



Arrêt

n°219 946 du 18 avril 2019
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. PHILIPPE
Rue de la Jonction, 7
1060 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 26 novembre 2018, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 31 août 2018 et notifiés le 25 octobre 2018.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 17 janvier 2019 convoquant les parties à l'audience du 12 février 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me J. WOLSEY loco Me A. PHILIPPE, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, attaché, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant déclare être arrivé en Belgique en 2006.

1.2. Le 1^{er} juillet 2009, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *bis* de la Loi, laquelle a été rejetée le 23 août 2010.

1.3. Le 10 décembre 2009, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été rejetée dans une décision de 13 janvier 2012, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 205 641 prononcé le 21 juin 2018, le Conseil de céans a annulé ces actes.

1.4. Le 23 août 2018, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. Le 31 août 2018, la partie défenderesse a pris à nouveau à l'égard du requérant une décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« 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.

Monsieur [M.D.], de nationalité Maroc, invoque son 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 23.08.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que les certificats médicaux fournis ne permettent 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.

Du point de vue médical, conclut-il, les pathologies dont souffre l'intéressé n'entraînent pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Maroc.

Dès lors, de ce point de vue, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Par ailleurs, l'intéressé invoque la situation au pays d'origine en s'appuyant sur le rapport de « Médecins Sans Frontières » qui affirme que les médicaments dont l'intéressé a besoin coûtent cher, et il affirme ne pas avoir d'appui financier au pays, son père étant un indigent.

Notons cependant 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 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont il 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; 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). Remarquons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Soulignons aussi que le fait que la situation de l'intéressé dans son pays d'origine serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaumes Unis du 02 mai 1997, §38)

Notons enfin que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits, illimités et sans possibilité d'erreurs, à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cour Eur.D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int.).

Dès lors,

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.

Les soins sont donc disponibles et accessibles au Maroc.

Vu que le requérant a déjà été radié d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour ».

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant une décision d'ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée 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. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Question préalable

2.1. Dossier administratif de la partie défenderesse

2.2. Le Conseil observe que le dossier administratif a été transmis par la partie défenderesse le 13 décembre 2018, soit en dehors du délai de huit jours à compter de la communication de la requête, laquelle a eu lieu le 4 décembre 2018. Ainsi, en application de l'article 39/59 de la Loi, « *Lorsque la partie défenderesse ne transmet pas le dossier administratif dans le délai fixé, les faits cités par la partie requérante sont réputés prouvés, à moins que ces faits soient manifestement inexacts* ».

3. Exposé des moyens d'annulation

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

- *De l'article 3 de la CEDH*
- *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 ;*
- *des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ;*
- *des principes généraux de bonne administration, qui impliquent notamment un devoir de minutie, de légitime confiance, l'obligation de tenir compte de tous les éléments de la cause et de l'erreur manifeste d'appréciation ».*

3.2. Dans une première branche, elle constate que « *le médecin-conseil de la partie adverse considère que la disponibilité des soins nécessités par le requérant est démontrée au Maroc suite à sept requêtes MedCOI dont les numéros sont précisés* ». Elle souligne que « *ces requêtes MedCOI n'ont pas été envoyées au conseil du requérant malgré la demande adressée au service publicité de la partie adverse (cf.inventaire). A défaut de transmettre un dossier administratif complet, le requérant se trouve dans l'incapacité de vérifier la motivation retenue par la partie adverse. En outre, Votre Conseil a jugé dans un arrêt n°132 241 du 27 octobre 2014 : « A cet égard, s'agissant de « la seconde source [citée par le fonctionnaire médecin] de la partie défenderesse pour conclure à la disponibilité des soins médicaux au Cameroun » à savoir la « base de données MedCOI », le Conseil observe que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse s'est borné, à côté du renvoi au site internet <http://collections.infocollections.org/whocountry/fr/visé> ci-dessus au point 3.3., à constater, sur base d'un simple renvoi à la « base de données MedCOI », que les médecins, les médicaments et le suivi nécessaire étaient disponibles au Cameroun sans vérifier notamment l'approvisionnement des médicaments, problème que la partie requérante avait pourtant soulevé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, comme elle le souligne en termes de requête. [...] Les informations générales quant à « la base de données MedCOI », reprises sous forme d'annotation, assez nébuleuse au demeurant, en bas de page de la première décision attaquée, ne permettent pas de renverser ce constat* ». Le site internet www.medcoi.eu n'est accessible qu'avec un mot de passe : il est dès lors impossible d'aller vérifier et confronter les informations sur la base desquelles le médecin conseil affirme que les soins nécessaires au requérant sont disponibles au

Maroc. Votre Conseil a jugé qu'« En ce qui concerne la base de donnée MedCoi, si l'on s'en réfère au site www.medcoi.eu, il n'est pas d'avantage permis de déterminer si ce site mentionne effectivement que le médicament est disponible en Côte d'Ivoire. En effet, l'accès en est limité aux titulaires d'un mot de passe. Dès lors, les remarques formulées à ce sujet par le requérant dans sa requête sont fondées. Même, s'il ne peut être exigé de la partie défenderesse qu'elle fournisse les motifs de ses motifs, ni le requérant ni le Conseil ne sont en état de vérifier que la partie défenderesse a bien procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis » (CCE n° 132 221 du 27 octobre 2014). Par ailleurs, selon le « Livre blanc sur l'autorisation de séjour pour raisons médicales (9ter) » publié en 2015 par différentes associations (dont l'association pour le droit des étrangers- ADDE et la Ligue des droits de l'homme - LDH) : «Le projet MedCOI dispose de 3 sources d'informations pour alimenter sa base de données dont la première représente des médecins anonymes rémunérés pour cette tâche et les deux suivantes des entreprises internationales commerciales. Ces 2 sociétés sont destinées à procurer des services médicaux et de rapatriement principalement à des expatriés affiliés par leur compagnie, il ne s'agit pas de références permettant de juger de l'accessibilité à la population locale aux soins médicaux qu'elle nécessite. Il est à noter également que ce projet MedCOI se dégage de toutes responsabilités concernant l'accessibilité au traitement ». Le requérant insiste : il ne s'agit pas de connaître les motifs des motifs de la décision, il s'agit uniquement d'avoir accès aux sources qui permettent à la partie adverse d'établir que les soins nécessaires sont disponibles. Ainsi, la disponibilité des soins n'est pas rapportée avec certitude. Le requérant n'a pas pu valablement vérifier cette disponibilité de sorte que l'article 9 ter de la [Loi] a été violé. En résulte également une violation de l'obligation de motivation formelle telle que prescrite par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : la décision n'apporte pas avec certitude que les soins et médicaments sont disponibles. Enfin, l'impossibilité d'avoir eu accès au dossier administratif malgré la demande expressément formulée le 16/11/2018 constitue une violation du principe de bonne administration puisque le requérant se trouve dans l'impossibilité de vérifier la motivation retenue dans la décision et le cas échéant de contester la position de la partie adverse ».

3.3. Dans une deuxième branche, elle relève que « la partie adverse, dans sa décision, se base sur le rapport médical du médecin conseil de l'Office lequel indique dans son rapport que : « Notons 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 autre c. Royaume-Uni*, 30 octobre 1991, 6111) et que, lorsque les sources dont il 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 (CEDH 4 décembre 2008, *Y / Russie*, § 9, CEDH 28 février 2008, *Saadi/lalieu* § 131, CEDH 4 février 2005 *Mamatkulov en Askarov/Turquie*, §73n, CEDH, 26 avril 2005, *Muslim / Turquie*, § 68), Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Remarquons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n° 23 040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenue (CCE n° 23.771 du 26/02/2009). Soulignons aussi que le fait que la situation de l'intéressé dans son pays d'origine serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, *Affaire D. c. Royaume-Uni* du 2 mai 1997 § 38) Notons enfin que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé, gratuits, illimités et sans possibilité d'erreurs, à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer dans son territoire (Cour Eur. D.H. arrêt N. c. *Royaume-Uni*, § 44) ». Elle expose que « L'article 9ter, § 1^{er} de la [Loi] établit que « [...] ». Deux hypothèses sont visées par cette disposition : soit la maladie est «telle» qu'elle entraîne un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique de l'étranger demandeur, soit la maladie est «telle» qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant pour l'étranger demandeur, « lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ». Dans ce deuxième cas de figure, « la maladie, quoique revêtant un certain degré de gravité, n'exclut pas a priori un éloignement vers le pays d'origine, mais qu'il importe de déterminer si, en l'absence de traitement adéquat, c'est-à-dire non soigné, le malade ne court pas, en cas de retour, le risque réel d'y être soumis à un traitement contraire à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales » (CE, arrêt n°229.073 du 5 novembre 2014). Cependant, les champs d'application de l'article 9ter de la [Loi] et de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ne sont pas identiques. « [...] si la maladie invoquée doit avoir atteint un seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter, il ne ressort ni du texte de la disposition légale, ni des travaux parlementaires pertinents, que le législateur belge aurait voulu que l'autorisation de séjour prévue à l'article 9ter précité ne s'apparente en définitive qu'à un simple «permis de mourir» sur le territoire belge, ce à quoi revient pourtant la thèse selon laquelle le champ

d'application de l'article 9ter de la [Loi] se confond avec celui de l'article 3 de la Convention tel qu'actuellement interprété, à l'égard de l'étranger malade, par la Cour européenne des droits de l'homme, qui ne relie la souffrance due à une maladie «survenant naturellement» à la situation protégée par l'article 3 que dans des «cas très exceptionnels» » (CE, arrêt n°228.778 du 16 octobre 2014). Par ailleurs, il a été tranché, notamment suite « aux questions préjudicielles posées par la Cour constitutionnelle de Belgique à la Cour de Justice de l'Union européenne (affi C-542/13) et aux conclusions de l'avocat général BOT du 17 juillet 2014 », que « l'article 9ter de la [Loi] ne constitue pas une transposition d'une norme du droit européen dérivé mais qu'il doit être appréhendé comme étant une simple norme de droit national » (CE, arrêt n°229.319 du 25 novembre 2014). Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 qui a inséré l'article 9ter dans la [Loi] établissent que «pour être "adéquats" au sens de l'article 9ter 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 » (Projet de loi modifiant la [Loi], Exposé des motifs, CCE X - Page 4 Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Selon l'article 9ter de la [Loi] et les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, l'accessibilité des soins par le requérant ne peut se déduire de leur unique disponibilité dans son pays d'origine : outre l'examen de l'existence des traitements médicaux nécessaires, il convient d'examiner, au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, si le traitement approprié est « suffisamment accessible » ». Elle argumente qu' « il ressort de la décision attaquée et de la motivation précitée que le médecin conseil non seulement associe l'article 9 ter à l'article 3 de la CEDH, ce qui constitue une mauvaise interprétation de l'article 9 ter et qu'en outre, offre une interprétation erronée et dépassée de l'article 3 de la CEDH. Ainsi en estimant 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 autre c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, 6111) et que, lorsque les sources dont il dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autre éléments de preuve (CEDH 4 décembre 2008, Y/Russie, § 9, CEDH 28 février 2008, Saadi/lalie § 131, CEDH 4 février 2005 Mamatkulov en Askarov/Turquie, §73n, CEDH, 26 avril 2005, Muslim / Turquie, § 68), Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.) », la partie adverse viole l'article 9 ter de la [Loi]. En outre, elle donne une interprétation erronée de l'article 3 de la CEDH en invoquant une jurisprudence obsolète. Ainsi, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a rendu un arrêt en date du 13 décembre 2016 dans l'affaire Paposhvili c. Belgique (requête n° 41738/10) dans lequel elle a clarifié sa jurisprudence concernant les étrangers malades faisant l'objet d'une décision d'éloignement et l'interprétation à donner de l'article 3 de la CEDH dans ce cas de figure. Elle a ainsi rappelé ce qui suit : [cfr considérants 181 à 190]. Il ressort de cet arrêt que la partie adverse n'a pas retenu une interprétation conforme ni de l'article 3 de la CEDH ni de l'article 9 ter de la [Loi]. En outre, elle se méprend sur ses obligations qui sont les siennes, à savoir une vérification au cas par cas. La C.E.D.H. a conclu dans son arrêt Paposhvili que : [cfr considérant 205]. Aussi, en l'état actuel du dossier administratif qui ne dément pas les informations données par le requérant, force est de constater que le requérant n'est pas assuré d'être correctement soigné et suivi. Partant, les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 précitée et l'article 9 ter de la loi du 15/12/1980 ont été violés car la décision est insuffisamment motivée. En découle une violation de l'article 3 de la CEDH et de l'article 9 ter de la loi du 15/12/1980 ».

