



Arrêt

**n° 260 307 du 07 septembre 2021
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J.-M. PICARD
Rue Capouillet, 34
1060 Bruxelles**

contre:

**l'Etat belge, par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile
et la Migration et désormais le Secrétaire d'Etat à la Migration et à l'Asile**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 mars 2021, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision rejetant 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 20 août 2020 et notifiés le 2 mars 2021.

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 « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 28 mai 2021 convoquant les parties à l'audience du 21 juin 2021.

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

Entendu, en leurs observations, Me J.-M. PICARD, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Mes D. MATRAY et S. ARKOULIS, avocat, qui comparaissent pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant est arrivé en Belgique à une date indéterminée.

1.2. Le 14 septembre 2009, il a introduit une première demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable par la partie défenderesse en date du 19 juillet 2010.

1.3. Le 1^{er} février 2020, il a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi.

1.4. Le 14 août 2020, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. Le 20 août 2020, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision déclarant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt recevable mais non-fondée. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif (s) :

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

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

Dans son avis médical remis le 14.08.2020 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE conclut que 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 pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, estime le médecin de l'OE, l'état médical actuel de Monsieur [M.M.] n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Maroc.

D'un point de vue médical il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Maroc.

Dès lors,

1) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

Les soins sont donc disponibles et accessibles au Maroc.

Par ailleurs, le conseil de l'intéressé invoque l'impossibilité de l'accessibilité des soins pour le requérant au Maroc. Il s'appuie sur le témoignage du docteur [V.d.H.] (médecin de nationalité belge exerçant à Tanger depuis 2017. Selon ce médecin, les malades tétraplégiques sont envoyés en Turquie afin qu'ils bénéficient d'une rééducation adaptée à leur pathologie.

En plus, remarque le médecin témoin, malgré les efforts réalisés, le système de santé marocain ne permet pas certaines prises en charge telles que les maladies neurologiques, (le cas du requérant) faute des moyens techniques.

Le Conseil signale également que la famille du requérant qui est au Maroc (père ancien militaire malade) et sa mère à la charge de ses sœurs qui sont aux USA, ne peut lui venir en aide... et que le requérant est en Belgique depuis dix ans. Il a appris le Néerlandais (cours suspendu lorsque son titre de séjour lui a été retiré, il a appris la gestion à l'ULB (inscription année académique 2016-2017), et il a travaillé comme bénévole dans l'association « Bruxelles Traduction »...

Remarquons que le témoignage selon lequel les malades tétraplégiques ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge adéquate au Maroc est mis à mal par le témoignage d'un jeune nigérien de 17

ans, tétraplégique après un accident de circulation qui a été envoyé au Maroc pour une prise en charge appropriée...

(<https://www.carenews.com/fr/news/5272-readaptation-d-issa-moussa-jeune-tetraplegique-de-17-ans>).

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

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

Le Conseil de l'intéressé invoque enfin les éléments non médicaux, notamment, l'apprentissage du néerlandais, l'engagement en tant que bénévole et sa longue présence de dix ans sur le territoire belge.

Signalons que l'introduction de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à distinguer entre deux procédures, d'un côté l'article 9ter qui est une procédure unique pour les étrangers séjournant en Belgique et qui sont atteints d'une affection médicale et de l'autre, l'article 9bis qui est une procédure pour les étrangers séjournant en Belgique qui peuvent se prévaloir de circonstances exceptionnelles leur permettant d'obtenir un titre de séjour sur base de raisons humanitaires. Etant donné que les éléments non médicaux invoqués ne relèvent pas du contexte médical de l'article 9ter, une suite ne peut leur être réservée.

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

1.6. A la même date, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant une décision d'ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

«

MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

- En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « de l'excès de pouvoir, de la violation des formalités substantielles ou prescrites à peine de nullité, de la violation de l'article 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après LE), des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et du principe général de droit de bonne administration en son acception du principe de minutie qui doit être appliquée dans l'examen de la demande ».

