

Arrêt

n° 237 555 du 29 juin 2020
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J.C. DESGAIN
Rue Willy Ernst, 25 A
6000 CHARLEROI

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la lutte contre la Pauvreté et désormais la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIII^E CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 4 mars 2014, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à 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 23 décembre 2013 et notifiés le 3 février 2014.

Vu le titre Ier 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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle n° 40864 du 24 mars 2014.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 19 mai 2020 convoquant les parties à l'audience du 23 juin 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me E. DESTAIN loco Me J. DESGAIN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS loco Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante est arrivée en Belgique à une date indéterminée.

1.2. Le 8 août 2011, elle a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire.

1.3. Le 12 février 2013, elle 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 18 juin 2013.

1.4. Le 13 décembre 2013, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 23 décembre 2013, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision rejetant 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.

Madame [E.G.N.] 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'intéressée 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 de la requérante.

Dans son avis médical remis le 13.12.2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), 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 de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine, le Maroc.

Le conseil de l'intéressée fournit différents rapports et articles concernant la prise en charge et [...] l'accès aux soins de santé au Maroc.

*Notons 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 elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). **Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012** Notons également que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Maroc. En l'espèce la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'ajoute en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).*

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, il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lors qu'il existe un 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 de l'article 3 CEDH ».

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième 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'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs de l'article 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire , le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers concernant l'obligation de motivation des décisions prises en vertu de cette loi, de l'article 3 de la Convention Européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de l'article 15 de la directive 2004/83/CE, de l'erreur manifeste d'appréciation du principe de précaution, de minutie de l'obligation de diligence et de la violation des principes généraux de bonne administration dont le principe suivant lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause ».

2.2. Elle expose « Que la requérante a introduit sa demande de régularisation de séjour en application de l'article 9ter de la [Loi] le 28.06.2012 (sic). Que sa demande se fondait sur son état de santé. Qu'à l'appui de sa requête, elle avait produit le certificat médical type dressé par un médecin spécialiste des affections dont elle souffre. Ce certificat établissait à suffisance la gravité de l'état de santé de la requérante, requise aux termes de l'article 9ter. Qu'en effet, comme le souligne le Docteur [D.N.], celle-ci souffre du diabète 2. Que ce Médecin précisait dans son rapport de consultation (voir annexe au certificat médical) que la requérante a été hospitalisée d'urgence (voir dossier de pièces) en raison d'un accident vasculaire [cérébral] responsable d'un tableau de strabisme et lors de cet épisode, ils ont du faire recours à l'insulinothérapie et que le bilan des complications dégénératives a démontré la présence d'une rétinopathie avec maculopathie diabétique et qu'elle a présenté également une dyslipidémie. Que comme l'affirme[nt] le Docteur [Y.I.M.] et le Docteur [H.R.] dans [leur] certificat (voir pièce) la requérante a été hospitalisée pour diplopie d'installation brutale et réduction diagnostic c'est à dire : neuropathie et le (sic) ischémique du nerf oculomoteur externe gauche et rétinopathie diabétique.. Que comme confirmé par le Docteur [D.N.] dans son rapport de consultation (voir annexe au certificat médical) la requérante présente une rétinopathie avec maculopathie diabétique. Que la maculopathie diabétique est la principale cause de malvoyance chez les personnes diabétiques. Ces certificats établissai[en]t à suffisance la gravité de l'état de santé de la requérante requise aux termes de l'article 9ter. Qu'en effet, comme le soulignait le Docteur [D.N.], celle-ci souffre de diabète 2, insulino requérant, compliqué de masculopathie et rétinopathie, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle et a été hospitalisée suite à un accident vasculaire responsable d'un tableau de strabisme. Que ce Médecin confirmait que la requérante suit un traitement d'insulinothérapie et estime que la durée prévue du traitement est à vie. Que le Docteur [D.N.], affirmait, que les conséquences d'un arrêt du traitement seraient l'aggravation du tableau clinique actuel et l'apparition de nouvelles complications dégénératives ; qu'il précisait également que la proximité d'un hôpital est requise.(voir en annexe certificat médical) Que le Docteur [S.P.], Médecin généraliste parlait dans son rapport médical pour hospitalisation (voir attestation) d'un accident vasculaire cérébral, de diplopie soudaine et affirmait que la requérante est en traitement pour maladie grave. Que la gravité de l'état de santé de la requérante a été établi à suffisance de plusieurs certificats médicaux et attestations des Médecins et même le médecin conseil de la partie adverse, dans son avis estime que : "les certificats médicaux produits à l' appui de la demande sont suffisants et de nature à rendre un examen clinique superflu ..." . Que l'article 9ter §1er de la Loi [...] est libellé comme suit: "[...] ". Qu'en l'espèce, les attestations médicales produites font clairement et de manière détaillée état de la gravité de la pathologie dont souffre la requérante (Conseil d'Etat n°8308 du 04.04.12). Que la Loi, elle-même, réserve au Médecin fonctionnaire la responsabilité d'apprécier le risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du demandeur ou de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou de séjour ; Que la partie adverse doit également tenir compte des certificats médicaux et de toutes les informations relatives à la maladie qui étaient la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter ; Dès lors que le requérant a déposé la preuve de son identité, indiqué l'adresse de sa résidence effective, et un certificat médical, ainsi que « tout autre renseignement ou pièce utile concernant sa maladie dont il dispose en date de l'introduction de la demande », le fonctionnaire Médecin est seul à pouvoir porter une appréciation sur les éléments qui lui ont été déposés par le demandeur, en ce compris le contenu de « tout autre renseignement ou pièce utile concernant sa maladie dont il dispose en date de l'introduction de sa demande », lesquels vont le conduire à constater l'existence ou l'absence de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du demandeur ou de traitement inhumain et dégradant ; S'il estime les éléments déposés par le requérant insuffisants à lui permettre d'atteindre une telle conclusion, la Loi lui ouvre également la possibilité d'examiner le demandeur et/ou de demander l'avis complémentaire d'experts ; Par conséquent, le fonctionnaire Médecin est la seule personne ayant la capacité d'estimer que les éléments portés à son attention sont suffisants ou non, et à permettre une appréciation de la demande au sens de la Loi. Que dans le cas en l'espèce, toutes les pièces médicales produites afin d'étayer l'état de santé de la requérante n'ont pas été prises en considération par la partie adverse. Que la motivation de la décision

entreprise est stéréotypée et la partie adverse n'a pas pris en compte les différents documents déposés par la requérante à l'appui de sa demande ni sa situation particulière. Que la requérante a déposé des certificats médicaux, desquels il ressort qu'elle souffre de diabète 2, insulino requérant, compliqué de masculopathie et rétinopathie, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle et a été hospitalisée suite à un accident vasculaire responsable d'un tableau de strabisme. Que la requérante éprouve fréquemment un sentiment d'insécurité à cause de sa diplopie et réduction de l'acuité visuelle gauche et ce, particulièrement quand elle est seule dans la rue ; elle a donc absolument besoin d'un membre de sa famille afin de l'aider, ces derniers vivant en Belgique. Que la requérante n'a plus aucune famille au Maroc pour la prendre en charge et a besoin de la présence d'un membre de sa famille, élément que la partie adverse n'a pas pris en considération lors de sa décision. Que la partie adverse aurait dû tenir compte de ces éléments « non-médicaux » dès lors qu'ils auraient une influence sur sa situation médicale notamment pour sa vie quotidienne. Que sa situation médicale se serait dégradée à cause du manque d'entourage au Maroc, ce qui aurait conduit sa famille à la prendre en charge ici en Belgique. Que la demande d'autorisation de séjour de la requérante était suffisamment explicite à cet égard (arrêt CCE n°79020 du 12.04.2012). Qu'un retour dans le pays d'origine provoquerait un risque réel pour l'intégrité physique de la requérante et un traitement dégradant au sens de l'article 9ter de la [Loi]. Que la requérante souffre d'une maladie susceptible d'entraîner un risque réel des traitements inhumains ou dégradants lorsqu'elle ne suit pas son traitement et les conséquences ainsi que les complications d'un arrêt du traitement serait l'aggravation du tableau clinique actuel et l'apparition de nouvelles complications dégénératives (voir certificat médical type en annexe). Que même le Médecin conseil de la partie adverse dans son avis médical affirme : « que la requérante a présenté un trouble visuel (diplopie) en septembre 2012 ; ce trouble a été imputé selon les spécialistes consultés à la pathologie diabétique dont le traitement avait été interrompu précédemment ... » Qu'il faut donc préciser que le trouble visuel duquel souffre la requérante était la complication d'un arrêt de son traitement. Qu'elle nécessite [un] traitement à vie (voir certificat médical type). Que le Médecin conseil se contente de déclarer : « que les certificats médicaux fournis par la requérante ne permettent pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine et que les pathologies dont elle souffre n'entraînent pas un risque réel d'un traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Maroc. » Qu'on ne peut que constater que cette conclusion n'est pas adéquate en vue des éléments produits par la requérante qui ne doivent pas être négligés au vu de leur gravité. Que le Médecin conseil a rendu un avis hâtif et précipité qui a été pris sans une évaluation concrète de son état de santé et sans les éléments nécessaires à l'accomplissement de l'acte médical requis, à savoir un dossier médical. Que la partie adverse aurait dû inviter directement et personnellement la requérante pour un examen complémentaire et les constatations du Médecin conseil contreviennent à la prudence. Qu'il est malvenu dans le chef de la partie adverse de conclure hâtivement que la requérante « ne souffre d'une maladie dans un état tel qu'entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique. » Le caractère laconique de ladite motivation ne permet pas à la requérante de saisir les raisons pour lesquelles sa demande d'autorisation de séjour a été déclarée irrecevable. Que la gravité de son état de santé ainsi que la situation sanitaire et sociale prévalant dans son pays d'origine entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ainsi qu'un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans la mesure où, étant indigente, elle n'a que sa famille ici en Belgique pour subvenir à ses besoins. Qu'au vu des documents médicaux (voir en annexe certificats médicaux) et de sa demande d'autorisation de séjour, le Médecin conseil et dès lors la partie adverse, ne pouvaient estimer que les pathologies dont souffre la requérante faisaient preuve d'un manque manifeste de gravité. Que les pathologies de la requérante doivent être considérées comme des maladies très graves, entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant, si ses pathologies ne sont pas soignées adéquatement. Que le conseil de Céans a ainsi déjà estimé dans un arrêt n°92258 du 27.11.2012 : « que la partie adverse devait examiner les pathologies présentées de manière plus étendue que sur le seul risque « pour la vie ». » Que la décision attaquée qui se réfère à l'avis du Médecin conseil ne permet pas de comprendre les motifs pour lesquels une maladie d'une gravité certaine qui peut entraîner des conséquences fatales ne constituerait pas une maladie permettant l'octroi d'une autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la [Loi]. Qu'il n'est pas nécessaire que la maladie représente un risque vital en l'absence de traitement approprié mais un risque pour l'intégrité physique ou, à tout le moins, un risque réel de traitement inhumain et dégradant permettant l'octroi d'une autorisation de séjour pour autorisation médicale. Qu'un retour dans le pays d'origine provoquerait un risque réel pour l'intégrité physique de la requérante et un traitement dégradant au sens de l'article 9ter de la loi précitée. Que le texte de l'article 9ter et les travaux préparatoires affirment qu'il s'agit d'une transposition de l'article 15 de la directive qualification n°2004/83/CE du 29.04.04 qui définit les attentes graves justifiant le droit à la protection subsidiaire ; Que l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés

fondamentales doit être interprété comme excluant qu'un Etat puisse éloigner un étranger en cas de risque grave pour son état de santé, notamment si ce risque découle de l'absence de traitement médicaux dans son pays d'origine ; Que la Loi et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme exigent un risque sérieux, ce qui ne signifie pas que le risque doit être « un risque à 100% » et qu'un risque élevé doit être pris en considération ; Que la décision contestée propose une logique autre que celle posée par l'article 9ter de la Loi [...] qui suppose que l'appréciation du risque [se fasse] dans un contexte d'un possible retour (pays d'origine ou de résidence habituelle) et non pas sur la seule base de la nature et la gravité de la maladie ; Que cette logique ressort des travaux préparatoires de la Loi du 15.09.06, la mise en place de cette possibilité concerne les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain et dégradant dans le pays d'origine ou de séjour (Doc. Parl., chambre 2005-2006,51-2478/001, pages 34 et 35) ; Qu'il s'agit de déterminer si la maladie est telle qu'elle entraîne un risque pour sa vie ou son intégrité dans l'hypothèse d'un retour. Que l'avis du Médecin conseil assimile le degré de gravité de la maladie qui serait posé par l'article 9ter de la Loi à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. La décision querellée, faisant sien l'avis du Médecin fonctionnaire, interprète dès lors l'article 9ter de manière restrictive en y ajoutant des conditions non prévues par la Loi. Qu'à suivre le Médecin conseil, l'article 9ter ne pourrait s'appliquer que lorsqu'il y a un risque vital et donc un danger pour la vie de la personne malade. Or, l'article 9ter ne se limite pas à l'hypothèse d'un risque vital, puisqu'il vise une maladie qui entraîne un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique ou encore un risque de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'y a pas de traitement adéquat dans le pays d'origine ; Qu'en exigeant que la maladie représente un risque vital et atteigne un seuil de gravité tel que requis par l'article 3 de la CEDH, la partie adverse limite singulièrement la portée de l'article 9ter, §1er, alinéa 1er de la Loi [...] ; Or, l'article 9ter de la loi ne se limite pas au risque de décès (arrêt CCE n°98163, n°98169 du 28.02.2013). Qu'il ressort du certificat médical type du Docteur [D.N.] que la requérante souffre de diabète 2, insulino requérant, compliqué de masculopathie et rétinopathie, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle et a été hospitalisée suite à un accident vasculaire responsable d'un tableau de strabisme. Concernant la durée du traitement, ce certificat médical (voir en annexe) précise également que celui-ci est à vie. Qu'il s'agit donc d'un traitement chronique et que les conséquences en cas d'arrêt du traitement requis serait l'aggravation de la santé de la requérante et l'apparition d'une nouvelle complication dégénérative et la proximité d'un hôpital est nécessaire. Que le Médecin conseil de la partie adverse n'a pas examiné si le risque pour la vie de la requérante pouvait résulter d'un arrêt du traitement médical prescrit, alors même que le certificat médical type concluait en ce sens, le rapport du Médecin conseil ne permet pas de vérifier si celui-ci a examiné si les pathologies invoquées n'étaient pas de nature à entraîner un risque réel pour son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le chef de la requérante. Ce faisant, le Médecin conseil n'a pas exercé l'entière responsabilité du contrôle prévu par l'article 9ter de la [Loi] (arrêt du CCE n°92309 du 27.11.2012). Que la décision attaquée repose d'une part sur l'avis du Médecin conseil établi sur la base des certificats médicaux produits par la requérante et d'autre part sur le résultat des recherches menées par la partie défenderesse quant à la disponibilité et à l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante. Qu'il ressort de l'avis du Médecin fonctionnaire que ce dernier a examiné la disponibilité des soins et le suivi du traitement de la requérante au pays d'origine au travers des informations obtenues de sites internet. A cet égard, la décision attaquée précise dans ses motifs que « le rapport du 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 ». Que la référence de la partie adverse au document Med-Coi ne permet pas de contrôler le contenu du rapport international SOS. Que les dates et références ne permettent pas d'y avoir accès et la requérante est dans l'impossibilité de contrôler l'exactitude et l'adéquation de la motivation de la décision concernant la disponibilité et le suivi de soins dans le pays d'origine. De plus, il ressort du rapport du Médecin fonctionnaire que les informations fournies da[ns] la banque des données Med Coi « sont limité[s] à la disponibilité du traitement médical, habituellement dans une clinique/institution de santé, dans le pays d'origine, la base de données ne fournit pas de formation (sic) concernant l'accessibilité du traitement. » Que la partie adverse fonde sa décision sur le rapport du Médecin conseil pour conclure que les soins de santé nécessaires sont disponibles au Maroc, alors qu'il ressort de ce rapport que les sites internet sur lesquels le Médecin fonctionnaire établit ses conclusions ne permettent pas à la requérante d'y avoir accès et contrôler le contenu. La requérante estime que la partie adverse ne s'est pas livrée à un examen aussi attentif que rigoureux de sa situation individuelle et incomber (sic) à la partie défenderesse d'analyser la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante en se basant sur des informations circonstanciées permettant à la requérante de comprendre la motivation de la décision (arrêt CCE

n°85276 du 27.07.2012). Que la requérante à l'appui de sa demande avait produit différents rapports et articles concernant la prise en charge et l'accès aux soins de santé à son pays d'origine (voir articles en annexe). Qu'elle avait précisé dans sa demande d'autorisation de séjour, qu'il y a de sérieux problèmes dans la prise en charge de ses pathologies et que la disponibilité des soins au Maroc n'étant pas assurée, la prise en charge pour le diabète et ses complications dégénératives est encore couteuse. Qu'elle avait indiqué dans sa demande de séjour qu'« Au Maroc, les personnes atteintes du type 2, comptent plus de 2 millions d'adultes de plus de 30 ans (cf. www.leconomiste.com). Qu'actuellement, le diabète est cher. Qu'il est l'une des maladies chroniques les plus coûteuses, indique Dr [J-D.B.], professeur d'endocrinologie et maladies métaboliques à Rabat. Et ce, lors d'une journée d'information sur le thème: «Le diabète au Maroc : un défi croissant », organisée le 6 mars dernier. Les dépenses d'un patient diabétique incluent le coût de l'insuline, du matériel de contrôle et du bilan annuel. Le coût du traitement par insuline oscille entre 600 et 700 DH par mois. En ce qui concerne la prise en charge du diabète, l'accès aux soins est souvent difficile, avec une disparité entre le milieu urbain et rural. S'ajoute l'insuffisance en formation de l'équipe médicale et paramédicale. Autres obstacles, l'insuline et les antidiabétiques oraux sont souvent disponibles mais mal distribués, les contrôles glycémiques rarement réalisables, outre l'absence d'éducation thérapeutique. Du fait que le diabète est une affection de longue durée, l'AMO ne suit pas ou presque, soulignent les praticiens lors de la journée d'information. La couverture ne concerne pas les nouvelles molécules, le matériel d'injection de l'insuline (seringues, stylo) ou encore le nécessaire à l'auto surveillance (glucomètre, bandelettes réactives...) A cette liste s'ajoutent les médicaments indiqués dans le traitement des pathologies fréquemment associées: hypertension artérielle, cholestérol, ainsi que l'éducation thérapeutique. » Que, comme confirme le Président de la Fédération marocaine du diabète (FMD) [M.K.] lors d'une rencontre à l'occasion de la journée mondiale contre le diabète : « avec la couverture sociale non encore généralisée, qui profite seulement à 70% de la population et dont les périodes de remboursement sont longues et le taux très faible, l'analphabétisme et la pauvreté la prise en charge du diabète au MAROC reste insuffisante par rapport aux pays du Maghreb » et le traitement est assez cher, en particulier les coûts engendrés par les complications (voir articles en annexe). Que selon une statistique, il faut 600 DH de traitement par mois, sans compter les bilans. Que « Le plus onéreux, ce sont les bandelettes permettant au malade de contrôler son taux de glycémie pour adapter la dose d'insuline. Pour un malade qui se traite à l'insuline, il faut un minimum de trois contrôles journaliers, donc trois bandelettes qui coûtent 10 DH l'unité et les assurances ne les prennent pas en charge. C'est donc 900 DH par mois qui s'ajoutent au coût du traitement. Enfin, il y a le prix du bilan que le malade doit effectuer tous les trois mois (entre 100 et 150 DH), et un bilan annuel (contrôle des yeux, des reins, du cholestérol, du coeur ...). Pourtant, le coût du traitement du diabète en lui-même n'est pas le plus cher ni le plus inquiétant. L'angoisse des diabétiques et de l'Etat concerne les complications que peut entraîner la maladie et qui, elles, coûtent excessivement cher, en plus du handicap social qui n'est pas moins sévère. Et le Dr [E.G.] d'éclairer notre lanterne en donnant ces chiffres : 65 % des complications du diabète sont d'ordre vasculaire. 10 % sont des accidents vasculaires cérébraux. 55 % sont des problèmes cardiaques (infarctus du myocarde, insuffisance coronaire...). Mais il y a aussi d'autres complications touchant les reins, les yeux (le diabète est la principale cause de cécité).» Que dans un article publié au www.actuworld.blogspot.be, le professeur [S.T.], a admis « qu'il y a une mauvaise gestion de la distribution des médicaments contre le diabète et a souligné que les malades souffrent encore du problème de la prise en charge et cette situation est due au manque de spécialistes en la matière » (voir annexe). Que concernant la rétinopathie diabétique, qu'est une complication dégénérative du diabète, et dont souffre la requérante (voir certificat médical du Docteur [H.R.]) « les risques hémorragiques et de cécité ne sont pas rares ; elles nécessitent parallèlement au bon contrôle de la maladie, des séances de photos coagulations rétinienues au laser, or là, seule une minorité de patients accèdent à ces possibilités thérapeutiques. » (article publié au www.lmlcd.com, le diabète au Maroc d'après le Professeur [J.B.], Président de la Ligue Marocaine de Lutte contre le diabète, voir annexe). Que au MAROC, le secteur de la santé est considéré comme l'un des secteurs les plus touchés, par la difficulté d'accès ; le secteur de la santé est connu ainsi pour les différentes formes de corruption qui s'y pratiquent, de la manipulation des ordonnances médicales jusqu'au versement de pots-de-vin aux Médecins et infirmiers. (www.transparencymaroc.ma) Qu'entre les plusieurs dysfonctionnements dans le secteur de la santé, c'est la difficulté d'accès aux soins pour les plus démunis et l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins de certaines maladies, notamment le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires etc... Que sur le plan structurel, le secteur souffre d'un manque flagrant d'établissements hospitaliers et d'une mauvaise qualité d'accueil et de prise en charge. Que, en dehors des médicaments qui ont des prix plus élevés que dans d'autres pays, les examens biologiques sont très coûteux et non remboursables (www.transparencymaroc.ma article publié le 5 avril 2009 voir annexe). Que l'assurance maladie obligatoire (AMO) dont les premiers bénéficiaires sont les salariés et les retraités, n'ait pas encore atteint son principe fondamental, à savoir l'égalité dans

l'accès aux soins et selon le Professeur [D.J.], Président de l'association SOS Hépatites, « l'AMO doit prendre en charge totalement les Marocains qui ont des maladies graves, des affections de longue durée et des maladies coûteuses. » (article publié au transparencymaroc.ma voir annexe)". Que la partie adverse se base uniquement sur un annuaire des médecins marocains pour estimer que les soins indispensables au traitement de la pathologie de la requérante sont disponibles au Maroc, alors que cette simple liste des médecins ne serait pas de nature à établir la réalité de la prise en charge des 10% de la population marocain souffrant du diabète (arrêt n°88463 du 27 septembre 2012). Que la partie défenderesse se fonde sur le site www.assurancemaladie.ma/ pour considérer que le suivi et les soins que requiert la requérante sont disponibles dans son pays d'origine et que le RAMED prend en charge les personnes économiquement faibles qui ne peuvent bénéficier de l'assurance obligatoire. Que le site en question mentionne au contraire qu'il faut une assurance médicale obligatoire pour bénéficier des soins et du suivi susmentionnés. Que seules les personnes qui travaillent en tant que fonctionnaire ou agent peuvent bénéficier de cette assurance médicale obligatoire. Que ce n'est pas le cas de la requérante qui a quitté le Maroc depuis plusieurs années et n'a jamais cotisé. En ce qui concerne le RAMED, contrairement à ce que soutient la partie adverse, son efficacité n'est pas prouvée. « Le RAMED est un régime voué à l'échec, si le RAMED est en soi une initiative toute à fait louable, elle demeure toutefois sujette à de nombreux dysfonctionnements à tous les niveaux les critères d'éligibilité sont quelque peu stricts dans la mesure où les plus démunis sont pour la plupart dans l'incapacité de délivrer la paperasse administrative exigée. » (voir en annexe : <http://www.economie-entreprises.com/new/le-ramed-va-droit-dans-le-mur/>) « Que le bilan du RAMED n'est pas brillant étant donné que la procédure d'accès aux hôpitaux n'est pas encore stabilisée et la distribution et l'approvisionnement des médicaments dans les établissements de soins publics sont en inadéquation avec les besoins des usagers. » (mizania.forumdediscussions.com/t2519-bilan-critique-de-la-phase-pilote-de-la-ramed..., leconomiste.com/article/ramed-un-apres-le-gran-flop-de-la-phase-pilote..., bladi.net/forum/threads/passe-ramed.307040/ voir en annexe.) Que la partie adverse utilise des sites internet officiels qui ne reflètent pas la réalité. Que la requérante à l'appui de sa demande avait particulièrement insisté sur le coût élevé du diabète dans son pays d'origine, elle avait précisé que c'est une des maladies chroniques les plus coûteuses. (voir article en annexe). Que la requérante avait exposé dans sa demande d'autorisation de séjour l'insuffisance en formation de l'équipe médicale et paramédicale, la mauvaise gestion de la distribution des médicaments contre le diabète et le manque de spécialistes en la matière. (voir en annexe : actuworld.blogspot.be). Que la partie adverse se réfère à un site internet qui mentionne la présence de Médecins spécialistes mais ne fournit aucun élément de réponse à l'égard des éléments précis invoqués par la requérante, laquelle n'invoquait pas l'inexistence de spécialistes mais leur nombre insuffisant et donc remettrait en cause la réelle accessibilité au suivi des soins de la santé. (arrêt CCE n°81893 du 29.05.2012, arrêt CCE n°90138 du 23.10.2012). Que la partie adverse n'a pas respecté le principe de bonne administration ni pris connaissance de tous les éléments de la cause pour évaluer l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine de la requérante et n'a pas analysé in concreto la situation de cette dernière de sorte que dans la décision attaquée il y a une erreur manifeste d'appréciation ».

3. Discussion

3.1. Sur le 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 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 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 également 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 [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales 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'expliciter 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. Il souligne, sur ce point, 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 établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2. Le Conseil remarque qu'en termes de demande, la requérante a, entre autres, invoqué spécifiquement « *Que dans un article publié au www.actuworld.blogspot.be, le professeur [S.T.], a admis « qu'il y a une mauvaise gestion de la distribution des médicaments contre le diabète et a souligné que les malades souffrent encore du problème de la prise en charge et cette situation est due au manque de spécialistes en la matière » (voir annexe) »*. Le Conseil souligne que ces considérations ressortent effectivement de l'annexe en question fournie à l'appui de la demande.

3.3. Le Conseil observe ensuite que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 13 décembre 2013, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante est atteinte de pathologies pour lesquelles les soins et le suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine. S'agissant de la « *Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine* », le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *Insuline, metformine et perindopril sont disponibles au Maroc. Le suivi du diabète et de l'hypertension peut être assuré au Maroc : des internistes, cardiologues et médecins généralistes y sont présents en grand nombre. Des ophtalmologues et neurologues y sont également présents.*

Ces informations sont issues de la banque de données MedCOI.

Requête MedCOI du 03.12.12 portant le numéro de référence unique MA-2691-2012

Requête MedCOI du 06.05.13 portant le numéro de référence unique MA -2867-2013

Requête MedCOI du 26.08.13 portant le numéro de référence unique MA-3019-2013

Requête MedCOI du 01.03.13 portant le numéro de référence unique MA-2804-2013

(...)

Et des sources suivantes :

<http://www.tabib.ma/p/tb2-cat2-sort1-specialiste-cardiologie>

<http://www.tabib.ma/p/tb2-cat14-sort1-specialiste-medecine-interne>

<http://www.tabib.ma/pAb90-cat-sort1-annuaire-medecins-generalistes>

<http://www.tabib.ma/p/tb2-cat26-sort1-specialiste-endocrinologie>

<http://www.tabib.ma/p/tb2-cat22-sort1-specialiste-ophtalmologie>

<http://www.tabib.ma/p/tb2-cat25-sort1-specialiste-neurologie00> ».

Le Conseil constate que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur un site internet pour attester de la présence d'endocrinologues au Maroc mais qu'il n'a toutefois pas vérifié concrètement la proportion du nombre de ces médecins spécialistes par rapport au nombre de malades. Aucune information à cet égard ne figure non plus dans l'examen de l'accessibilité des soins et du suivi du pays d'origine. Or, comme rappelé ci-avant, dans sa demande d'autorisation de séjour, la requérante a insisté sur le manque de spécialistes en lien avec le diabète au Maroc, remettant ainsi en cause la disponibilité réelle de ceux-ci

Partant, en se bornant dans son avis à renvoyer à un site Internet mentionnant la présence d'endocrinologues au Maroc sans cependant fournir d'informations plus détaillées sur leur nombre global par rapport à la population susceptible de recourir à leur service, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas répondu à l'argumentation avancée dans la demande de la requérante. Dès lors, en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 13 décembre 2013, la partie défenderesse a violé son obligation de motivation formelle.

3.4. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt.

3.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique, ainsi circonscrit, est fondé et suffit à emporter l'annulation de la première décision attaquée. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la requérante constituant l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée qui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le reste du moyen unique qui à le supposer fondé, ne pourrait entraîner des annulations aux effets plus étendus.

4. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie défenderesse.

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

Article 1.

La décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 23 décembre 2013, est annulée.

Article 2.

La décision d'ordre de quitter le territoire, prise le 23 décembre 2013, est annulée.

Article 3.

Les dépens, liquidés à la somme de cent septante euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-neuf juin deux mille vingt par :

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. D. NYEMECK, greffier,

Le greffier,

Le président,

A. D. NYEMECK

C. DE WREEDE