



Arrêt

**n°226 679 du 26 septembre 2019
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ANDRIEN & Z. ISTAZ-SLANGEN
Mont Saint Martin, 22
4000 LIEGE**

contre:

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la 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 4 juillet 2014, 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, ainsi que de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 19 mai 2014 et notifiés le 5 juin 2014.

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 16 avril 2019 convoquant les parties à l'audience du 21 mai 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me T. NISSEN loco Mes D. ANDRIEN et Z. ISTAZ-SLANGEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. PIRONT 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

1.1. Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique en octobre 2012.

1.2. Le 28 mars 2013, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 5 août 2013.

1.3. Le 25 avril 2014, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.4. En date du 19 mai 2014, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision rejetant la demande visée au point 1.2. 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 [Y.M.] 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 rapport du 25 avril 2014 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Maroc.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier 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 elle 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 ».

1.5. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant un 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:

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 ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend moyen unique « *de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, des articles 9ter et 62 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 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe général de minutie et du principe général de bonne administration qui impose de tenir compte de tous les éléments de la cause ».*

2.2. Dans une première branche, elle rappelle en substance la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse. Elle argumente qu' « *En l'espèce, en ce qui concerne la disponibilité des soins au Congo (sic), la motivation consiste en une motivation par référence à des sites internet. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes*

être motivés (Cons. État (13e ch.), 17 juin 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130). Dès lors, une simple référence à des sites internet sans que le passage pertinent ne soit cité et reproduit ne peut constituer une motivation adéquate, d'autant que la demande et le complément visaient elles plusieurs sites internet dont elles reproduisaient dans son corps la teneur. En raison de cette lacune, la décision méconnaît les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, le principe général visé au moyen, ainsi que les articles 9ter et 62 de la [Loi] ».

2.3. Dans une deuxième branche, elle soutient que « L'avis médical ne conteste pas la gravité de la pathologie, mais retient la disponibilité et l'accessibilité aux traitements médicamenteux et suivi requis pour assurer la stabilité de la pathologie du requérant » et elle s'attarde sur la portée de la notion de traitement adéquat au sens de l'article 9 ter de la Loi.

S'agissant de la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine, elle développe que « Dans sa demande 9ter, le requérant mentionnait que son problème réside plutôt dans l'accès aux médicaments et aux traitements plutôt que dans la disponibilité de ces derniers au Maroc. Néanmoins, le requérant tient à critiquer les informations auxquelles renvoie la partie adverse: Le médecin conseil renvoie, premièrement, à la base de données MedCOI pour la disponibilité des médicaments. La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés (Cons. État (13e ch.), 17 juin 2003, Adm. Publ. Mens., 2003, p.130). Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Les sources d'information MedCOI sont consultables sur demande, mais la prise de connaissance du contenu de la base de données ne se fait en tout état de cause pas antérieurement ni concomitamment à la décision et va à l'encontre de la jurisprudence citée ci-dessus. De plus, les médecins qui l'alimentent sont protégés par l'anonymat. De sorte que ni la requérante, ni Votre Conseil ne sont capables de vérifier les affirmations de la partie adverse, qui commet une erreur manifeste et méconnaît ainsi les articles 9ter et 62 de la [Loi]. Dans ce sens, CCE n°114.161 du 21 novembre 2013 : « 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 Russie. En effet, l'accès en est limité au titulaire du mot de passe. Dès lors les remarques formulées à ce sujet par le requérant dans sa requête sont totalement fondées ». Deuxièmement, en ce qui concerne les autres sources auxquelles renvoie la partie adverse, aucune de ses sources ne mentionne la qualité du traitement proposé, la formation des médecins présent dans les hôpitaux ainsi que le matériel dont il dispose de sorte que ces sources ne permettent pas de conclure que le requérant aurait accès à un traitement et à un suivi adéquat en méconnaissance de l'article 9ter ».