3.4. La partie requérante prend un second moyen de la violation de « L'article 8 bis de l'Arrêté Royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967 lu isolément ou en combinaison avec l'article 3 de la CEDH, l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ».

3.5. Elle reproduit le contenu des articles 2, § 1^{er} et 8 bis de l'Arrêté Royal n° 78 visé au moyen. Elle développe que « Le médecin-conseiller de la partie adverse qui a rédigé le rapport médical qui fait partie intégrante de la décision attaquée, est un médecin au sens de l'article 2, §1^{er} de l'arrêté royal précité puisqu'il est porteur du diplôme légal en médecine. Il est soumis au prescrit légal de l'article 8bis de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967. Or, à aucun moment dans la décision querellée et le rapport médical annexé n'est rencontrée cette motivation relative à la continuité des soins. En effet, si, au regard de l'article 9 ter de la [Loi] existe une obligation de motivation sur l'accessibilité et la disponibilité des soins, force est de constater que cette obligation induit également l'obligation de continuité des soins, par ailleurs imposée par l'article 8 bis précité. En qualité de médecin, le médecin conseil de la partie adverse n'a donc d'autre choix que d'avoir égard à cette obligation de continuité des soins et doit examiner si la continuité des soins sera respectée dans le cadre de la décision entreprise. Rappelons

que cette obligation de continuité de soins n'est pas un vain mot puisque l'article 382 de ce même arrêté royal prévoit des sanctions pénales dans l'hypothèse d'une violation de cette obligation. Partant, exiger de motiver sur cette question relève tant de l'article 8 bis précité que de l'obligation de motivation formelle ou encore de l'article 3 de la CEDH ou l'article 9 ter de la [Loi] : en l'absence de continuité de soins le pronostic vital est engagé ce qui expose le requérant à un traitement contraire auxdits articles 3 de la CEDH et 9 ter de la [Loi]. Cela est expressément confirmé dans le certificat médical du 12 novembre 2018 produit en inventaire. Cette absence de motivation au sujet de la continuité des soins révèle aussi une violation de l'obligation formelle des actes administratifs telle que sanctionnée par les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991. Une lecture attentive de l'article permet d'établir qu'il existe une obligation positive dans le chef des médecins concernés : celle de prendre, préalablement à l'interruption du traitement d'un patient, toutes dispositions en vue d'assurer la continuité de ses soins. D'une part, le fait d'adopter « toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins » impose, dans le chef du médecin, une démarche active afin de s'assurer que le traitement ne sera pas interrompu. Le requérant constate que le médecin-conseil de la partie adverse n'a fait aucune démarche active afin de s'assurer qu'il ne verrait pas son traitement interrompu et pourrait, entre autres, bénéficier du traitement médical adéquat. Il ne ressort pas du dossier administratif que le requérant bénéficierait effectivement de son traitement actuel de manière continue. D'autre part, l'obligation libellée par l'article 8bis précité de prendre toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins incombe aux praticiens concernés et non aux patients. Cette obligation incombe aux « praticiens visés aux articles 2, § 1er, 3, 2bis, 21quater et 21noviesdecies » de l'arrêté royal précité et non aux malades eux-mêmes. Ce faisant, la décision attaquée viole l'article 8bis de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967 ».

4. Discussion

4.1. Sur la première branche du premier moyen pris, quant à l'argumentation fondée sur le défaut d'accès au dossier administratif, plus particulièrement aux requêtes Medcoi fondant la disponibilité des soins et suivis requis au pays d'origine, le Conseil constate qu'en date du 16 novembre 2018, le conseil du requérant a envoyé un mail au service publicité de la partie défenderesse rédigé en ces termes : « Je viens tout juste de recevoir à ma consultation Monsieur [M.D.] (OE : [...]) qui me remet une décision notifiée le 25/10/2018. Mon délai de recours est fort bref (recours à faire au plus tard vendredi 23/11/2018) et j'espère pouvoir obtenir de votre part les MedCOI cités dans la décision : [...] Je suis bien consciente que les délais de traitement sont habituellement plus long[s] pour votre service. Généralement je suis avisée plus tôt des décisions et je fais au plus vite. Mais aujourd'hui, je viens de prendre connaissance de cette décision ». A la lecture de ce courrier, il apparaît que même si une « urgence » a été invoquée, la partie requérante a admis que les délais de traitement sont habituellement plus longs. Elle a ainsi eu égard implicitement au délai légal de trente jours endéans lequel la partie défenderesse était tenue de lui communiquer les documents sollicités. De plus, le Conseil relève que, conformément à l'ordonnance de convocation du 17 janvier 2019, le dossier administratif pouvait être consulté au secrétariat du Conseil jusqu'à la veille de l'audience du 12 février 2019. Or, le Conseil observe que durant cette dernière audience, la partie requérante n'a pas concrètement exposé en quoi les éléments auxquels elle n'a pas eu accès auraient permis l'annulation de la décision querellée dès lors qu'elle s'est contentée de déclarer qu'elle n'a pas d'information dans son dossier quant au fait de savoir si le requérant a consulté son dossier administratif au Conseil. En conséquence, la contestation paraît dès lors de pure forme. Dans ces circonstances, le Conseil estime que les droits de la défense de la partie requérante, lesquels constituent un moyen d'ordre public et peuvent être soulevés d'office, n'ont pas été violés.

Par ailleurs, le Conseil souligne que le projet MedCOI est une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qu'il associe 15 partenaires dont 14 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. En outre, les sources du projet sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « International SOS », « Allianz Global Assistance » et « Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine ». Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données. A titre de précision, le Conseil relève enfin que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a utilisé cette source que pour garantir la disponibilité des soins et des suivis requis au requérant et non l'accessibilité à ces derniers.

4.2. Sur la deuxième branche du premier moyen pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, « *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 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève ensuite qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* 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 soulève enfin que l'obligation de motivation 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'expliquer 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. Quant à ce contrôle, 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 desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

4.3. En l'espèce, le Conseil constate que la décision attaquée est fondée sur un rapport du 23 août 2018 établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse dont il ressort, en substance, que le requérant souffre de pathologies pour lesquelles le traitement médicamenteux et les suivis nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Le Conseil tient à souligner que le médecin-conseil de la partie défenderesse a estimé que les pathologies du requérant ne pouvait entraîner un risque pour la vie ou l'intégrité physique de ce dernier ou un risque de traitement inhumain et dégradant dès lors qu'il n'y a pas de contre-indication émise à voyager (tout en veillant au respect du régime pendant le voyage) et que les soins nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine. Le médecin-conseil de la partie défenderesse a donc examiné les diverses hypothèses prévues dans le cadre de l'article 9 *ter* de la Loi et ne s'est donc pas limité au seuil élevé de l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la jurisprudence européenne.

Plus particulièrement, concernant l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé que « *Pour ce qui est de l'accessibilité des soins au Maroc, notons que le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, Le régime marocain de sécurité sociale,*

www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html) nous informe que le régime marocain de protection sociale couvre les salariés des secteurs public et privé et assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès, chômage et sert les prestations familiales. Ce régime comprend l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO), fondé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants, et le régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies (Régime d'Assistance Médicale, A propos du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) www.ramed.ma/ServicesEnlign/APropos.html). Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles et ne pouvant bénéficier de l'AMO. Depuis le 13 mars 2012, le RAMED a été étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble des territoires du Royaume du Maroc. La population cible est maintenant atteinte. Les personnes en situation de pauvreté bénéficient gratuitement du RAMED. Dans le cadre de l'AMO, les prestations de soins concernant des maladies graves ou invalidantes dispensées dans des services publics de santé sont prises en charge à 90 % du tarif de référence. En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou des soins très onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale (Agence Nationale de l'Assurance Maladie, www.anam.ma/lagence/presentation/la-couverture-medicale-debase/ramed/presentation/). Par contre, les soins de santé relevant du RAMED sont identiques au panier de soins de l'AMO mais ne peuvent être dispensés que dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat (Agence Nationale de l'assurance Maladie (ANAM), Connaître l'Assurance Maladie, RAMED, http://www.assurancemaladie.ma/anam.php?id_espace=4&id_rub=4). L'intéressé peut donc rentrer au pays pour bénéficier de toutes ces opportunités que lui offre le pouvoir public marocain. Remarquons aussi que l'intéressé a vécu plus longtemps dans son pays d'origine avant de venir sur le territoire belge. Rien ne prouve qu'il n'a pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin. Par ailleurs, l'intéressé invoque la situation au pays d'origine en s'appuyant sur le rapport de « Médecins Sans Frontières » qui affirme que les médicaments dont l'intéressé a besoin coûtent cher, et il affirme ne pas avoir d'appui financier au pays, son père étant indigent. Notons cependant 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 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont il 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; 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. Remarquons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Soulignons aussi que le fait que la situation de l'intéressé dans son pays d'origine serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume-Unis du 02 mai 1997, §38) Notons enfin que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cfr. Cour Eur. D.H.; arrêt N.c. c. Royaume-Unis; § 44; www.echr.coe.int). Rappelons également que le rôle du médecin fonctionnaire n'est pas de vérifier si les soins du pays sont de qualité comparable à ceux prodigués en Belgique mais bien de s'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre le demandeur soient disponibles et accessibles au pays d'origine. Il est enfin à préciser que l'intéressé est en âge de travailler; en l'absence d'une attestation d'un médecin du travail faisant état d'une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'il ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, y exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et financer ainsi ses besoins médicaux. Le requérant peut choisir de s'établir dans un lieu du pays d'origine où les soins sont disponibles. On notera que les habitants de son pays d'origine font aussi les déplacements nécessaires pour médicaux. Sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je peux conclure que les soins requis sont accessibles dans le pays d'origine ».

Ainsi, le raisonnement du médecin-attaché repose sur des éléments distincts, à savoir : l'assurance maladie obligatoire, le Ramed, le fait que rien ne prouve que le requérant n'a pas tissé au pays d'origine des relations sociales susceptibles de lui venir en aide et enfin la possibilité pour le requérant d'avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine, d'y exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé et d'ainsi financer lui-même ses soins médicaux. Or, en termes de recours, la partie requérante ne conteste que la mention du médecin-conseil de la partie défenderesse indiquant « Notons

cependant 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 (voir: CEDH affaire *Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni*, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont il 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; 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 », laquelle constitue une partie de la réponse à l'invocation par le requérant du rapport de Médecin Sans Frontières qui affirme que les médicaments dont il a besoin coûtent cher et à l'allégation de ce dernier selon lequel il n'a pas d'appui financier au pays d'origine dès lors que son père est indigent. Sans s'attarder sur la pertinence de la réponse du médecin-conseil de la partie défenderesse à cet égard et même à considérer que les médicaments nécessaires coûtent cher et que le père du requérant est indigent, le Conseil estime en tout état de cause que les autres éléments, qui ne sont aucunement remis en cause en termes de requête, suffisent à eux seuls à justifier, selon le médecin-conseil de la partie défenderesse, que la condition d'accessibilité aux soins et suivis requis est remplie.

4.4. Sur le second moyen pris, quant à l'invocation de l'article 8 *bis* de l'Arrêté Royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967, le Conseil estime qu'elle manque de pertinence. En effet, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'intervient pas comme prestataire de soins à l'égard du requérant dont le rôle est d'établir un diagnostic, mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *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* ». Dès lors, l'article susmentionné, en ce qu'il ne s'applique qu'aux médecins dispensant des soins de santé à un patient, apparaît infondé eu égard aux circonstances de fait de l'espèce. Pour le surplus, le Conseil relève en tout état de cause que le médecin-conseil a conclu à la disponibilité et à l'accessibilité du traitement médicamenteux et des suivis nécessaires, qu'il a donc veillé à la continuité des soins et qu'il ne lui appartenait pas de faire toute autre démarche active à ce propos. Il a en outre mentionné à juste titre dans son avis médical que « *La constitution d'un dossier médical pour transfert d'informations à destination des confrères compétents dans le pays d'origine est de la compétence du médecin traitant en Belgique, ceci afin d'assurer la continuité des soins conformément à la déontologie médicale* ».

4.5. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire notifié au requérant en même temps que la décision de rejet de sa demande d'autorisation de séjour, il s'impose de constater qu'il ne fait l'objet en lui-même d'aucune critique spécifique par la partie requérante et que, de toute façon, compte tenu de ce qui précède, il est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation que « *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. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable* ».

4.6. Il résulte de ce qui précède que les deux moyens pris ne sont pas fondés.

5. Débats succincts

5.1. 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 du Contentieux des Etrangers.

5.2. 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 annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-huit avril deux mille dix-neuf par :

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDOY,

greffier assumée.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE