant sur diverses sources qu'il cite et qui sont produites au dossier administratif, l'existence d'une assurance maladie au Maroc couvrant les salariés du secteur public et privé, la mise en place d'un régime d'assistance médicale, le RAMED, pour aider les plus démunis, et l'existence d'une association sans but lucratif, la Fondation Hassan II, œuvrant dans le domaine des maladies du système nerveux et de la neurochirurgie.

De ses constats, le médecin-conseil de la partie défenderesse a conclu que la situation médicale de la partie requérante ne peut justifier une autorisation de séjour en l'espèce sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 dès lors que le traitement requis est disponible et accessible au pays d'origine.

3.3.1. Le Conseil constate que la partie requérante reste en défaut de démontrer que le fonctionnaire médecin aurait manifestement mal apprécié la disponibilité et l'accessibilité au pays d'origine du traitement médical requis ou n'aurait pas envisagé l'ensemble des éléments pertinents du dossier.

3.3.2. Il convient de préciser à cet égard que le jugement invoqué dans la première branche du moyen n'est pas, en soi, un élément auquel il devait être spécifiquement répondu dans le cadre de l'appréciation de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis en l'espèce dès lors que la partie défenderesse n'était pas tenue de répondre à l'ensemble des arguments de la partie requérante, mais à ses arguments essentiels, ce à quoi il a été satisfait en l'espèce.

Pour le reste des documents médicaux visés dans la première branche du moyen, le Conseil estime que ni le médecin fonctionnaire, ni la partie défenderesse n'étaient tenus de les prendre en considération, dès lors qu'ils ont été produits uniquement à l'appui d'un recours devant le Conseil, ces documents ne constituant dès lors pas des arguments qui ont été soumis en tant que tels, à la partie défenderesse, à l'appui de la demande ayant donné lieu à l'acte attaqué.

Par ailleurs, l'attestation de l'œuvre nationale des aveugles jointe en annexe de la requête ne figure pas au dossier administratif et la partie requérante ne démontre pas l'avoir effectivement adressée à la partie défenderesse en temps utile. Il ne saurait dès lors en être tenu compte pour apprécier la légalité de l'acte attaqué.

3.3.3. Ensuite, la partie requérante ne peut être suivie lorsqu'elle soutient dans la deuxième branche de son moyen que « la disponibilité des médecins nécessaires n'est pas établie ».

Plus précisément, en ce qu'elle estime que la référence pour l'ensemble du territoire marocain du seul site du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour attester de la présence de services de radiologie et de neurologie, et de celui de l'hôpital de Fez pour assurer de la disponibilité d'une unité de gastro-entérologie ne peut lui garantir une disponibilité des soins, le Conseil ne peut que constater que la partie

requérante reste en défaut d'apporter la moindre indication sur les circonstances qui l'empêcheraient, soit de s'installer, au pays d'origine, dans un endroit où les soins sont disponibles, soit d'être prise en charge au sein de ces institutions hospitalières, dont l'une est d'ailleurs située dans la ville où est né le requérant.

L'argumentation formulée en termes de requête selon laquelle « *s'il s'avère que cet hôpital est rempli par exemple, le jour où le requérant devra être hospitalisé, il ne pourra y bénéficier des soins* » relève de la pure hypothèse et ne permet dès lors pas de contredire l'analyse du fonctionnaire médecin relative à l'accès aux soins.

Le Conseil observe que s'agissant du nombre de médecins disponibles au Maroc, la partie requérante s'était contentée d'invoquer, dans sa demande, que « *les documents joints en annexe attestent en outre de la mauvaise qualité et de l'accessibilité des soins au Maroc* ». Le Conseil observe en outre que lesdits documents faisaient état de généralités. Or, s'agissant ensuite des sources documentaires citées par le médecin fonctionnaire, le Conseil constate que, contrairement à ce que tente à faire accroire la partie requérante en termes de requête, le site internet « *assurancemaladie.ma* » fait référence à des informations précises et complètes quant à l'existence et la disponibilité de médecins dont il dresse une liste, reprenant notamment leur spécialité, leur identifiant national de professionnel de santé, leurs coordonnées ainsi que la ville où ils exercent au Maroc. Elle ne peut donc être suivie lorsqu'elle allègue que la référence donnée par le médecin de la partie adverse est incomplète. Enfin, le Conseil entend rappeler que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'implique nullement qu'une offre de traitement de niveau équivalent soit disponible au pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible et accessible au pays d'origine. Dès lors, la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer une comparaison des niveaux de l'offre et de la qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique.

Par ailleurs, il ne peut être fait grief au médecin de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la disponibilité de cardiologues, psychiatres, laboratoires d'analyse et services d'urgence, dès lors qu'il ne ressort aucunement des documents médicaux transmis à l'appui de la demande d'autorisation de séjour que la situation médicale de la partie requérante requerrait la présence de tels spécialistes et services.

Ensuite, le Conseil estime que la critique selon laquelle les informations issues de « *la base de données MedCOI* » ne sont pas vérifiables, manque en fait dès lors qu'une copie de ces informations figure audit dossier administratif.

Enfin, le Conseil observe que le médecin de la partie défenderesse s'est fondé dans son rapport sur les informations tirées de la consultation du site « *assurancemaladie.ma* » et de la base de données Medcoi pour s'assurer de la disponibilité du levétiracetem et l'amtitryptiline, lesquels constituent respectivement, les principes actifs, du keppra et Redomex diffucaps. Pour le surplus, il ne ressort pas des attestations médicales transmises à la partie défenderesse que la situation médicale du requérant requerrait un traitement par injection plutôt que par voie orale.

S'agissant la présence de service de revalidation neuro et de rééducation en raison des problèmes d'acuité visuelle du requérant, s'il ressort des attestations médicales type du 15 novembre 2012 du Dr Garbunski et du rapport post opératoire également daté du 15 novembre 2012 - répertorié dans l'avis du médecin fonctionnaire sous les dates du 16.10.12 au 09.11.2012 - qu'une rééducation ait été préconisée au centre de basse vision de l'hôpital Brugmann à sa sortie d'hôpital, la partie requérante n'a en revanche produit à l'appui de sa demande le moindre document tendant à indiquer que la nécessité d'une rééducation serait toujours d'actualité, étant précisé que les documents plus récents qu'elle a produits à l'appui de la demande n'évoquent qu'un suivi neurologique, lequel a été pris en compte.

Quant au grief élevé mettant en cause la pertinence de l'avis médical du médecin conseil, qui n'est pas spécialiste comme le sont les médecins du requérant, le Conseil constate que la partie requérante n'a pas intérêt à cette articulation du moyen, dès lors que le diagnostic posé par le médecin conseil de la partie défenderesse ne s'écarte pas du diagnostic établi par les médecins du requérant.

3.3.4. S'agissant de l'accessibilité des soins médicaux requis par la situation du requérant, la partie requérante ne conteste pas dans sa troisième branche que le Maroc est doté d'une part, d'un régime d'assistance médicale destiné notamment aux employés (l'AMO) et d'autre part d'un régime d'assistance médicale (RAMED) destiné aux populations les plus démunies. Elle reproche essentiellement à la partie défenderesse de se fonder sur des informations générales qui ne permettent

pas d'affirmer qu'en cas de retour la partie requérante sera réellement couverte pour l'ensemble des soins dont elle a besoin, quelle que soit sa situation sociale (travail ou sans emploi).

Or, outre le fait que, contrairement à ce que la partie requérante allègue, les informations du médecin fonctionnaire relatives notamment au RAMED sont étayées par des documents référencés dans son avis en note de bas de page et sont disponibles au dossier administratif, le Conseil ne perçoit pas en quoi, sur la base des informations versées au dossier administratif, les différents régimes de couverture sociale mis en œuvre ne seraient pas efficaces sur l'ensemble du territoire ou que la partie requérante ne pourrait en bénéficier en cas de retour au pays, à défaut pour la partie requérante d'étayer davantage son moyen sur ce point.

Pour le surplus, la partie requérante n'a aucun intérêt à sa critique relative à la fondation Hassan II, dès lors qu'elle reste en défaut de contester les constats tirés notamment de l'existence du RAMED, le motif de la décision relatif à la fondation précitée s'avérant dès lors surabondant.

3.4. S'agissant enfin de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'il ressort du dossier administratif que les éléments médicaux invoqués par la partie requérante dans sa demande d'autorisation de séjour ont été examinés par la partie défenderesse qui a pu considérer qu'il n'apparaît pas qu'elle souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

3.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique n'est fondé en aucune de ses branches.

3.6. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la partie requérante, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et constitue le second acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose aucune argumentation spécifique à son encontre. Aussi, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisent à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande en suspension.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article unique

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente septembre deux mille seize par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY