

Arrêt

n° 184 754 du 30 mars 2017
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : chez X

Contre :

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

LE PRESIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 16 mars 2016 par X, de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de « *la décision datée du 11.02.2016, [...], lui notifiée le même jour, en ce que, respectivement, elle déclare non-fondée sa demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15.12.1980, et lui enjoint de quitter le territoire* ».

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'arrêt n° 171 157 du 30 juin 2016 rejetant le recours en suspension ordinaire de l'exécution des décisions attaquées suite à son activation selon la procédure d'extrême urgence en application de l'article 39/85 de la loi précitée du 15 décembre 1980.

Vu l'ordonnance du 3 mars 2017 convoquant les parties à comparaître le 28 mars 2017.

Entendu, en son rapport, P. HARMEL, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me G. MATABORO loco Me H.-P. R. MUKENDI KABONGO, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. HANQUET loco Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le 16 août 2009, le requérant est arrivé sur le territoire belge et a sollicité l'asile le 3 septembre 2009. La procédure d'asile s'est clôturée par une décision de refus du statut de réfugié et de refus d'octroi de la protection subsidiaire prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides en date du 7 octobre 2010. Le recours contre cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 56 968 du 28 février 2011.

1.2. Le 20 octobre 2010, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 24 novembre 2010 mais rejetée le 13 janvier 2012.

1.3. Le 17 janvier 2012, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies) a été pris à l'encontre du requérant.

1.4. Le 1^{er} mars 2012, il a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 11 juin 2012. Le recours contre cette décision a été rejeté par l'arrêt n° 147 513 du 10 juin 2015.

1.5. Le 20 février 2013, il a fait l'objet d'un rapport administratif de contrôle d'un étranger. Le jour même, un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée a été pris à son encontre.

1.6. Le 26 juin 2013, il a introduit une seconde demande d'asile, laquelle a donné lieu à une décision de refus de prise en considération d'une demande d'asile en date du 8 juillet 2013.

1.7. Le 14 novembre 2013, il a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 6 mai 2014 et assortie d'un ordre de quitter le territoire ainsi que d'une interdiction d'entrée. Le recours en suspension ordinaire contre la décision d'irrecevabilité a été rejeté par l'arrêt n° 171 157 du 30 juin 2016 et le recours en annulation a été rejeté par l'arrêt n° 180 141 du 23 décembre 2016. Le recours contre l'ordre de quitter le territoire et l'interdiction a été rejeté par l'arrêt n° 184 763 du 30 mars 2017.

1.8. Le 3 novembre 2014, il a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 9 décembre 2014.

1.9. Le 19 novembre 2014, il a introduit une cinquième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée recevable le 28 avril 2015 mais rejetée le 11 février 2016 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours en suspension ordinaire contre ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 171 157 du 30 juin 2016. Un recours en annulation a été introduit contre ces décisions

Cette décision de rejet constitue le premier acte attaqué et est motivée comme suit :

« *Motifs :*

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 10.02.2016, (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.

Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil du requérant cite divers articles concernant la situation humanitaire au Maroc, Or, 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 (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, Y7Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 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. ''

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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 l'article 3 CEDH ».

A la même date, un ordre de quitter le territoire a été pris, lequel constitue le second acte attaqué qui est motivé comme suit:

« **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 1er 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :
L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».*

1.10. Le 10 décembre 2014, il a fait l'objet d'un rapport administratif de contrôle d'un étranger.

1.11. Le 24 juin 2016, un ordre de quitter le territoire (annexe 13septies) a été pris à l'encontre du requérant suite à un rapport administratif de contrôle d'un étranger. Un recours en suspension en extrême urgence a été introduit contre cet acte le 30 juin 2016, lequel a été rejeté par l'arrêt n° 171 165 du 1^{er} juillet 2016.

1.12. Le 28 juin 2016, une demande de mesures provisoires en extrême urgence a été introduite par le requérant, laquelle été rejetée par l'arrêt n° 171 157 du 30 juin 2016.

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. Le requérant prend un moyen unique de « *la violation de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, notamment de ses articles 2 et 3, de la violation des principes généraux de droit et plus particulièrement de celui d'une saine gestion administrative qui veut que toute décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles, d'une part et de l'autre du principe selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause, de l'erreur d'appréciation, et de l'insuffisance dans les causes et les motifs, et violation du principe de proportionnalité et de la violation de l'article 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (adoptée le 04/11/1950) ».*

2.2. En une première branche, il constate que la partie défenderesse a fondé sa décision sur un motif unique tiré du fait qu'il existerait un traitement adéquat à la maladie dont il souffre dans son pays d'origine ou le pays où il séjourne. A cet égard, il ne peut que relever que la partie défenderesse s'est contentée de citer différents articles concernant le lancement et le fonctionnement général de l'assistance médicale au Maroc, lancée en 2012, mais sans tenir compte de sa situation individuelle. Or, à ce sujet, il s'en réfère aux documents parlementaires lesquels sont notamment mentionnés dans l'arrêt du Conseil n° 159 361 du 24 décembre 2015.

Il rappelle que le Ramed, plébiscité par la partie défenderesse, est depuis 2015 en train « *de s'écrouler sur lui-même, renvoyant les démunis dans leur situation d'avant* ». Il fait notamment mention d'une publication dans le quotidien « *Libre Afrique* ».

En outre, il précise avoir 60 ans et souffrir, comme relevé par le médecin conseil de la partie défenderesse, de cardiopathie ischémique, de polyarthralgie, d'un syndrome anxiodépressif et d'une oesophagite. Dès lors, au vu de ces éléments, il estime qu'il est impossible qu'il trouve un travail et couvre les coûts des soins médicaux qui lui sont nécessaires, « *si par fiction juridique il était admis que dans sa situation le soins nécessaires à son état étaient disponibles au Maroc* ».

Il tient à rappeler, à la lecture de son certificat médical, que ses soins nécessitent un suivi permanent au risque d'être victime d'une crise cardiaque et de mourir, risques nullement contestés par le docteur [D.S.] dans le certificat médical du 27 octobre 2014, lequel l'a même rappelé. Dès lors, il prétend qu'un retour au Maroc pourrait entraîner sa mort des suites d'un arrêt cardiaque.

De plus, il déclare que, contrairement aux dires du médecin conseil de la partie défenderesse, il n'a aucune chance d'avoir accès aux soins dans son pays d'origine, et ce d'autant plus qu'il convient de s'attendre à des opérations du cœur dans son cas, opérations fort coûteuses, alors qu'il rentre dans la catégorie des « *ramedistes* ». Dès lors, il considère que l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse ne répond pas aux exigences précitées et, dans la mesure où ce dernier est indissociablement lié à la décision attaquée, il apparaît que cette dernière contient une motivation insuffisante et inadéquate.

Par ailleurs, il relève également que la partie défenderesse se fonde sur l'article 3 de la Convention européenne précitée « *en appui de sa motivation sur la situation des soins au Maroc* ». A cet égard, il fait référence à la jurisprudence constante du Conseil d'Etat, ressortant notamment des arrêts n° 223.961 du 19 juin 2013 et 225.632 et 225.663 du 28 novembre 2013.

En outre, il rappelle les termes de l'article 53 de la Convention européenne précitée, lequel laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention. Il fait également mention de l'arrêt du Conseil n° 159 361 du 24 décembre 2015.

Dès lors, au vu de ces éléments, il estime que la partie défenderesse a adopté une motivation inadéquate en ce qu'elle lui applique une législation plus restrictive, alors qu'il est en droit de bénéficier de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui lui est plus favorable. La partie défenderesse, en faisant siennes les conclusions du médecin conseil de la partie défenderesse, a manqué à son obligation de motivation formelle.

2.3. En une seconde branche, il constate que la partie défenderesse lui a également notifié un ordre de quitter le territoire.

Or, il rappelle qu'il se trouve dans le cadre d'une procédure actuelle pendante et que, dans l'hypothèse de l'exécution de l'acte attaqué, cela aurait pour conséquence de rendre inefficace la procédure initiée, ce qui est contraire à l'article 13 de la Convention européenne précitée. Il souligne que cette disposition voudrait qu'il bénéficie du temps nécessaire à un recours en cas de décision négative quant à la demande introduite.

Il fait à ce sujet référence à l'arrêt du Conseil d'Etat n° 146.666 du 25 mars 2005 et constate qu'il en ressort que sa présence sur le territoire est nécessaire pendant la durée de la procédure initiée dans le but de garantir son effectivité sous peine de méconnaître le principe de proportionnalité et l'article 3 de la Convention européenne précitée.

A cet égard, il rappelle être malade et être suivi en Belgique. Or, la partie défenderesse l'invite à quitter le territoire en ne se préoccupant pas des conséquences néfastes auxquelles il est exposé du fait de ses maladies. Il prétend que l'exécution de la décision attaquée entraînera la fin de son éventuel traitement sans pouvoir obtenir un traitement adéquat dans son pays en telle sorte que cette situation lui infligerait un traitement inhumain ou dégradant prohibé par l'article 3 de la Convention européenne précitée. Il fait ensuite état de considérations générales relatives à l'article 3 précité.

Il souligne avoir fait valoir, dans sa requête, des circonstances concrètes propres à son cas et relatives à la situation sanitaire au Maroc démontrant qu'il se trouve dans une situation telle qu'il encourra un risque de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine.

Il ajoute même que l'attitude de la partie défenderesse est totalement prohibée par la Cour européenne des droits de l'homme dès lors que l'article 3 de la Convention européenne précitée s'impose à la Belgique tel que cela est confirmé par la jurisprudence récente de la CEE dans son arrêt n° 14.736 du 31 juillet 2008. De plus, il précise que la motivation exprimée doit être admissible en droit, ce qui n'est nullement le cas au vu du libellé de la jurisprudence précitée.

Dès lors, il prétend que le renvoyer au Maroc dans des conditions contraires à l'article 3 de la Convention européenne précitée et à la Convention en elle-même est disproportionné par rapport aux conséquences sur sa vie.

3. Examen du moyen d'annulation

3.1. L'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980 précise ce qui suit : « *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.*

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

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 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil rappelle également que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Ladite 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.

Sur ce dernier point, le Conseil précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2. En l'espèce, il ressort des différents documents médicaux contenus au dossier administratif que le requérant souffre d'une cardiopathie ischémique, de polyarthralgies, d'un syndrome anxiodépressif, de troubles mictionnels et d'une oesophagite, pour lesquels un traitement médicamenteux assez important est requis ainsi qu'un suivi en médecine générale, en cardiologie et en psychiatrie. Enfin, il apparaît également que les conséquences en cas d'arrêt du traitement sont assez graves, à savoir un risque de récurrence de l'infarctus ou encore d'arrêt cardiaque.

3.3. En une première branche, le requérant remet notamment en cause, en termes de requête, la question de l'accessibilité des soins nécessaires à ses pathologies, et plus particulièrement le système du Ramed, estimant que la partie défenderesse n'a pas procédé à une analyse de sa situation personnelle et s'est contentée de citer des articles concernant le lancement et le fonctionnement dudit système.

A cet égard, le Conseil ne peut que constater qu'il ressort de l'avis du médecin conseil du 10 février 2016 que ce dernier a estimé que « Pour les soins qui ne seraient pas couverts par l'Assurance-Maladie Obligatoire (AMO), il existe, le Ramed. Ramed signifie « Régime d'assurance médicale des économiquement démunis ». Il constitue l'un des volets de la couverture médicale de base. Il est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale. Ce régime vise la population démunie qui est constituée par les personnes économiquement faibles et qui ne sont pas éligibles au régime de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) ». En outre, le médecin conseil ajoute que « Les bénéficiaires de ce régime sont couverts sans aucune discrimination par cette forme d'assurance-maladie. Les soins de santé sont dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services relevant de l'Etat ». Enfin, ce dernier précise également qu'« En 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, ce qui devrait être achevé d'ici la fin 2011 ».