Concernant l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, elle expose que « D'une part, le requérant déplore l'attitude du médecin conseil qui lui reproche de ne pas avoir reproduit les articles qu'il invoque dans sa demande. Il ressort, en effet, du rapport du médecin conseil joint à cette décision que le médecin conseil ne respecte pas lui-même ses propres recommandations (cfr. partie « Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine) et, plus fondamentalement, qu'il ne respecte pas la jurisprudence du Conseil d'Etat qu'il invoque pourtant également lui-même. Ce reproche est d'autant plus mal venu que ce rapport du médecin conseil n'est pas une exception et que régulièrement, les rapports ne reproduisent pas le contenu des sites qu'ils invoquent. D'autre part, le requérant a déposé plusieurs attestations à l'appui de sa demande 9ter attestant qu'il n'est pas couvert par la RAMED. La partie adverse ne précise pas quelle « administration compétente » aurait pu rédiger une attestation indiquant que le requérant n'entre pas dans les conditions pour pouvoir bénéficier du RAMED. Les autorités locales ont pris la peine de rédiger une attestation pour prouver que le requérant est en défaut de couverture médicale, si le requérant avait pu bénéficier du RAMED elle[s] ne l'aurait[en]t pas fait. Par ailleurs, l'argument selon lequel les attestations ont été rédigées « alors que le requérant se trouvait en Belgique » est inopérant. En effet, les attestations ont été rédigées 1 mois après le départ du requérant pour la Belgique de sorte que si le requérant avait bénéficié du RAMED au pays, il aurait toujours été couvert 1 mois après son arrivée en Belgique. En ce qui concerne les informations tirées du CLEISS comme cela avait été mis en exergue dans la demande 9ter, le requérant n'étant pas un salarié –donc un « ayant droit » - au Maroc et n'y ayant jamais cotisé, il n'aurait pas accès au régime national de protection sociale qui ne couvre que les salariés du secteur public et du secteur privé. Concernant l'AMO, le même constat s'impose : le requérant ne fait pas partie des ayants droits. Il ressort en effet du site <https://www.ramed.ma/ServicesEnligne/home.html> que les personnes couvertes sont des personnes exerçant des activités lucratives. Enfin comme cela a été mis en exergue à l'appui de la demande 9ter, le RAMED ne couvre pas encore l'ensemble des personnes démunies au Maroc :