2.2. Dans ce que s'apparente à une première branche, elle résume le contenu des deux actes querellés et rappelle des considérations théoriques relatives à l'article 9 ter de la Loi et l'enseignement issu de l'arrêt de la Cour EDH dit « Paposhvili contre Belgique » du 13 décembre 2016. Elle argue qu'« Il n'est pas douteux que si le requérant ne peut pas être pris en charge 24 heures sur 24 et sept jours sur sept pour ce qui concerne les soins infirmiers, mais aussi médicaux, quotidiens, le requérant ne sera capable ni de s'alimenter, ni de s'occuper de son logement, ni de faire sa toilette, ni d'apporter à son corps les soins réguliers et continus qu'il nécessite en telle sorte qu'il court un risque réel d'être exposé à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé. En atteste notamment le certificat médical type rempli par le Docteur [V.B.], qui était joint à la demande de séjour (pièce...) et qui a la question F du certificat médical type : « quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? » Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ? Avait répondu : soins à domicile 24 X 7. Matériel adapté. Ordinateur contrôlé par la voix. Lit d'hôpital. Besoin d'aide pour tout.

Hygiène, cuisine, repas, évacuation ». À la question D : quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement, le docteur [V.B.] avait répondu : « patient complètement dépendant des soins à domicile organisé autour de lui 24 X7 » ».

2.3. Dans ce qui s'apparente à une deuxième branche, elle relève que « Pour rejeter la demande du requérant, la partie adverse se réfère uniquement à un article trouvé sur Internet par le fonctionnaire médecin, dont elle déduit que le traitement adéquat serait accessible au requérant au Maroc. La partie adverse se réfère en effet uniquement à un témoignage relatif à jeune nigérien de 17 ans, tétraplégique après un accident de circulation qui a été envoyé au Maroc pour une prise en charge appropriée... ([https://www.carenews.com/fr/news/5272-readaptation-d-issamoussa- ieune-tetrapleuique-de-17-ans](https://www.carenews.com/fr/news/5272-readaptation-d-issamoussa-jeune-tetrapleuique-de-17-ans)). Force est de constater à l'examen de cette référence de la partie adverse que le traitement évoqué n'est pas accessible pour le requérant. Ce traitement a en effet coûté 20 000 € pour quatre mois. Un tel montant représente, pour quatre mois, l'équivalent de 53 mois du salaire mensuel moyen au Maroc (383 €/mois2). (<https://www.combien-coute.net/salairemoyen/maroc/>) (pièce 5) alors que le traitement du requérant est prévu à vie. L'article de presse fourni par la partie adverse atteste qu'il faut effectivement des moyens qui sont bien au-dessus de ceux du requérant pour être reçu dans ce centre. Partant, on ne peut considérer que le cas, seul et unique, sur lequel se base la partie adverse permette d'estimer que le traitement auquel elle se réfère constitue un traitement adéquat qui serait disponible au Maroc au sens qui a été évoqué lors des travaux préparatoires cités supra. Ni le requérant ni sa famille ne disposent des moyens financiers permettant de payer un tel traitement. Ces éléments relatifs aux moyens financiers sont évoqués dans la demande du 31 janvier 2020 et la partie adverse ne les conteste pas. Ce faisant, la partie adverse a commis une violation de l'article 9 ter en ne procédant pas à un examen personnel, « au cas par cas » de la situation du requérant et en n'examinant notamment pas si celui-ci pouvait disposer des moyens pour financer le seul traitement dont la partie adverse a trouvé trace et qui a coûté 5000 € par mois ».

2.4. Dans ce qui s'apparente à une troisième branche, elle soutient que « La partie adverse a aussi commis une violation de l'article 62 LE et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ainsi que de l'article 9 ter de la LE en ne motivant pas adéquatement sa décision notamment par rapport à l'attestation d'un médecin belge travaillant au Maroc, spécialisée en soins d'urgence et qui atteste avoir dû envoyer en Turquie deux jeunes patients atteints de la même pathologie que le requérant faute de soins adéquats disponibles au Maroc. Dans cette attestation, le docteur [D.H.] précise qu'« il faut savoir qu'au Maroc il y a deux systèmes de santé, l'un public offert par l'Etat et le second privé que le patient prend en charge) ou son assurance si celui-ci est couvert). Cependant malgré les efforts considérables qui ont été réalisés ces dernières années, l'état actuel du système de santé ne permet pas certaines prises en charge telles que certaines maladies neurologiques (comme c'est le cas que vous décrivez) ou hématologiques principalement faute de moyens techniques (système d'ergothérapie, produits de chimiothérapie, possibilité d'allogreffe...) et ce même si les patients en ont les moyens financiers ». (Pièce 6) En synthèse, la partie adverse ne respecte ni l'obligation de motivation formelle ni l'examen auquel elle doit procéder en se contentant de trouver un seul cas de traitement de la maladie du demandeur mais dont les soins ont coûté 5000 € par mois sans examiner si le demandeur dispose des moyens financiers pour s'offrir ce traitement alors même qu'il a précisé dans sa demande que ni lui ni sa famille ne disposent actuellement de moyens financiers. Il en ressort aussi que la première décision attaquée, si elle est exécutée en application de la deuxième décision attaquée exposera le requérant à un traitement inhumain et dégradant puisque le certificat médical déposé à l'appui de la demande d'autorisation de séjour précise que le requérant a besoin d'assistance 24 heures / 24 et 7 jours / 7 et qu'il n'existe pas d'institution hospitalière au Maroc, pour prendre en charge des personnes comme le requérant, dans des conditions financières qui soient compatibles avec ses moyens ».

2.5. Dans ce qui s'apparente à une quatrième branche, elle rappelle que « Le premier acte attaqué se réfère un avis médical du 14 août 2020 dont la partie adverse déduit uniquement que 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 pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux existent au pays d'origine. [...] Dans ce dossier médical, le fonctionnaire médecin de la partie adverse écrit « qu'il apparaît que des soins réguliers à domicile (infirmiers et kinésithérapiques) sont impératifs (7 jours sur 7). Le suivi par des spécialistes internistes (neurologue, cardiologue), paturologue (sonde à demeure), par chirurgien plasticien et dermatologue (escarres de décubitus) sont essentiels » » et en conclut qu'« On voit donc qu'il s'agit de soins qualifiés d'essentiels par l'auteur de l'avis, qui sont non seulement des soins infirmiers, mais aussi de soins réguliers et continus par divers médecins spécialisés ». Elle avance que « [...] l'auteur de l'avis médical estime que des soins et du suivi sont disponibles dans le pays d'origine.

Pour ce faire, il se réfère à des recherches « Medcoi qui se basent sur des informations non accessibles au public (voir la note infrapaginale 1 de l'avis médical). Votre Conseil a décidé (arrêt nr 211 356 du 23 octobre 2018) qu'en entendant motiver son avis par référence à des « requêtes Med Coi » non accessibles au public, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer ou encore de les annexer audit avis à défaut de quoi la motivation n'était pas conforme au prescrit des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. Dans le même arrêt, Votre Conseil a rappelé que : 1° le document auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991. 2° le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif. Et Votre Conseil a décidé qu'il ne peut être considéré que l'avis du fonctionnaire médecin satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs dans la mesure où ce fonctionnaire médecin se réfère à des informations provenant de la base de données non publique MedCoi, précisant la date des requêtes MedCoi, et leur numéro de référence. En p. 28 de son rapport du 14 octobre 2016 sur la régularisation médicale, le Médiateur fédéral écrit que « en se limitant à la mention d'un numéro de requête Medcoi dans la décision notifiée à l'étranger pour justifier de la disponibilité du traitement médical dans le pays d'origine, la Section Médicale n'agit pas de manière transparente. Le destinataire de la décision n'est pas en mesure d'en comprendre les motifs ». (Pièce 7) Certes, dans la présente cause, on trouve en p. 3 et 4 de la décision de rejet de la demande de séjour pour raison médicale, des documents, qui ne sont pas traduits dans une langue nationale, et qui semblent provenir de requêtes Medcoi du 17 mai 2019, mois d'août 2019, du mois de novembre 2019, du mois de décembre 2019, du mois de juillet 2018 ou encore du mois d'octobre 2018. La plus récente de ces requêtes remonte à au moins huit mois avant la décision attaquée, la plus ancienne lui étant antérieure de plus de deux ans ». Elle argue qu'« On constate donc que le fonctionnaire médecin n'a pas pris la peine (qui plus est en période de pandémie Covid 19), de se renseigner sur la disponibilité des soins au Maroc par rapport à la demande spécifique du requérant, au moment où il émettait son avis. Dans la mesure où ces « informations » sont antérieures à la demande formée par le requérant, il est évident qu'elles n'ont pas été effectuées pour se renseigner sur le cas propre du requérant en telle sorte qu'elles méconnaissent l'obligation de procéder à une analyse « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » et, ce faisant, comportent une violation de l'article 9 ter LE. Le médiateur fédéral, dans son rapport du 14 octobre 2016 (p. 27) précise que « la demande d'informations sur la disponibilité des soins est adressée au Service de l'immigration et de la Naturalisation des Pays-Bas au moyen d'un formulaire type qui comprend une description du cas médical individuel et un questionnaire relatif à la disponibilité du traitement médical dans le pays d'origine ». Outre ce qui a été dit supra sur le manque de transparence de cette procédure, il est clair que les réponses medcoi des 17 mai 2019, 30 août 2019, 27 novembre 2019, 13 décembre 2019, 25 juillet 2018 et 18 octobre 2018 n'ont pas trait à la demande du requérant qui n'est parvenue à l'office des étrangers que le 1^{er} février 2020. Ce faisant, la partie adverse se réfère à des demandes introduites pour d'autres dossiers. Or, d'une part, on ignore à la fois la nature et le contenu des demandes qui ont été formulées pour le présent dossier, pour autant que le médecin ait bel et bien introduit une requête au lieu de se contenter de copier/coller des réponses fournies pour des demandes antérieures dont on ignore également tout. D'autre part, en traitant le présent dossier avec des données relatives à des dossiers antérieurs, la partie adverse ne procède pas à l'examen au cas par cas que nécessite l'article 9 ter LE. On ignore d'ailleurs la nature des requêtes qui étaient adressées au service de l'immigration des Pays-Bas cité ci-dessus. De plus, les extraits copiés/collés de dossiers manifestement antérieurs se limitent à énoncer que des traitements de neurologie 'according to case description', en soins à domicile quotidien, en soins infirmiers, en urologue ou en sonde urinaire aussi « according to case description » seraient disponibles. Quel était en l'occurrence le case description ? On l'ignore. On ne sait donc rien des conditions de la prétendue « disponibilité » si ce n'est, si l'on comprend bien les p. 3 et 4 de l'avis du médecin fonctionnaire, qu'il aurait uniquement demandé, parfois plus de deux ans avant de rendre son avis, donc pour d'autres dossiers qui ne sont pas obligatoirement similaires au dossier actuel, s'il y avait des chirurgiens plasticiens, des physiothérapeutes, des dermatologues, des internistes, des généralistes, des infectiologues ou des urologues. En n'examinant pas si ces soins sont effectivement disponibles et adéquats pour un patient qui a expliqué dans sa demande 9 ter qu'il ne disposait pas de revenus personnels ni d'aide de sa famille, l'avis du fonctionnaire délégué n'est manifestement pas établi en tenant compte du cas particulier du requérant, ce qu'atteste le fait qu'il n'a même pas cru utile de se renseigner à nouveau auprès du service des Pays-Bas, avant d'émettre son avis ». Elle allègue que « Le fonctionnaire médecin devait répondre au certificat rédigé par le docteur [V.B.] et à l'avis éclairé et concret d'un médecin belge, le docteur [V.D.H.], diplômée d'une université belge, spécialiste en médecine d'urgence, qui a notamment à traiter des tétraplégiques au Maroc, quant à l'inefficacité du système de santé pour des prises en charge spécifiques (« et ce même si les patients en ont les moyens financiers »). Pour répondre à cet avis médical éclairé, le fonctionnaire médecin se limite à