Le 13 mars 2012, à Casablanca, le roi Mohammed VI a donné le coup d'envoi de la généralisation du Régime d'assistance médicale (Ramed), une première au Maghreb et la promesse d'une ère nouvelle pour le secteur de la santé marocain.

Au-delà des fonctionnaires et des salariés du privé, la couverture maladie est désormais étendue à tous les citoyens du royaume. Une décision qui permettra d'assurer les 28 % de la population démunie non éligible au régime de l'assurance-maladie obligatoire (AMO), soit 8,5 millions de personnes. Avant tout des paysans, des artisans, des petits commerçants et tous les marocains vivant du secteur informel. « Le Ramed concrétise des dispositions de la nouvelle Constitution, adoptée le 1^{er} juillet », souligne El Hossein EL Ouardi, le Ministre de la Santé. Dans le détail, 4 millions de personnes en situation d'extrême pauvreté bénéficieront de la gratuité totale des soins. Dans les villes, sont concernés les Marocains gagnant moins de 3 767 dirhams (338 euros) par an.

Les 4,5 millions de personnes en « Situation de vulnérabilité » - dont le revenu annuel est compris entre 3 767 et 5 650 dirhams - devront, elles, s'acquitter d'une cotisation annuelle de 120 dirhams, plafonnée à 600 dirhams par famille. La distinction est nettement plus subtile entre « situation de vulnérabilité » et « pauvreté absolue » en milieu rural, où sont pris en compte des critères tels que l'exploitation de terrains agricoles, la possession de cheptel, de matériel agricole, etc. La réforme concerne également 160 000 prisonniers, orphelins et sans domicile fixe. Ce nouveau régime, applicable dans toutes les structures de santé publiques, couvre le même éventail de soins que celui de l'AMQ. Pour l'accompagner financièrement, un budget de 2,7 milliards de dirhams a été débloqué.

Un article sur le site web du Centre Hospitalier Ibn Sina fait un bilan du projet Ramed et mentionne les dires du Ministre de la Santé M. Houssaine LOUARDI : « l'extension du RAMED depuis 3 ans, a atteint les 99 % de la population cible prévue en mars 2012 qui était de 8,5 millions d'adhérents. (...) 84 % des bénéficiaires représente la « population pauvre » et 16% représente la « population vulnérable ». De plus, il a attesté que le régime RAMED fournit les mêmes prestations de soins que ceux offerts par l'Assurance-Maladie Obligatoire (AMO). M. LOUARDI a rapporté aussi que, d'après la loi de finance 2015, le gouvernement a créé un fond d'appui à la cohésion sociale afin d'assurer le financement de ce panier de soin et la pérennisation de ce grand projet ».

Un second article sur le site Le Matin.Ma datant du 13 mars 2015 met aussi en avant les résultats du Régime d'assistance médicale (Ramed). Il est expliqué que le « Régime d'assistance médicale (Ramed) a atteint, Jusqu'à fin février 2015, les 8,4 millions de personnes, soit un taux de réalisation de 99 % de la cible totale, estimée à environ 8,5 millions de bénéficiaires », démontrant ainsi à suffisance et de manière précise que le requérant, s'il n'est pas en mesure d'être couvert par l'assurance maladie obligatoire, pourra bénéficier du Ramed, lequel lui garantit l'accessibilité aux soins qui lui sont nécessaires afin de soigner ses pathologies.

Le Conseil ajoute que les éléments avancés par le requérant, dans le cadre du présent recours, et selon lesquels le système du ramed est depuis 2015 en train « de s'écrouler sur lui-même, renvoyant les démunis dans leur situation d'avant », sont postérieurs à la prise de la décision attaquée en telle sorte qu'il ne peut être reproché à la partie défenderesse l'absence de prise en considération de ces éléments préalablement à la prise de la décision attaquée.

En outre, le Conseil relève, à l'instar de la partie défenderesse, que le requérant a invoqué, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, des articles ou rapports très généraux, lesquels ne suffisent pas à démontrer de manière concrète et précise les assertions de ce dernier selon lesquelles les soins qui lui sont nécessaires ne sont pas accessibles au pays d'origine. En effet, il convient de souligner que le requérant ne démontre pas en quoi la situation visée dans les articles mentionnés s'appliquerait à son cas personnel. Or, il semble opportun de rappeler que le requérant se doit de démontrer en quoi la

situation décrite de manière générale dans un article s'appliquerait à son cas propre, *quod non* en l'espèce.

Quant aux allégations selon lesquelles il lui sera impossible de trouver un travail et dès lors de couvrir le coût des soins médicaux, le Conseil constate, à nouveau, que ce ne sont que de simples supputations non autrement étayées par des éléments concrets et pertinents en telle sorte que ces arguments ne sont pas fondés.

Par ailleurs, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine, le Conseil est amené à relever que le requérant n'émet aucune critique quant à l'appréciation portée par le médecin conseil dans son avis du 10 février 2016 en telle sorte qu'il est censé avoir acquiescé à ce motif.

Dès lors, le Conseil ne peut que constater que la partie défenderesse a correctement et suffisamment apprécié la question de l'accessibilité aux soins au pays d'origine, le requérant étant, quant à lui, resté en défaut de démontrer que, dans sa situation personnelle, les soins ne sont pas accessibles au pays d'origine.

Par conséquent, le Conseil estime que c'est à juste titre que la partie défenderesse a estimé que les soins nécessaires au requérant sont disponibles et accessibles au Maroc, la motivation de la décision apparaissant suffisante et adéquate à cet égard.

D'autre part, le requérant reproche à la partie défenderesse l'adoption d'une législation plus restrictive, à savoir l'application de l'article 3 de la Convention européenne précitée, que celle prévue à l'article 9*ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980 qui lui est plus favorable en telle sorte que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation.

A cet égard, le Conseil rappelle que l'article 9*ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée, envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9*ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9*ter* de la loi précitée du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales constitue une norme supérieure à la loi précitée du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9*ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980, ainsi que précisé ci-dessus. La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la Convention précitée laisse aux États parties la possibilité d'offrir

aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

En ce qui concerne la référence par la partie défenderesse à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme relative à l'article 3 de la Convention précitée et aux travaux préparatoires de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, le Conseil observe que cela ne permet pas de considérer que le seuil élevé fixé par la jurisprudence de cette Cour – à savoir que l'affection représente un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie – réduirait ou serait déterminant pour l'application de l'article 9^{ter} dans son ensemble. Le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour européenne des droits de l'homme, un éloignement est contraire à l'article 3 de la Convention précitée.

Dès lors, au vu de ces considérations, le Conseil ne peut que constater que, contrairement aux dires du requérant, le médecin conseil a clairement analysé les différents hypothèses prévues à l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 15 décembre 1980 en précisant que « *D'après les informations médicales fournies, il apparaît que les pathologies du requérant (cardiopathie ischémique avec angioplasties et stents en 2012 et 2013, polyarthralgies ; syndrome anxiodépressif ; état de stress post-traumatique ; troubles mictionnels : oesophagite) n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement et la prise en charge médicale sont disponibles et accessibles au Maroc* », en telle sorte que ce grief n'est pas fondé.

Par conséquent, c'est à juste titre que la partie défenderesse a tiré la conclusion selon laquelle « *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* », l'obligation de motivation formelle n'ayant pas été méconnue.

La première branche du moyen unique n'est pas fondée.

3.4. S'agissant de la seconde branche du moyen unique, la partie défenderesse a précisé en termes de plaidoirie que le requérant a été rapatrié le 4 août 2016 vers son pays d'origine.

Des lors, le recours est devenu sans objet en ce qu'il est dirigé contre le second acte attaqué, celui-ci ayant épuisé tous ses effets juridiques.

Interpellé à cet égard à l'audience, le conseil du requérant s'en réfère à l'appréciation du Conseil.

Dès lors, la seconde branche du moyen unique n'est pas fondée.

4. Les débats succincts suffisant 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 devant le Conseil.

5. La requête en annulation étant rejetée 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 unique.

La requête en suspension et en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente mars deux mille dix-sept par :

M. P. HARMEL, président f.f., juge au contentieux des étrangers,
M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

P. HARMEL