Consulté ce 4 juin 2014, le site du RAMED auquel renvoie la partie adverse ne permet pas de conclure que le Régime d'Assistance Médicale est actuellement opérationnel : Avec le commencement de l'AMO en 2005, la mise en place du RAMED en 2011, précédée par une expérience pilote lancée en 2008 à la région Tadla Azilal, permettra à une population économiquement démunie de bénéficier d'une couverture médicale de base qui offrira ainsi la gratuité des soins et prestations médicalement disponibles dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat aussi bien en cas d'urgence ou lors de l'hospitalisation. Par ailleurs, d'un autre site consulté par la partie adverse il ressort que « La généralisation du régime RAMED à l'ensemble des régions du Royaume a été donnée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste le 13 mars 2012 à Casablanca. 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) ». http://www.assurancemaladie.ma/anam.php?id_espace=4&id_rub=4 C'est bien le temps du futur qui est utilisé. Le RAMED a mis plusieurs années pour entrer en vigueur et il ne semble toujours pas encore couvrir ceux qui devraient y avoir droit: Le Maroc a en effet voté une loi pour instaurer le « RAMED » (Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis) mais ce dispositif n'est pas encore en vigueur dans le pays. Pour bénéficier des remboursements des soins, il faut soit contracter une assurance privée qui ne rembourse que très peu (à hauteur de 20%), soit rentrer dans les conditions de l'assurance maladie obligatoire pour les salariés, quod non en l'espèce. Une ville a essayé le RAMED (projet pilote) avant son instauration à l'échelle de tout le Royaume. Ce système semble loin de tenir ses promesses... Un article publié sur le site du journal marocain « L'ECONOMISTE », édition n°3412 du 26/11/2010, intitulé : « Ramed, un an après: Le grand flop de la phase pilote » (<http://www.leconomiste.com/article/ramed-un-apres-le-grand-flop-de-la-phase-pilote>), met en exergue les difficultés et la non concrétisation du système d'assurance maladie et de remboursement des soins de santé au Maroc pour les plus démunis (le régime d'assistante médicale aux plus démunis, le RAMED). « Critères d'éligibilité, accès aux soins, données incomplètes, système d'information défaillant. La commission générale ne s'est réunie qu'une seule fois quatorze mois après le lancement de l'expérience pilote du régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (Ramed) dans la région de Tadla-Azilal, le bilan est tout sauf séduisant. Le cabinet d'études EMC audit & conseil, en charge d'évaluer l'expérience pilote menée dans cette région vient de rendre son évaluation. La région est considérée comme l'une des plus pauvres du Royaume (avec un taux moyen de pauvreté qui dépasse les 45% selon les chiffres du HCP). Le rapport conclut qu'à fin janvier 2010, le nombre de cartes émises dans la région était de 32.800 pour 109.000 bénéficiaires sur les 420.000 estimés. Sur le terrain, en dépit des réalisations importantes dans cette région, «il n'en demeure pas moins que des points de correction et d'amélioration sont nécessaires avant toute démarche de généralisation» souligne la première évaluation dont L'Economiste détient copie. Une évaluation qui s'est basée sur un échantillon de 443 personnes et a couvert des thématiques portant sur l'appréciation du processus d'éligibilité et de l'accès aux soins. Les premières conclusions sont alarmantes. Une multitude de défaillances ont été relevées durant cette période d'évaluation. (...) Concrètement, seules 27% des cartes des vulnérables sont payées et récupérées par leurs détenteurs. Ce qui génère un manque à gagner pour l'Etat. Les recettes liées à la contribution des vulnérables sont dérisoires et ne s'élèvent qu'à 300.000 DH alors que les prévisions du HCP tablaient sur 5 millions de DH. Du côté des communes, aucun dispositif budgétaire n'est défini pour leur permettre de prévoir des budgets à verser au Ramed. Du point de vue juridique et réglementaire, le dispositif élaboré pour cette région est jugé insuffisant, voire inadapté. Les critères d'éligibilité sont difficilement lisibles et nécessitent une actualisation au vu des données de l'enquête du HCP sur les revenus élaborées en 2007 et des dernières évaluations d'impact de l'INDH. Les ménages qui disposent d'une couverture médicale ou dont le revenu annuel par individu est supérieur au seuil de vulnérabilité (5.650 DH dans le milieu urbain et 5.113 DH dans le rural) sont automatiquement exclus du régime. Plus encore, le formulaire d'éligibilité doit être revu pour une plus grande clarté dans l'instruction et une meilleure adaptation aux contraintes constatées sur le terrain. Selon l'enquête, 74% des sondés sont analphabètes. En plus le cabinet juge que certaines instances n'ont pas joué pleinement leur rôle. La commission nationale ne s'est réunie qu'une seule fois. Tandis que le nombre des réunions de la commission régionale était limité et les PV ne faisaient pas ressortir de décisions majeures. (...)Le dispositif d'accès aux soins, bien qu'il a été doté de moyens supplémentaires, peine à répondre aux besoins des bénéficiaires, note le cabinet. Un dispositif qui, en fait, reste en deçà des espérances des «Ramedistes». La distribution et l'approvisionnement des médicaments dans les établissements de soins publics sont en inadéquation avec les besoins des usagers. L'étude démontre que le médicament est cité à 76% des fréquences des prestations non disponibles au niveau des structures de soins. D'autant plus que 60% des interviewés hospitalisés déclarent avoir payé moins de 500 DH pour l'achat de médicaments ou prestations non disponibles lors de leur séjour d'hospitalisation (...) ». Par ailleurs, le site du journal d'actualité

marocaine, publie un article, intitulé « Cette fois, c'est la bonne ! Le RAMED prochainement généralisé » le 14/04/2011, qui nous informe que (<http://www.marocnews.tk/2011/04/cette-fois-cest-la-bonne-le-ramed.html>): « Après maintes annonces et maints reports, le Régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis (RAMED) sera finalement généralisé avant la fin de 2011. Si l'on en croit la déclaration de Yasmina Baddou, ministre de la Santé devant la Chambre des conseillers lors de la séance des questions orales tenue le 12 avril, des instructions Royales écrites ont été adressées au gouvernement à ce propos et plusieurs mesures ont été prises pour garantir l'extension du RAMED à l'ensemble du pays et dans les délais prévus. (...) Pourtant, si la ministre semble confiante, son enthousiasme ne semble pas être partagé par tout le monde. Certains élus de la région de Tadla-Azilal lui reprochent la faiblesse des infrastructures sanitaires, le manque de personnels et les conditions de travail déplorables. Ils pensent que les propos de la ministre sont déconnectés de la réalité ; la région ne disposant que de deux centres médicaux pour une population qui dépasse les deux millions. Ces élus s'interrogent sur l'expérience en question au regard du fait que le service d'urgence de l'hôpital de Béni-Mellal fonctionne avec seulement deux infirmiers. La critique ne se limite pas à la Chambre des conseillers, elle fuse également chez certains spécialistes qui estiment que Mme Baddou a occulté les points noirs du rapport et s'est contentée des points positifs. A ce propos, ils pointent du doigt l'inadaptation du dispositif d'accès aux soins, bien qu'il ait été doté de moyens supplémentaires, aux besoins des bénéficiaires, la déconnexion du mode de financement de la réalité et son inexistence du côté des communes et enfin la non stabilisation de la procédure d'accès aux hôpitaux. (...) Un article publié le 29 décembre 2011 et intitulé « La carte Ramed se substituera au certificat d'indigence » nous montre qu'à ce jour, la réforme n'est toujours pas mise en oeuvre (<http://actualites.marweb.com/maroc/sante/la-carte-ramed-se-substituera-au-certificat-indigence.html>). Enfin, en 2012, déjà le site « Migration Magazine » critiquait les refus 9ter trop « formalistes » notamment fondés sur des informations trop générales : « L'OE se base sur des informations générales, par exemple des rapports ou des indications mises en ligne par un gouvernement sur un site... Pour l'OE, cette base suffit du coup à prouver que les soins sont disponibles dans ce pays. Par exemple, aujourd'hui au Maroc une sorte de couverture universelle pour les plus démunis est en train de se développer. C'est ce qu'on appelle le système Ramed (Régime d'assistance médicale). D'après ce que nous en savons, le système n'est pas encore en place. On n'a aucune info sur les modalités du système et son accessibilité sur le terrain pour les plus démunis, notamment en cas de retour ». <http://www.migrations-magazine.be/les-numeros/8-sante-migrations-la-belgique-hopital-du-monde/item/157-9ter-des-refus-formalistes> La partie adverse qui a statué sur des informations hypothétique n'a pas démontré que le requérant aurait concrètement accès aux soins requis par son traitement. Pour terminer, comme le père du requérant le souligne il n'y a personne pour assister financièrement son fils au pays. En outre, le requérant ne serait pas en mesure de chercher du travail sans ses piqûres d'insuline. Le temps qu'il trouve du travail et soit engagé sa vie sera mise en péril puisqu'il n'aura pas de couverture médicale pour payer ses soins. Au vu de ces éléments, la partie adverse n'a pu, sans commettre d'erreur manifeste ni violer les articles 9ter de la [Loi] et 3 CEDH, décider que le requérant, compte tenu son état de santé et du suivi particulier dont [il] a besoin, ne serait pas [soumis] à des traitements inhumains et dégradants en cas de retour au Congo (sic) ».

3. Discussion

3.1. Sur les deux branches réunies du moyen unique 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 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce

sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève 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 existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne également qu'il appartient au demandeur d'une autorisation de séjour d'apporter la preuve qu'il remplit les conditions inhérentes au droit qu'il revendique et d'informer l'autorité administrative de tout élément susceptible d'avoir une influence sur l'examen ou l'issue de sa demande. Dans la mesure où le requérant doit être tenu pour complètement informé de la portée de la disposition dont il revendique l'application, il lui incombait de transmettre avec la demande, ou les compléments éventuels de celle-ci, tous les renseignements utiles, au regard de sa situation personnelle, concernant sa maladie ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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).

3.2. En l'espèce, le Conseil constate que la première décision attaquée est fondée sur un rapport du 25 avril 2014 établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'un diabète de type 1 pour lequel le traitement médicamenteux et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Plus particulièrement, concernant la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé que « *Le Novomix est disponible au Maroc. Des médecins spécialistes dans la prise en charge du diabète, de nombreuses cliniques, des hôpitaux et des laboratoires sont disponibles au Maroc. Informations: - de la base de données MedCOI : des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume du 03.03.2014 avec le numéro de référence unique MA-3214-2014. - et des sites: http://www.assurancemaladie.ma/upload/document/GMR_NC.pdf; <http://www.annuairemedical.ma/re08sMedecins.php>; <http://www.annuairemedical.ma/rescliniques.php>; <http://www.annuairemedical.ma/reshopitaux.php>; <http://www.annuairemedical.ma/reslaboAna.php>. Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des soins médicaux au pays d'origine, le Maroc* », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation concrète.

S'agissant de l'argumentation fondée en substance sur le fait que la motivation par référence dans ce cadre ne remplit pas les conditions requises, le Conseil relève tout d'abord qu'il ressort de l'acte de notification de la première décision attaquée, signé par le requérant, que celui-ci « *déclare avoir reçu l'enveloppe fermée ci-jointe* », laquelle contient le rapport du médecin-conseil de la partie défenderesse du 25 avril 2014, sans que le requérant ne conteste cette circonstance. Ensuite, outre le fait que l'avis

du médecin-conseil de la partie défenderesse ne constitue pas en soi en une motivation, le Conseil souligne que ce dernier ne s'est pas limité à énumérer une base de données et des sites Internet mais a exposé que « *Le Novomix est disponible au Maroc. Des médecins spécialistes dans la prise en charge du diabète, de nombreuses cliniques, des hôpitaux et des laboratoires sont disponibles au Maroc* » et a fourni en notes subpaginales des précisions relatives au projet MedCoi et aux médecins qui alimentent cette base de données. Ainsi, le Conseil estime que ces considérations comportent les éléments essentiels et pertinents, au vu du cas d'espèce, de la base de données et des sites Internet auxquels s'est référé le médecin-conseil de la partie défenderesse et qu'elles permettent au requérant de comprendre pourquoi ce médecin a conclu à la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi nécessaires au pays d'origine, sans qu'il soit nécessaire de reproduire l'intégralité des documents en question. En conséquence, il ne peut être reproché à la partie défenderesse, via son médecin-conseil, de ne pas avoir adéquatement motivé par référence.

Par ailleurs, le Conseil rappelle que le requérant dispose du droit de consulter son dossier administratif en vertu de l'article 4 de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, selon les modalités prévues par cette loi, et bénéficie en outre, lorsqu'un recours est introduit devant le Conseil, du droit de consulter le dossier administratif au greffe selon les modalités prévues par la Loi, étant rappelé que le dépôt dudit dossier administratif doit permettre à la partie défenderesse d'établir l'exactitude de ses motifs. Le Conseil remarque que le requérant ne prétend pas avoir sollicité l'accès à son dossier administratif selon la procédure instituée par la loi du 11 avril 1994 susmentionnée. De plus, le Conseil ne peut que constater qu'après avoir bénéficié d'une possibilité effective d'accès au dossier administratif avant l'audience dans le cadre de la présente procédure, le requérant n'a fait valoir aucun argument à l'audience au sujet de l'examen de la disponibilité du traitement médicamenteux et du suivi requis au pays d'origine et des bases de données ou sites Internet y relatifs. Il s'ensuit que le requérant n'indique pas de quelle façon un accès complet aux informations tirées de ces bases de données et de ces sites Internet aurait pu lui être profitable d'une quelconque manière pour la rédaction de son recours, en manière telle qu'il ne justifie pas, en tout état de cause, d'un intérêt à cette articulation du moyen.

Relativement au fait qu'il n'est pas possible de vérifier les informations émanant du médecin-conseil de la partie défenderesse, notamment au vu de l'anonymat des médecins qui alimentent la base de données MedCoi, le Conseil précise que les informations de cette base de données figurent au dossier administratif et qu'il était loisible au requérant de demander la consultation de ce dossier sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration. De plus, comme indiqué en substance dans l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse en notes subpaginales, ce projet est une initiative du Service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais, il associe 17 partenaires dont 16 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fonds Européen pour les Réfugiés. En outre, les médecins, dont l'anonymat est effectivement protégé, ont été trouvés par l'intermédiaire du Ministère néerlandais des Affaires étrangères dans ses Ambassades outre-mer, ils ont été engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume et ils fournissent des informations sur la disponibilité des soins dans les pays où ils sont basés. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

A propos de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a mentionné que « *Notons que le conseil de l'intéressé cite des informations tirées d'articles de l'économiste et du CLEISS mais ne fournit pas de copie de ces articles. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Notons que l'intéressé fournit des attestations sur l'honneur faites par son père et un agent de quartier indiquant qu'il ne bénéficie pas de la CNSS et du RAMED. Notons que ces attestations ne permettent pas de prouver que l'intéressé ne pourrait s'inscrire et bénéficier de la couverture du RAMED. En effet, ce ne sont pas des réponses officielles de l'administration compétente indiquant que l'intéressé n'entrerait pas dans les conditions pour pouvoir bénéficier de la couverture du RAMED. De plus, les attestations ont été rédigées alors que l'intéressé se trouvait en Belgique (cf attestation du 05.11.2012 faite par son père). Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que le régime marocain de protection sociale couvre aussi bien les salariés des secteurs public et privé et assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès et sert les prestations familiales. Le régime marocain 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. Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles ne pouvant bénéficier de l'assurance-maladie obligatoire. Le RAMED a fait l'objet d'un projet-pilote en novembre 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadla-Azilal, où il a été testé pendant 2 ans. 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. Depuis le 13 mars 2012, le RAMED est étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble des territoires du Royaume du Maroc. Notons que l'intéressé « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles ». Notons que dans ses demandes de VISA, on apprend que l'intéressé a travaillé comme agriculteur et a fait des études en faculté des sciences juridiques à l'université et que son frère qui vit en Belgique lui a envoyé de l'argent dans le but d'obtenir son VISA. Rien ne démontre que son frère ne pourrait continuer à l'aider financièrement pour financer ses besoins médicaux si nécessaire. Et en absence d'une attestation d'un médecin du travail attestant une éventuelle incapacité de travailler, rien ne démontre que l'intéressé ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux. De plus, l'intéressé ayant vécu pratiquement toute sa vie au Maroc, il nous est raisonnablement permis de penser qu'il y a tissé des liens sociaux. Et il apparaît dans sa demande 9^{ter} que l'intéressé a encore de la famille au Maroc. Dès lors, rien ne démontre que son entourage social et/ou sa famille ne pourrait l'accueillir et/ou l'aider financièrement si nécessaire. Concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CE n° 81574 du 23 mai 2013). Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins médicaux au pays d'origine, le Maroc. Les soins sont donc disponibles et accessibles au Maroc », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile.