renvoyer à des sites Internet officiels des autorités marocaines (<http://www.anam.ma/lagence/presentation/la-couverture-medicale-debase/ramed/presentation/>) auxquelles réfèrent le « Centre (français) des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ». Il explique notamment que le requérant aurait droit au « Ramed » qui « depuis le 13 mars 2012 aurait été étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble des territoires du royaume de Maroc ». Le remède II ajoute aussi que les soins de santé relevant du Ramed sont identiques au panier de soins de l'AMO (Assurance-maladie obligatoire) mais ne peuvent être dispensés que dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'État. Mais on verra que dans la même décision, le fonctionnaire médecin ne peut citer, comme centre compétent pour prendre en charge le traitement du requérant, qu'un centre privé dont les soins coûtent 5000 € par mois. Un tel raisonnement est tout simplement contraire aux dispositions légales reprises au moyen et notamment l'obligation de faire reposer sa décision sur des motifs pertinents, légaux et admissibles, est constitutif d'une erreur manifeste d'appréciation, et contraire à l'obligation contenue dans les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ou encore à l'article 9 ter LE comprise en ce qu'il convient d'analyser la demande au cas par cas et de s'assurer que les soins sont réellement accessibles à l'intéressée dans le pays d'origine. Dans un pays où la liberté de presse et la liberté de critique ne sont pas respectées, les brevets de qualité que s'auto administrent les autorités n'ont guère de valeur (sans liberté de blâmer, il n'est pas d'éloge flatteur). Il n'est donc pas opérant de ne se baser que sur des rapports d'autorités publiques marocaines pour déterminer la réelle accessibilité aux soins des personnes sans ressources. On imagine évidemment difficilement les agences de l'État marocain, dont la transparence et le caractère démocratique laissent à désirer, émettre des doutes sur le système de santé au Maroc. (Sur la liberté d'expression au Maroc, rapport d'Amnesty international Rapport sur les droits humains au Maroc en 2019 <https://www.amnesty.fr/pavs/maroc>). Ces renvois aux sites Internet des autorités marocaines ne sont donc pas pertinents. Ils ne sont certainement pas le reflet d'un examen approprié tel que celui voulu par le législateur belge de la loi du 15 septembre 2006 qui a modifié notamment l'article 9 ter LE. L'évaluation du risque implique d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non-gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade. (Pas possibilité (CEDH arrêt Paposhvili/Belgique du 13 décembre 2016. Nr 187). La Cour ne fait pas rentrer dans les sources à prendre en considération les attestations officielles d'un État non démocratique. Les références retenues à cet égard par la partie adverse ne devaient donc pas être prises en considération ». Elle reproduit le contenu du point n° 189 de l'arrêt dit « Paposhvili » précité et soutient qu'« Il appartenait dès lors au fonctionnaire médecin d'effectuer le rôle d'instruction conjointe de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine (conformément à l'enseignement de l'arrêt CE nr 12 768 du 27 mars 2018 (Revue du droit des étrangers nr 198. P. 245)) et de ne pas se limiter à se référer à des sites officiels d'un État non démocratique et dès lors peu objectif, alors même que ceux-ci sont de facto contredits par le rapport d'un médecin belge dont la compétence n'est pas contestée et qui figurait dans la demande 9 ter. Il lui appartenait par contre de procéder à une analyse qui tienne compte de la situation personnelle du requérant à savoir notamment son état actuel d'impécuniosité. A cet égard, toujours dans l'arrêt Paposhvili, la Cour E.D.H. précise (nr 190) que les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'état de destinations. Une rapide recherche, ultérieure à la décision attaquée et à l'avis du fonctionnaire médecin, permet par exemple de constater que les sociétés d'assurances chargées de couvrir en soins de santé des expatriés (pièce 8) attirent l'attention de leurs affiliés sur ce que: Le régime d'assurance maladie au Maroc se veut universel et complet, mais dans la pratique, l'accès à une santé de qualité n'est pas garanti. Dans la pratique le système de santé souffre de dysfonctionnements et la qualité des soins est inégale selon les différents hôpitaux publics. Globalement, les établissements publics manquent de docteurs et d'équipements. Certains services d'urgences souffrent de graves dysfonctionnements. Il existe aussi de fortes inégalités entre les infrastructures de santé des grandes villes et des zones rurales et il est recommandé d'avoir recours à un second avis médical pour les opérations lourdes. Pour ces différentes raisons, il est conseillé autant que possible de se faire soigner dans le privé ou à l'étranger pour certaines interventions, ce qui implique de disposer d'une assurance santé au Maroc. L'institut Montaigne écrit, en mai 2020 (pièce 9) que « le Maroc dispose d'une infrastructure sanitaire qui le classe parmi les premiers pays africains mais qui reste en deçà d'une couverture diversifiée et territorialement équilibrée. Le secteur de la santé au Maroc connaît certaines carences, notamment en matière de services rendus aux citoyens, qui demeurent insuffisants et dont la qualité ne satisfait pas toujours la population. En dépit des efforts fournis par les autorités publiques, le système sanitaire souffre encore de nombreux dysfonctionnements évidemment en ressources humaines. ».

(<https://www.institutmontaigne.org/bloR/coronavirus-et-afrique-le-maroc-un-modele-degestion-de-la->

crise Et l'auteur de l'article ajoute, un peu plus loin « les secteurs publics et privés se développent de manière non complémentaire. Les dépenses de santé pèsent lourdement sur le budget des ménages qui en supportent 54 %. Un tiers de la population (principalement des travailleurs non-salariés) ne bénéficient pas de la couverture médicale. (C'est le requérant qui souligne). Pour sa part, le journal « Le Soir » du 20 août 2020 écrit que « le site « médias 24 pointe lui la « pénurie de ressources humaines », avec seulement 200 anesthésistes réanimateur dans le secteur public. « Le système sanitaire souffre actuellement d'un manque de personnel, a reconnu fin juillet lui-même le ministre de la santé, (...), tout en pointant une situation épidémiologique inquiétante ». (Pièce 10). Le site Pharmapresse.net écrit le 11 juillet 2018, sous le titre « Carte sanitaire au Maroc : les grands « déserts » sanitaires » que « le Maroc souffre d'une pénurie de personnel soignant et d'une répartition très inégale de celui-ci sur le territoire national. Il ne compte que six médecins pour 10 000 habitants. Le pays est loin de répondre aux standards de l'OMS fixés à un médecin pour 650 habitants. Selon le ministère de la santé, le manque de médecin est estimé à 7000. Pour ce qui est des infirmiers, le besoin s'élève à 9000. (...). Plusieurs rapports émanant d'organismes nationaux ou internationaux ont dressé un bilan dérisoire en termes de santé au Maroc. Le réseau marocain pour le droit à la santé avait publié un rapport dans lequel il dénonce l'état piteux des hôpitaux au Maroc. Selon ce rapport, 70 % des structures hospitalières relevant du secteur public sont non conformes. Selon l'OMS (2012), le Maroc figure parmi les 57 pays du monde présentant une offre médicale insuffisante. (Pièce 11) Ces données correspondent à celles fournies par l'OMS : « On constate une sous-utilisation des services curatifs avec moins de 0,6 contact par personne par an et un taux d'hospitalisation dans les hôpitaux publics inférieur à 5%. Cette sous-utilisation peut être expliquée par la pénurie en ressources humaines à tous les niveaux du système ainsi que par la faible qualité des prestations offertes. En matière de ressources humaines, malgré les efforts fournis en formation des médecins et du personnel paramédical, le déficit en personnels de santé continue d'être un défi majeur pour le système de santé marocain. Sa répartition sur l'ensemble du territoire est inéquitable, 38 % des médecins hors CHU exerçant dans les deux régions de Rabat-salé Zemmour Zair et Grand Casablanca. La production des ressources humaines, tous profils et spécialités confondus, connaît une progression depuis des années, mais elle demeure insuffisante puisque la densité de médecins publics et privés regroupés est limitée à 6,2 pour 10000 habitants et celle des personnels infirmiers demeure inférieure à 9,7 pour 10000 habitants » Sur le plan du financement, les dépenses globales de santé, selon les comptes nationaux de santé, s'élevaient pour l'année 2010 à 47,8 milliards de dirhams contre 19 milliards en 2001, soit une augmentation des dépenses de santé par habitant de 59 dollars US en 2001, à 181 dollars US en 2010 soit 6,2% du PIB. Cette progression dans les dépenses consacrées à la santé est significative, mais demeure en deçà de la moyenne des États Membres de l'OMS, à savoir 302 dollars US par habitant. Le pourcentage du budget de l'Etat consacré à la santé s'établit à 5,2%. Cette contribution, malgré les efforts d'augmentation réalisés ces cinq dernières années, reste insuffisante. La part des dépenses de santé directement prise en charge par les ménages continue d'être très élevée, s'établissant à 53,6% en 2010. ». (Pièce 12). Outre la part encore importante de la population non couverte par un régime de couverture médicale (en 2010, le RAMED n'était pas généralisé et aujourd'hui le secteur informel et les indépendants ne sont toujours pas couverts), cette situation s'explique également par un budget national consacré à la santé en deçà des normes requises par l'OMS, et par une gestion des ressources souvent inefficace ». (pièce 13) Au vu de ces éléments, on doit considérer, d'une part, qu'il appartenait à la partie adverse de ne pas se fier « aveuglément » aux écrits des autorités d'un pays qui ne respectent pas la liberté de presse et de critique (plusieurs journalistes sont poursuivis au Maroc pour des propos qui n'ont pas plu aux autorités) en telle sorte que les écrits publics ne sont pas crédibles puisqu'ils ne peuvent pas être critiqués, et d'autre part de procéder elle-même à des recherches pour vérifier si les sources auxquelles elle se réfère sont fiables. (Voyez à cet égard CE : arrêt 12 768 du 27 mars 2018 cité supra). Il ressort aussi de ces éléments que contrairement à ce que prétend la partie adverse, notamment dans la conclusion du rapport du médecin fonctionnaire, il n'existe en réalité pas au Maroc de système de santé permettant de prendre adéquatement et effectivement en charge les soins décrits par le médecin du requérant, compte tenu de l'indigence financière du requérant et de sa famille présente au Maroc qui ne permettraient pas de prendre en charge les soins dans l'institution privée à laquelle se réfèrent la première décision attaquée et l'avis du fonctionnaire médecin ». Elle relève que « S'agissant de la documentation évoquée ci-dessus quant à l'accessibilité aux soins au Maroc, qui répond aux affirmations du médecin fonctionnaire de la partie adverse, le requérant rappelle que lors de l'examen d'une décision de l'Office des étrangers qui soutient que des traitements adéquats sont accessibles et disponibles dans le pays d'origine, le juge administratif peut, sans violer l'article 9 ter, § 1er LE avoir égard à un élément qui figure pour la première fois dans la requête, dès lors qu'il constate qu'il était impossible à l'étranger d'anticiper, au moment de sa demande, les raisons pour lesquelles l'autorité lui refuserait le séjour (CE 245 265 du 1er août 2019. RDE 203 p.366.). A défaut, le requérant ne disposerait pas, en violation de l'article 13 CEDH et 47 de la Charte des droits fondamentaux de

l'Union européenne, d'un recours effectif pour faire protéger la violation de l'article 3 CEDH et 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. En l'occurrence, il n'était pas possible au requérant de connaître les requêtes medcoi auxquelles se référerait le médecin-fonctionnaire, puisqu'elles ne sont pas publiques. De même, le requérant ne pouvait imaginer qu'après avoir expliqué qu'il ne disposait d'aucune ressource au Maroc, la partie adverse estimerait qu'un traitement qui coûte 5000 € par mois était disponible et adapté à son cas. Il ressort de ce qui précède que le premier acte attaqué doit être annulé et entre-temps suspendu. De même, le deuxième acte attaqué (l'ordre de quitter le territoire) ne pouvait être adopté aussi longtemps qu'il n'a pas été répondu par une décision légale à la demande d'autorisation de séjour introduit en application de l'article 9 ter LE. Son adoption et sa notification constituent une violation des articles 7, alinéa 1^{er} LE, de l'article 9 ter LE, du principe général de droit de bonne administration en son acception du principe de minutie, de l'erreur manifeste d'appréciation et de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. En effet, exécuter l'ordre de quitter le territoire adopté le même jour que la première décision attaquée exposerait le requérant à un traitement inhumain et dégradant puisqu'il serait renvoyé au Maroc où il ne pourrait recevoir, ainsi qu'il a été expliqué supra, les traitements adéquats, ce qui constituerait une violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ».

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* ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « *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* ».

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

3.2. Le Conseil rappelle ensuite 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'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. 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).

3.3. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 14 août 2020 du médecin-conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière s'est référée en termes de motivation, que celui-ci a conclu à l'accessibilité des soins et du suivi requis du requérant au pays d'origine pour les raisons qui suivent : « Pour ce qui est de l'accessibilité des soins au Maroc, notons que le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (Le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, Le régime marocain de sécurité sociale, www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html) nous signale l'existence dans ce pays du régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies (Régime d'Assistance Médicale, A propos du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) www.ramed.ma/ServicesEnlaine/APropos.html). Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles et ne pouvant bénéficier de l'AMO (l'Assurance maladie obligatoire). Depuis le 13 mars 2012, le RAMED a été étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble des territoires du Royaume du Maroc. La population cible est maintenant atteinte. Les personnes en situation de pauvreté bénéficient gratuitement du RAMED. Dans le cadre de l'AMO, les prestations de soins concernant des maladies graves ou invalidantes dispensées dans des services publics de santé sont prises en charge à 90 % du tarif de référence. En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou des soins très onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale (Agence Nationale de l'Assurance Maladie, www.anam.ma/laqence/presentation/la-couverture-medicale-debase/ramed/presentation/). Par contre, les soins de santé relevant du RAMED sont identiques au panier de soins de l'AMO mais ne peuvent être dispensés que dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat. L'intéressé peut donc rentrer au pays d'origine afin d'y bénéficier de toutes ces opportunités que lui offre le pouvoir public marocain. Par ailleurs, le conseil de l'intéressé invoque l'impossibilité de l'accessibilité des soins pour le requérant au Maroc. Il s'appuie sur le témoignage du Dr [V.d.H.] (médecin de nationalité belge exerçant à Tanger depuis 2017). Selon ce médecin, les malades tétraplégiques sont envoyés en Turquie afin qu'ils bénéficient d'une rééducation adaptée à leur pathologie. En plus, remarque le médecin témoin, malgré les efforts réalisés, le système de santé marocain ne permet pas certaines prises en charge telles que les maladies neurologiques (le cas du requérant) faute de moyens techniques. Le Conseil du requérant signale également que la famille du requérant qui est au Maroc (père ancien militaire malade) ne peut lui venir en aide et que sa mère est à la charge de ses sœurs qui vivent aux USA.... Que le requérant est en Belgique depuis dix ans. Il a appris le Néerlandais (cours suspendu lorsque son titre de séjour lui a été retiré), il a appris la gestion à l'ULB (inscription année académique 2016-2017) et qu'il a travaillé comme bénévole dans l'association «Bruxelles Traduction» .. Remarquons que le témoignage selon lequel les malades tétraplégiques ne peuvent bénéficier d'une prise en charge adéquate au Maroc est mis à mal par le témoignage d'un jeune nigérien de 17 ans, tétraplégique après un accident de circulation, qui a été envoyé au Maroc pour une prise en charge appropriée... (<https://www.carenews.com/fr/news/5272-readaDtation-d-issa-moussa-jeune-tetrapleaiQue-de-17-ans>). Soulignons aussi que le fait que la situation de l'intéressée dans son pays d'origine serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38). Notons également que l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cfr. CourEur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int). Le Conseil de l'intéressé invoque enfin des éléments non médicaux, notamment, l'apprentissage du néerlandais, l'engagement en tant que bénévole et sa longue présence de dix ans sur le territoire belge. Signalons que l'introduction de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à distinguer entre deux procédures, d'un côté l'article 9ter qui est une procédure unique pour les étrangers séjournant en Belgique et qui sont atteints d'une affection médicale et de l'autre, l'article 9bis qui est une procédure pour les étrangers séjournant en Belgique qui peuvent se prévaloir de circonstances exceptionnelles leur permettant d'obtenir un titre de séjour sur base de raisons humanitaires. Etant donné que les éléments non médicaux invoqués ne relèvent pas du contexte médical de l'article 9ter, une suite ne peut leur être réservée. Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au Maroc ».

En termes de recours, la partie requérante soutient notamment que compte tenu de l'indigence financière du requérant, ne lui permettant pas de prendre en charge les soins dispensés dans une institution privée, le requérant n'aurait pas accès aux soins décrits par le médecin du requérant.

Le Conseil observe qu'il ressort des requêtes MedCOI figurant au dossier administratif et portant les numéros de référence BMA 13063, BMA 13607, BMA 11402 et BMA 11700 sur lesquelles s'est fondé le

médecin-conseil de la partie défenderesse pour déduire de la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, que certains soins nécessaires au requérant, dont notamment la prise en charge de ses soins quotidiens 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à domicile ou dans une maison médicale, ne sont disponibles que dans des cliniques ou structures privées. Or, comme relevé par le médecin-conseil de la partie défenderesse dans son avis médical, les soins de santé relevant du RAMED ne sont dispensés que dans les hôpitaux publics.

3.4. Au vu de ce qui précède, en se référant à l'avis de son médecin-conseil du 14 août 2020, il appert que la partie défenderesse a violé l'article 9 *ter* de la Loi et n'a pas adéquatement motivé sa décision.

3.5. En conséquence, le moyen unique pris, ainsi circonscrit, est fondé et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué.

3.6. Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, visée au point 1.3. du présent arrêt, que la partie défenderesse a déclaré recevable, redevient pendante. L'ordre de quitter le territoire attaqué n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également pour des raisons de sécurité juridique.

3.7. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner le reste du recours, qui a le supposer fondé, ne pourrait entraîner des annulations aux effets plus étendus.

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

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 1.

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, pris le 20 août 2020, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le 07 septembre deux mille vingt et un 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

