



Arrêt

**n° 253 238 du 21 avril 2021
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. PHILIPPE
Avenue de la Jonction 27
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 Secrétaire d'Etat à l'Asile et la
Migration**

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 12 juin 2017, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 12 avril 2017.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 22 décembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 25 janvier 2021.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. PHILIPPE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, 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 2000.

1.2. Par courrier daté du 23 juin 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Le 3 avril 2012, la partie défenderesse a rejeté cette demande et a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire. Ces décisions n'apparaissent pas avoir été entreprises de recours.

1.3. Le 20 juin 2016, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.4. Le 12 avril 2017, la partie défenderesse a rejeté cette demande et a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 15 mai 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision rejetant une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

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

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Maroc, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 11.04.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

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

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.»

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le deuxième acte attaqué) :

« 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 1^{er}, 1^o 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 des moyens d'annulation.

2.1.1. La partie requérante prend un premier moyen, tiré de la violation des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), du « principe général de bonne administration notamment en ce qu'il se décline d'une obligation de motivation adéquate », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.1.2. Dans une première branche, développant un exposé théorique relatif aux champs d'application respectifs de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et de l'article 3 de la CEDH, elle rappelle que le requérant, dans la demande visée au point 1.3., « remet en question la disponibilité et l'accessibilité du traitement [et considère] qu'il est dans les conditions pour obtenir un séjour sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 ». Elle soutient que « la réponse apportée par la partie [défenderesse] (*le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne*) se limite à l'article 3 de la CEDH, au mépris de l'article 9 ter précité », et reproche à cette dernière de ne pas avoir valablement examiné la situation individuelle du requérant, « ni d'ailleurs la continuité des soins en cas de retour ». Elle considère qu'« En limitant son appréciation au risque de traitement inhumain et dégradant, soit à la non violation de

l'article 3 de la CEDH, au mépris du critère d'*un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* tel qu'énoncé dans l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie [défenderesse] viole ledit article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 » et que « Ce faisant, elle viole aussi son obligation de motivation formelle ».

2.1.3. Dans une seconde branche, relevant que « Concernant l'insuline, le rapport intitulé MEDCOI BMA n° 7315 concernant l'insuline, indique en page 6 qu'elle est prodiguée par le secteur privé », elle soutient que « rien ne permet de considérer que le requérant aura financièrement accès à l'insuline : étant en Belgique depuis 17 ans, il ne trouvera pas de travail, à tout le moins difficilement ». Elle ajoute que « il sera très probablement dépendant du système du Ramed », soulignant que « l'accès à l'insuline semble être payant (secteur privé) selon le dossier administratif ». Elle reproche à la partie défenderesse d'avoir adopté une position contradictoire dans la mesure où « si l'insuline, selon le dossier administratif, semble exister au Maroc, rien n'indique que le requérant y aura effectivement accès », et fait valoir que « en cas d'arrêt de traitement, les conséquences pourraient être dramatiques pour le requérant ». Elle conclut sur ce point que « en ne s'assurant pas que le requérant aura effectivement accès à de l'insuline, la partie [défenderesse] ne motive pas adéquatement sa décision et viole les articles 2 et 3 de la loi du 29/07/1991 ».

2.2.1. La partie requérante prend un deuxième moyen, tiré de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 8bis de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967 (ci-après : l'arrêté royal n°78) « lu isolément ou en combinaison avec l'article 3 de la CEDH, l'article 9 ter de la loi du 15/12/1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs », et de l'article 3 de la CEDH.

2.2.2. Dans une première branche, elle reproduit l'article 8bis de l'arrêté royal n°78, et relève que « la décision indique clairement qu'à supposer que le requérant trouve un travail, *quod non*, il pourrait bénéficier du régime de sécurité sociale marocain ». Elle fait valoir que « le requérant souffre d'une maladie chronique grave, qu'il vit en Belgique depuis 20 ans, qu'il est âgé de 52 ans », et estime que « la mise au travail semble relever plus d'une pétition de principe dans le chef du médecin conseil de l'Office des Etrangers que d'une réelle possibilité pour le requérant de travailler ». Elle soutient que « que le requérant travaille ou qu'il bénéficie du Ramed, il ressort de la lecture du dossier que dans les deux hypothèses, la prise en charge médicale n'est pas immédiate », et reproche au médecin conseil de la partie défenderesse et à cette dernière de ne pas avoir « envisagé la problématique de la continuité des soins ». Elle soutient que « si, au regard de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 existe une obligation de motivation sur l'accessibilité et la disponibilité des soins, force est de constater que l'obligation de continuité des soins est également imposée par l'article 8 bis précité » et que « Cette obligation de continuité de soins doit d'ailleurs s'interpréter comme un des critères à prendre en considération lorsque l'accessibilité et la disponibilité des soins sont analysées, la continuité des soins étant intrinsèquement liée à la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins », et relève que « rien ne figure à ce sujet dans la décision, en violation dudit article 8 bis précité lu isolément ou en combinaison avec l'article 3 de la CEDH, l'article 9 ter de la loi du 15/12/1980 et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ».

2.2.3. Dans une seconde branche, elle critique le motif de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse portant que « *le conseil du requérant fait référence à différents articles en vue de démontrer des difficultés d'accès aux soins au Maroc [lesquels] ont un caractère général ne visent pas personnellement le requérant* », estimant que « la partie [défenderesse] ne répond pas adéquatement à la demande ». Elle fait valoir à cet égard que « il existe au Maroc un réel problème au niveau du personnel soignant, largement insuffisant, ainsi qu'un problème d'approvisionnement en médicament au niveau du secteur public de la santé », et souligne que « Le fait que la population ait accès au ramed ne permet pas de considérer que ce problème n'existe plus et que le requérant ne devra pas y faire face » et qu'« il ne s'agit pas d'un problème général mais plutôt d'un problème auquel le requérant sera inévitablement confronté », auquel la partie défenderesse devait avoir égard et apporter une réponse adéquate. Elle conclut sur ce point en affirmant que « en l'état actuel du dossier administratif qui ne dément pas les informations données par le requérant (problème d'approvisionnement en médicaments et pénurie de personnel soignant), force est de constater que le requérant n'est pas assuré d'être correctement soigné et suivi ».

2.3. La partie requérante prend un troisième moyen, tiré de la violation de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

Relevant que « Si la situation médicale a été examinée dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour, force est de constater que l'ordre de quitter le territoire est muet concernant la vie de famille du requérant », elle reproduit le prescrit de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 et soutient que « l'ordre de quitter le territoire étant stéréotypé (il n'y a aucune considération pour la vie de famille) », il viole les dispositions visées au moyen.

3. Discussion.

3.1.1. Sur les deux premiers moyens, réunis, le Conseil rappelle, tout d'abord, qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « *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* ».

Il relève, ensuite, qu'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 également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, 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.

Par ailleurs, le Conseil rappelle, en outre, 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'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il lui incombe d'exercer en présence d'un recours tel que celui formé en l'espèce, 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).

3.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un rapport du fonctionnaire médecin, daté du 11 avril 2017 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que le requérant souffre de pathologies dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au Maroc, et conclut dès lors qu'un retour dans ce pays dont il est ressortissant n'exposerait le requérant ni à un risque pour sa vie ou son intégrité physique, ni à un risque de traitement inhumain ou dégradant.

Cette motivation, qui se vérifie à l'examen du dossier administratif et est adéquate, au regard des considérations qui précèdent, n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

3.1.3. Ainsi, sur la première branche du premier moyen, en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse d'avoir limité son appréciation « au risque de traitement inhumain et dégradant, soit à la non violation de l'article 3 de la CEDH, au mépris du critère d'un *risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* tel qu'énoncé dans l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 », le Conseil souligne qu'en se ralliant, dans le premier acte attaqué, aux conclusions de l'avis médical circonstancié du 11 avril 2017, émanant du médecin conseil ayant procédé à l'évaluation médicale de l'état de santé du requérant au regard, notamment, de l'ensemble des certificats et documents médicaux déposés par ce dernier, et selon lesquelles les pathologies invoquées par le requérant « *n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car la prise en charge médicale est disponible et accessible au Maroc* », la partie défenderesse a répondu aux éléments invoqués dans la demande visée au point 1.3. et dans ses annexes, et ce, sans limiter son analyse au champ d'application de l'article 3 de la CEDH. Partant, le grief manque en fait.

La circonstance que, dans la motivation du premier acte attaqué, la partie défenderesse a conclu que « *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* » sans se référer explicitement à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. En effet, la partie requérante reste, en toute hypothèse, en défaut de contester valablement les conclusions de l'avis médical précité, ainsi qu'il sera démontré dans les points 3.2. et suivants ci-après.

Au demeurant, le Conseil rappelle, à cet égard, que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073). La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

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

Il résulte de ces principes qu'en concluant, dans le premier acte attaqué, que le requérant ne souffre pas « *d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où [il] séjourne* », la partie défenderesse, se ralliant à la position de son médecin conseil, a nécessairement entendu faire application, à tout le moins, de la dernière hypothèse prévue à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, à savoir une hypothèse prévoyant une protection plus étendue que celle de l'article 3 de la CEDH, laquelle se limite aux « *affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie* ».

Partant, le grief de la partie requérante portant que « en limitant son appréciation au risque de traitement inhumain et dégradant, soit à la non violation de l'article 3 de la CEDH, au mépris du critère d'un *risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* tel qu'énoncé dans l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 » procède, en toute hypothèse, d'une lecture erronée du premier acte attaqué et de l'avis médical sur lequel il se fonde.

3.2. S'agissant ensuite de la disponibilité des soins et du suivi au Maroc, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 11 avril 2017, ce qui suit :

« Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine

Des insulines et une prise en charge du diabète, tant clinique - Médecine interne et/ou en Endocrinologie - que paraclinique - Biologie clinique - et des médecins spécialisés en Cardiologie, en Pneumologie, et en Ophtalmologie, de même qu'une prise en charge sont disponibles au Maroc.

Informations :

°) provenant de la base de données non publique MedCOI

Requête Medcoi du 01.10.2015 portant le numéro de référence unique BMA-7315

Requête Medcoi du 12.08.2016 portant le numéro de référence unique BMA-8519

Requête Medcoi du 03.10.2016 portant le numéro de référence unique BMA-8726

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des soins médicaux au pays d'origine, le Maroc ».

En l'occurrence, le Conseil relève que, dans la seconde branche du premier moyen, la partie requérante semble critiquer les « trois documents intitulés MEDCOI » en ce que, en substance, ceux-ci ne démontrent pas que le requérant aura effectivement accès à l'insuline. A cet égard, le Conseil observe que, dans le rapport du 11 avril 2017 du médecin précité, sous la rubrique « *disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine* », figurent diverses explications relatives à la base de données MedCOI (voir note infrapaginale n°1), selon lesquelles, notamment, « *Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées [...]. Les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical [...]. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies [...]* » (le Conseil souligne). Dès lors, l'argumentation de la partie requérante ne peut être suivie, à cet égard.

Le grief portant que « la position de la partie défenderesse est contradictoire car si l'insuline, selon le dossier administratif, semble exister au Maroc, rien n'indique que le requérant y aura effectivement accès » n'appelle pas d'autre analyse. En effet, le médecin conseil de la partie défenderesse, en ce qu'il s'est référé aux requêtes MedCOI pour vérifier la disponibilité du traitement du requérant au Maroc, ne s'est, dans ce cadre, nullement prononcé quant à son accessibilité, laquelle fait l'objet de la rubrique suivante du rapport médical susmentionné.

3.3.1. S'agissant de l'accessibilité du traitement et du suivi au Maroc, que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis, ce qui suit :

« Accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine

Notons que 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 chômage et sert les prestations familiales.

Le régime marocain comprend l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO), fondée 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 et ne pouvant bénéficier de l'AMO. Le Ramed a fait l'objet d'un projet-pilote novembre 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadra-Azilal, où il a été testé pendant 2 ans. Depuis le 13 mars 2012, le RAMED a été étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble du territoire 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 restante à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale.

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.

Par ailleurs, un article sur le site web du Centre Hospitalier Ibn Sina fait un bilan du projet Ramed et mentionne les dires du Ministre de la Santé M. Houssaine Louardi qui affirme que :

« l'extension du RAMED depuis 3 ans, a atteint les 99 % de la population cible prévue en mars 2012 qui était de 8,5 millions d'adhérents. (...) 84 % des bénéficiaires représente la « population pauvre » et 16 % représente la « population vulnérable ». De plus, il a attesté que le régime RAMED fournit les mêmes prestations de soins que celles offertes par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). M. Louardi a rapporté aussi que, d'après la loi de finance 2015, le gouvernement a créé un fond d'appui à la cohésion sociale afin d'assurer le financement de ce panier de soins et la pérennisation de ce grand projet »

Un second article sur le site *Le Matin.Ma* datant du 13 mars 2015 met aussi en avant les résultats du Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Il est expliqué que le « Régime d'assistance médicale (Ramed) a atteint, jusqu'à fin février 2015, les 8,4 millions de personnes, soit un taux de réalisation de 99% de la cible totale, estimée à environ 8,5 millions de bénéficiaires. »

Ceux-ci attestent donc de l'actualité et de l'efficacité du Ramed. Dès lors rien ne démontre que le requérant ne pourrait bénéficier du Ramed.

Notons également que d'après sa demande 9ter, [le requérant] est arrivé en Belgique en 2000 ce qui laisse supposer qu'il a vécu une majeure partie de sa vie au Maroc et a dû y tisser des liens sociaux et/ou il y, a encore de la famille. Dès lors, rien ne démontre qu'il ne pourrait être accueilli, aidé ou soutenu par de la famille ou amis au pays d'origine.

De plus, le requérant est en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Dès lors, en l'absence de contre-indication au travail, rien ne démontre que l'intéressé ne pourrait avoir accès par un travail adapté, au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux.

Par ailleurs, le conseil du requérant fait référence à différents articles en vue de démontrer des difficultés d'accès aux soins au Maroc.

Notons à ce propos 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, *Muslim/Turquie*, § 68) Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

En outre ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009 - OE 4.520.538). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Maroc. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à sa 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 - OE 5 141.464). Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).

Dès lors, il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Maroc. Le fait que sa situation dans ce pays 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).

Tous ces éléments démontrent que l'intéressé peut avoir des soins ou se faire aider dans son pays d'origine.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins médicaux au pays d'origine, le Maroc ».

3.3.2. En l'espèce, s'agissant tout d'abord de l'allégation de la partie requérante, dans la première branche du second moyen, selon laquelle « la mise au travail semble relever plus d'une pétition de principe dans le chef du médecin conseil de l'Office des Etrangers que d'une réelle possibilité pour le requérant de travailler », le Conseil observe que, dans la demande visée au point 1.3., la partie requérante n'a jamais invoqué le fait que le requérant serait dans l'incapacité de travailler, laquelle incapacité ne ressort, au demeurant, d'aucun des documents médicaux produits à l'appui de ladite demande. Partant, l'allégation susvisée apparaît péremptoire et, dès lors, inopérante, et il ne saurait être reproché au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir considéré à cet égard que « *le requérant est en âge de travailler et ne prouve pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine. Dès lors, en l'absence de contre-indication au travail, rien ne démontre que l'intéressé ne pourrait avoir accès par un travail adapté, au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses besoins médicaux* ».

L'allégation, dans la seconde branche du premier moyen, portant que le requérant « ne trouvera pas de travail, à tout le moins difficilement » n'appelle pas d'autre analyse, outre qu'elle est invoquée pour la première fois en termes de requête, avec cette conséquence que le Conseil ne saurait y avoir égard pour apprécier la légalité de la décision querellée et ce, en vertu des enseignements, auxquels il se rallie, de la jurisprudence administrative constante, selon lesquels il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment: C.E., arrêt n° 110.548 du 23 septembre 2002).

Quant à l'argumentaire tendant à critiquer le système RAMED, le Conseil observe, ainsi que relevé *supra*, que la partie requérante est restée en défaut de contester utilement le constat selon lequel le requérant est capable d'exercer une activité professionnelle. Il en résulte que la partie requérante ne démontre pas être dans l'incapacité de financer le traitement du requérant et/ou de bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie obligatoire (AMO). Elle n'établit pas, par conséquent, être « d'origine modeste », ni pouvoir bénéficier, à ce titre, du Régime d'assurance médicale des économiquement démunis (RAMED). Partant, le Conseil n'aperçoit l'intérêt de la partie requérante à ses critiques.

En tout état de cause, le Conseil relève que l'argumentaire précité, lequel n'est nullement étayé *in concreto*, se borne, en définitive, à prendre le contrepied des constats posés à cet égard par le médecin fonctionnaire dans son avis du 11 avril 2017, et tente ainsi d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, -ce qui ne saurait être admis, au vu de ce qui est rappelé *supra* quant au contrôle exercé *in casu* par le Conseil-, sans toutefois démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière.

Le Conseil observe, de surcroît, que l'article de presse du 21 juin 2016 relatif à l'efficacité du Ramed, annexé à la requête, est produit pour la première fois, avec cette conséquence qu'il ne saurait y avoir égard pour apprécier la légalité de la première décision querellée et ce, en vertu des enseignements, auxquels il se rallie, de la jurisprudence administrative constante, selon lesquels il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment: C.E., arrêt n° 110.548 du 23 septembre 2002). En tout état de cause, le Conseil relève que l'article précité décrit une situation générale dont il n'est pas démontré qu'elle concerne le requérant.

Quant à l'insuffisance de personnel soignant et au problème d'approvisionnement en médicaments invoqués dans la demande visée au point 1.3. et s'appuyant sur divers articles de presse produits à l'appui de celle-ci, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse a pris ces éléments en considération et a indiqué à cet égard que « *le conseil du requérant fait référence à différents articles en vue de démontrer des difficultés d'accès aux soins au Maroc. [...] ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009 - OE 4.520.538). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Maroc. 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* ». Ces constats ne sont pas utilement rencontrés par la partie requérante, qui soutient à cet égard que « il existe au Maroc un réel problème au niveau du personnel soignant, largement insuffisant, ainsi qu'un problème d'approvisionnement en médicament au niveau du secteur public de la santé. Le fait que la population ait accès au ramed ne permet pas de considérer que ce problème n'existe plus et que le requérant ne devra pas y faire face. En réalité, il ne s'agit pas d'un problème général mais plutôt d'un problème auquel le requérant sera inévitablement confronté ». Force est cependant de relever que ces affirmations sont générales et péremptoires, et que la partie requérante se borne, à nouveau, à prendre le contrepied des constats posés à cet égard par le médecin

fonctionnaire, et tente ainsi d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, -ce qui ne saurait être admis, au vu de ce qui est rappelé *supra* quant au contrôle exercé *in casu* par le Conseil-, sans toutefois démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière.

En outre, s'agissant de l'invocation d'un rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental et d'un document du Ministère de la Santé du Maroc « Stratégie sectorielle de santé 2012-2016 », annexés à la demande visée au point 1.3., le Conseil observe que ces documents sont datés de 2013 et 2012, en telle manière que leur invocation par la partie requérante n'est pas de nature à rencontrer utilement les constats posés à cet égard par le médecin fonctionnaire dans son avis du 11 avril 2017, lequel se réfère explicitement à divers documents plus récents, datés de 2015, dont il ressort notamment que le RAMEM « a atteint jusqu'à fin février 2015, les 8,4 millions de personnes, soit un taux de réalisation de 99 % de la cible totale, estimée à environ 8,5 millions de bénéficiaires ». En tout état de cause, le Conseil relève que les documents précités invoqués par la partie requérante décrivent, au surplus, une situation générale dont il n'est pas démontré qu'elle concerne le requérant.

3.3.3. Enfin, s'agissant de l'invocation de l'article 8bis de l'Arrêté Royal n° 78, 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 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 », conformément à l'article 9ter, §1^{er}, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980. Dès lors, la disposition susmentionnée, en ce qu'elle ne s'applique qu'aux médecins dispensant des soins de santé à un patient, apparaît infondée 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 une quelconque autre démarche active à ce propos.

3.3.4. Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le grief, qui semble fait à la partie défenderesse de n'avoir « procédé à aucune évaluation médicale sérieuse de la possible prise en charge des maladies du requérant ni [de s'être] enquis de savoir où précisément il peut s'approvisionner en médicament et se faire soigner », n'est pas fondé.

3.4.1. Sur le troisième moyen, dirigé contre l'ordre de quitter le territoire, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 7, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, le ministre ou son délégué peut « donner à l'étranger, qui n'est ni autorisé ni admis à séjourner plus de trois mois ou à s'établir dans le Royaume, un ordre de quitter le territoire dans un délai déterminé ou doit délivrer dans les cas visés au 1°, 2°, 5°, 11° ou 12°, un ordre de quitter le territoire dans un délai déterminé :
1° s'il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2;
[...] ».

Un ordre de quitter le territoire, délivré sur la base de l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, est une mesure de police par laquelle l'autorité administrative ne fait que constater une situation visée par cette disposition pour en tirer les conséquences de droit.

Quant à l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative, le Conseil rappelle qu'elle 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'explicitement 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.

3.4.2. En l'espèce, le Conseil observe que le second acte attaqué est fondé sur le constat selon lequel le requérant « n'est pas en possession d'un visa valable », constat qui se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est, en tant que tel, nullement contesté par la partie requérante, laquelle se borne à invoquer une violation de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, ainsi qu'un défaut de motivation.

A cet égard, le Conseil rappelle que cet article dispose que « Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie

familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné », et souligne qu'il impose une obligation de prise en considération mais non une obligation de motivation.

A cet égard, le Conseil observe, à l'examen du dossier administratif, que dans une note interne du 12 avril 2017, la partie défenderesse a notamment indiqué ce qui suit :

« 74/13

1. *Unité familiale : pas de preuve de liens effectifs et durables*

2. *Intérêt supérieur de l'enfant : pas d'enfant*

3. *Santé : l'avis médical du 11.04.2017 stipule qu'il n'y a pas de contre-indication à voyager ».*

Force est, dès lors, de constater que la partie défenderesse a pris en considération la situation familiale et l'état de santé du requérant.

En outre, force est de constater que le requérant n'a pas, dans sa demande d'autorisation de séjour, invoqué l'existence, dans son chef, d'une vie familiale en Belgique, en telle sorte que le Conseil n'aperçoit pas l'intérêt de la partie requérante à reprocher à la partie défenderesse d'avoir adopté un ordre de quitter le territoire « muet concernant la vie familiale du requérant ».

Il s'ensuit qu'en ce qu'il est pris de la violation de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, le troisième moyen, tel que formulé, ne peut être tenu pour fondé.

3.5. Il résulte de ce qui précède qu'aucun des trois moyens ne peut être tenu pour fondé.

4. Débats succincts.

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, 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-et-un avril deux mille vingt-et-un par :

Mme N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS

N. CHAUDHRY