Le Conseil observe que les constats du médecin conseil de la partie défenderesse relatifs à l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi au pays d'origine comprennent des motifs distincts, à savoir l'existence du RAMED, l'Assurance Maladie Obligatoire, l'accueil et/ou l'aide financière de l'entourage social et/ou de la famille du requérant, et enfin, le fait que ce dernier pourrait accéder au marché de l'emploi au pays d'origine et ainsi financer ses soins médicaux.

S'agissant de la mention selon laquelle « en absence d'une attestation d'un médecin du travail attestant une éventuelle incapacité de travailler, rien ne démontre que l'intéressé ne pourrait avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux », le Conseil estime qu'elle se vérifie au dossier administratif et ne fait l'objet d'aucune contestation utile. En termes de recours, la partie requérante invoque que « le requérant ne serait pas en mesure de chercher du travail sans ses piqûres d'insuline. Le temps qu'il trouve du travail et soit engagé sa vie sera mise en péril puisqu'il n'aura pas de couverture médicale pour payer ses soins », or, cela n'a pas été invoqué en temps utile à l'appui de la demande. En effet, le requérant n'a pas soulevé expressément dans sa demande qu'il ne pourrait chercher un emploi sans ses piqûres d'insuline et qu'il aurait des difficultés à trouver un emploi rapidement au Maroc. Dès lors, il ne peut être reproché à la partie défenderesse, via l'intermédiaire de son médecin-conseil, de ne pas avoir tenu compte de ces éléments en vertu du principe de légalité. A titre de précision, le Conseil souligne que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a aucunement relié l'accès au marché de l'emploi et le financement possible des soins médicaux qui en découle à la couverture de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En conséquence, l'accès au marché de l'emploi au pays d'origine dans le chef du requérant (et donc la possibilité de financer ses soins médicaux) suffit à lui seul à estimer que la condition d'accessibilité au traitement médicamenteux et au suivi nécessaires au pays d'origine est remplie. Il n'y a dès lors pas lieu de s'attarder sur les développements émis en substance à l'égard des autres motifs justifiant l'accessibilité rappelés ci-avant. Pour cette même raison, le Conseil ne perçoit pas l'intérêt d'analyser la contestation ayant trait à l'indication selon laquelle « Notons que le conseil de l'intéressé cite des informations tirées d'articles de l'économiste et du CLEISS mais ne fournit pas de copie de ces articles. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001) ».

3.3. Quant au fait qu'aucune des sources n'a égard à la qualité du traitement proposé, de la formation des médecins et du matériel utilisé, le Conseil ne peut qu'observer en tout état de cause qu'il ne découle pas du prescrit de l'article 9 *ter* de la Loi ou de son commentaire, que la dimension qualitative

des soins est à prendre en considération dans le cadre de l'appréciation de l'adéquation du traitement au sens de la disposition précitée.

3.4. En ce qui concerne la violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, en se référant au rapport du médecin-conseil du 25 avril 2014, la partie défenderesse a déclaré non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 *ter* de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé du requérant sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant.

3.5. Le Conseil estime par conséquent que la partie défenderesse a pu, sans commettre une erreur manifeste d'appréciation ni violer les articles et principes visés au moyen, rejeter la demande du requérant en se référant au rapport de son médecin-conseil daté du 25 avril 2014.

3.6. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire notifié au requérant en même temps que la décision de rejet de la 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 motivés 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 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable* ».

3.7. Les deux branches réunies du moyen unique pris ne sont pas fondées.

4. Débats succincts

4.1. 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.

4.2. 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 vingt-six septembre deux mille dix-neuf par :

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDOY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE