



## Arrêt

**n° 288 293 du 28 avril 2023  
dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres L. DIAGRE et M. LIBERT  
Avenue Henri Jaspar 128  
1060 BRUXELLES**

**Contre :**

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration**

### **LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA 1<sup>ère</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 24 janvier 2022, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 30 août 2021.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 1<sup>er</sup> février 2022 avec la référence X.

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 19 janvier 2023 convoquant les parties à l'audience du 10 février 2023.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me L. DIAGRE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *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.**

La partie requérante est arrivée sur le territoire à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer.

Par un courrier recommandé du 22 février 2021, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 27 août 2021, le fonctionnaire-médecin a rendu un rapport d'évaluation du dossier médical de la partie requérante.

Le 30 août 2021, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non fondée la demande précitée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Ces décisions, qui ont été notifiées le 23 décembre 2021, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour (ci-après « le premier acte attaqué ») :

*« L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 27.08.2021, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.*

*Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que 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 pour sa vie ou son intégrité physique ou que 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 :*

- o **En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :**
  - *L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».*

## **2. Exposé des moyens d'annulation.**

### **2.1. En ce qui concerne le premier acte attaqué**

2.1.1. La partie requérante prend un « premier » moyen qui s'avère unique de « *la violation de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2, 3 et 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, de l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, des principes de bonne administration, dont le principe de minutie et de précaution et du principe audi alteram partem* ».

Elle expose des considérations théoriques concernant les principes et dispositions susmentionnés.

2.1.2.1. Dans ce qui s'apparente à une première branche, elle fait état, premièrement, des pièces médicales déposées à l'appui de la demande du requérant et invoque qu'il ressort notamment du certificat médical type du 10 décembre 2020 que celui-ci souffre de « *Cardiopathie ischémique et valvulaire* », « *NSTEMI 12.11.2019* », et d'« *Insuffisance aortique* ».

Elle dépose à l'appui du présent recours deux attestations de prise de rendez-vous médicaux pour le 16 février 2022 et le 10 mars 2022.

Elle invoque que la pathologie du requérant est très grave et nécessite un suivi régulier et de proximité.

Elle soutient que « *les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde* » selon un rapport du 17 mai 2017 de l'OMS, et qu'en Belgique « *chez les hommes, la cardiopathie ischémique est une des trois principales causes de mortalité* » selon le Service public fédéral de la santé.

Elle fait valoir, en se référant à un article du CHUV, que « *le syndrome coronarien aigu (SCA) est provoqué par le rétrécissement ou l'obstruction des artères coronaires [...]. Ceci provoque la formation d'un caillot et selon le degré de l'obstruction de l'artère, on distingue trois formes de SCA, qui représentent trois degrés d'urgence et de prise en charge [...]* » et qu'en l'espèce le requérant souffre d'un « *Infarctus sans sus-décalage du segment ST à l'électrocardiogramme (NON STEMI ou NSTEMI) : Occlusion partielle de vaisseau avec le sang qui continue à circuler. Les dommages causés au muscle cardiaque sont limités. L'IM sans élévation du segment ST est une crise cardiaque que les médecins peuvent identifier par des analyses de sang mais qui ne produit pas de changements typiques (élévation du segment ST) sur un électrocardiogramme (ECG)* ». Elle précise que « *les patients NSTEMI à très haut risque ischémique doivent subir une angioplastie en urgence dans les 2 heures* ». Elle fait grief au fonctionnaire-médecin de n'avoir retenu que les pathologies relevant de l'« *insuffisance cardiaque* » et de la « *cardiopathie valvulaire et ischémique* » et de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble de la situation médicale à savoir le fait que le requérant a subi une crise cardiaque, NSTEMI, le 12 novembre 2019 alors que cet élément « *impacte l'ensemble du traitement prescrit et de son suivi médical actuel [...], la prise en charge et le suivi d'un NSTEMI est distincte du traitement d'une « simple » insuffisance cardiaque, tel que mentionné par le médecin conseil* ».

Elle dépose à l'appui du présent recours une attestation de son médecin généraliste datée du 21 janvier 2022 qui indique que le requérant « *a été victime d'un infarctus NSTEMI le 12 novembre 2019 qui détermine son traitement actuel [...]* [qui] *comprend entre autres le Brilique que je lui ai prescrit récemment* ». Elle se réfère à de la jurisprudence concernant la prise en compte de nouveaux éléments dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Elle estime que la partie défenderesse a violé son obligation de minutie et de précaution, lue en combinaison avec les articles 2 et 3 de la CEDH et l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

2.1.2.2. Deuxièmement, elle reproche au fonctionnaire-médecin d'avoir considéré qu'il n'existait pas de contre-indication au voyage retour du requérant dans son pays d'origine précisant que celui-ci avait fait le trajet aller vers la Belgique, alors qu'il a fait valoir dans sa demande que s'il est arrivé en Belgique en 2007, sa pathologie n'a été diagnostiquée qu'en 2019, soit plus de dix ans après le voyage effectué vers la Belgique.

Elle fait grief au fonctionnaire-médecin et à la partie défenderesse à sa suite de ne pas avoir procédé à une analyse rigoureuse et minutieuse du dossier, de se fonder sur des éléments erronés et inexacts et d'avoir violé l'obligation de motivation et l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

2.1.3. Dans ce qui s'apparente à une deuxième branche, elle critique la partie défenderesse en ce qu'elle a estimé que le traitement requis est disponible et accessible dans le pays d'origine.

### 2.1.3.1. En ce qui concerne la question de la disponibilité du traitement dans le pays d'origine

2.1.3.1.1. Premièrement, elle critique les informations tirées de la base de données MedCOI. Elle reproche à la partie défenderesse de ne retranscrire que partiellement son contenu sans préciser les pages exactes ou les passages précis de ce document, l'empêchant ainsi de comprendre la motivation de l'acte attaqué. Elle soutient que les informations indiquées dans l'avis n'indiquent pas « *si les médicaments en question sont disponibles dans les hôpitaux publics et les établissements publics de santé (et lesquels) ou uniquement dans des établissements privés dans quel cas, le requérant n'y aura pas accès vu qu'il ne pourra pas bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) à son retour* ». Elle soutient que la motivation de l'acte attaqué est inadéquate.

Elle fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir fait suite à sa demande du 12 janvier 2022 d'obtenir une copie du dossier administratif. Elle précise qu'« *étant donné [sa] politique [...] en matière de copie de dossiers administratifs, la partie [défenderesse] sait pertinemment que ces sources ne peuvent être transmises endéans le délai légal de recours* ».

Elle invoque qu'à tout le moins, la partie défenderesse « *en ne donnant pas au requérant l'opportunité de consulter ces sources [...] lors de la prise de connaissance de la décision litigieuse, [...] a manqué de minutie* » et a également, en se référant à l'avis du fonctionnaire-médecin, violé les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, combinés à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ainsi qu'aux principes de précaution et de minutie.

2.1.3.1.2. Deuxièmement, elle invoque que « *le projet MedCOI dispose de 3 sources d'informations pour alimenter sa base de données dont la première représente des médecins anonymes rémunérés pour cette tâche et les deux suivantes des entreprises internationales commerciales. Ces 2 sociétés sont destinées à procurer des services médicaux et de rapatriement principalement à des expatriés affiliés par leur compagnie, il ne s'agit pas de références permettant de juger de l'accessibilité à la population locale aux soins médicaux qu'elle nécessite. Il est à noter également que ce projet MedCOI se dégage de toutes responsabilités concernant l'accessibilité au traitement* ».

Elle critique les requêtes MedCOI en ce qu'elles n'indiquent pas si les médicaments sont disponibles uniquement dans des pharmacies privées alors que ceux-ci ne sont pas disponibles via le RAMED et que le requérant ne pourra bénéficier de l'AMO à son retour.

Elle reproche à la partie défenderesse d'avoir manqué à son devoir de minutie et de précaution, ainsi qu'à son obligation de motivation liée à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

2.1.3.1.3. Troisièmement, elle soutient que la motivation de la décision attaquée procède d'une double motivation par référence en ce qu'elle se réfère, d'une part, à l'avis médical du médecin fonctionnaire du 27 août 2021, et d'autre part, aux informations provenant de la base de données non publiques MedCOI. Elle invoque à cet égard de la jurisprudence du Conseil de céans.

Elle soutient que l'avis du fonctionnaire-médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé et que la décision attaquée, qui fait référence à cet avis, viole les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, combinés à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ainsi qu'aux principes de précaution et de minutie.

### 2.1.3.2. En ce qui concerne la question de l'accessibilité du traitement requis par son état de santé dans le pays d'origine

2.1.3.2.1. Premièrement, elle critique le motif lui reprochant de ne pas avoir joint les informations et sources présentées à l'appui de la demande d'autorisation de séjour en faisant valoir que les liens indiqués dans la demande « *expliquent en détails la procédure pour postuler au [...] RAMED [...] notamment à qui s'adresser, qui a le droit d'introduire la demande, le lieu du dépôt de la demande, qui peut en bénéficier, la procédure après la demande, les critères d'accès et d'éligibilité, la durée de validité de la carte* ». Elle invoque avoir cité dans sa demande plusieurs sources démontrant qu'il

n'est pas garanti que le RAMED couvrira le coût du traitement requis en raison notamment du fait qu'il est atteint d'une affection de longue durée et coûteuse.

Reproduisant des extraits de sa demande, la partie requérante allègue avoir cité de manière claire et non équivoque les passages des articles invoqués.

Elle reproche à la partie défenderesse d'avoir, par ce motif, violé le principe de précaution et son obligation de motivation formelle combinée à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 19980 et de s'être contredite dès lors que la motivation de l'acte attaqué renvoie elle-même à de nombreux liens Internet et se fonde sur des bases de données non publiques et non communiquées au requérant.

2.1.3.2.2. Deuxièmement, s'agissant des motifs de l'acte attaqué répondant à l'argument des défaillances du système RAMED impliquant l'absence, en pratique, d'un remboursement pour les personnes atteintes de maladies de longue durée et coûteuses, la partie requérante fait grief à la partie défenderesse de se contenter de vanter de manière générale les bienfaits du RAMED et des futures réformes de la sécurité sociale marocaine et d'avoir adopté une motivation stéréotypée ne répondant pas aux arguments et informations présentés dans la demande et ne tenant pas compte de la situation concrète du requérant.

2.1.3.2.3. Troisièmement, elle invoque avoir fait valoir dans sa demande que ses parents sont décédés et que ses trois sœurs ne disposent d'aucun revenu, certificats de non-imposition à l'appui, et ne peuvent donc l'aider financièrement.

Elle dépose à l'appui de son recours une attestation de chômage de son frère [A.A.E.] vivant en Belgique et une fiche de paie de son frère [A.K.E.].

Elle invoque que sa sœur, [N.E.], chez qui elle vit ne travaille pas, a cinq enfants à charge et que son époux est employé auprès d'un indépendant maraîcher. Elle invoque que ces considérations justifient l'argument présenté dans sa demande selon lequel ses sœurs vivant au Maroc « *reçoivent de temps en temps un peu d'argent des frères et sœurs vivant en Belgique* ».

Elle invoque ainsi que s'il a été expliqué dans la demande d'autorisation de séjour que sa famille en Belgique envoie « *de temps en temps un peu d'argent* » à ses sœurs au Maroc, ils ne sont pas « *en mesure d'apporter une aide financière [...] [permettant au requérant] de ne pas interrompre son traitement et d'assumer les interventions cardiologiques que sa maladie nécessite* » et reproche à la partie défenderesse d'avoir adopté une motivation hypothétique, inadéquate et s'apparentant à une pétition de principe quant à ce. Elle cite de la jurisprudence du Conseil de céans à ce propos.

Elle expose qu'il ressort du rapport médical du docteur [B.R.] du 12 novembre 2019 qu'une intervention cardiaque a permis l'implantation de quatre stents actifs et invoque qu'il ressort des données de l'Agence nationale marocaine de l'Assurance maladie obligatoire que le coût d'une angioplastie coronaire avec pose de quatre stents actifs est estimée à environ 196.000 DH, soit 19.600 euros, et que les actes de chirurgie que nécessitera très probablement le requérant en fonction de l'évolution de sa maladie peuvent monter jusqu'à 120.000 DH, soit 12.000 euros. Elle ajoute que la pathologie du requérant est classée par la Caisse nationale de Sécurité sociale comme étant une des « *affections de longue durée et lourde et coûteuse* » et que les médicaments ne sont donc pas couverts par le RAMED.

2.1.3.2.4. Quatrièmement, elle invoque avoir fait valoir dans sa demande que l'hôpital le plus proche de son lieu de résidence au Maroc, Tafersit, se situe à 1h30 de trajet, à Nador, en sorte qu'en cas d'insuffisance cardiaque, elle risque de mourir. Elle soutient que cet hôpital ne comprend pas de service de chirurgie cardiaque comme nécessité, et que l'hôpital public le plus proche comprenant des services de cardiologie et de chirurgie cardiaque, se situe à Fès, soit à 3h40 de trajet. Elle cite des extraits d'une étude datant de 2013 indiquant de graves manquements au niveau de la prise en charge du syndrome coronarien aigu au Maroc et se réfère au considérant n° 190 de l'arrêt Paposvili c. Belgique, de la Cour européenne des droits de l'Homme. Elle invoque les recommandations de la Société européenne de cardiologie de 2020 selon lesquelles un délai de prise en charge extrêmement court est requis pour la pathologie coronarienne dont elle souffre.

Elle reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir apprécié la situation *in globo* en ce qui concerne l'accessibilité géographique et financière et les problèmes de prise en charge de la pathologie.

Elle soutient qu'en affirmant que le traitement était disponible et accessible dans le pays d'origine, la partie défenderesse a violé les principes de minutie et de précaution, du droit à être entendu et du raisonnable, ainsi que son obligation de motivation, lus en combinaison avec les articles 2 et 3 de la CEDH et l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

2.1.4. Dans ce qui s'apparente à une troisième branche, elle invoque la violation de l'article 3 de la CEDH.

Premièrement, elle invoque avoir produit plusieurs documents médicaux à l'appui de sa demande d'autorisation dont il ressort en substance qu'elle souffre de : « *cardiopathie ischémique et valvulaire* », « *Insuffisance aortique* » et « *NSTEMI 12.11.2019* ». Elle produit à l'appui du présent recours deux attestations médicales de prise de rendez-vous pour le 16 février 2022 et le 10 mars 2022.

Elle expose ensuite que selon un article du 26 mars 2021 du Service public fédéral de la santé, en Belgique, « *la cardiopathie ischémique est une des trois principales causes de mortalité* », et que selon un rapport de l'OMS du 9 décembre 2020, les maladies cardiaques sont la cause principale de décès au niveau mondial. Elle soutient que le traitement requis par l'état de santé du requérant n'est pas disponible et accessible au pays d'origine dès lors que « *la couverture sociale pour les soins de santé n'est pas suffisante* ».

Elle invoque qu'il y a lieu de tenir compte des circonstances particulières propres au requérant qui ressortent du dossier administratif, à savoir qu'« *il ne bénéficierait pas au Maroc de l'accueil et l'encadrement dont il a besoin* », qu'il vit en Belgique chez sa sœur « *qui prend soin de lui et assure le suivi et l'accompagnement de sa pathologie cardiaque* », que ses sœurs vivant au Maroc « *sont dans une précarité importante, elles n'ont aucun revenu et ne peuvent donc pas l'aider ou même l'accueillir* », que celles-ci « *vivent à Tafersit [...] qui est une zone rurale située à 285 km du premier hôpital public comportant des services de cardiologie interventionnelles* », qu'il a quitté le Maroc en 2007 et n'a plus revu ses sœurs depuis, et que « *l'essentiel de sa vie affective et familiale est concentré en Belgique [...] [où vivent des proches] prêts à l'aider et s'occuper de lui* ».

Elle invoque qu'il y a également lieu de tenir compte de la situation générale au Maroc où le traitement médical requis n'est pas accessible. Elle soutient que selon le Centre des liaisons européennes et internationales des sécurités sociales (CLEISS), l'assurance maladie obligatoire marocaine couvre les salariés à la condition de « *la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables successifs ou non pendant les 6 mois précédant les soins, [...]* » à la déclaration des maladies longues et coûteuses à la CNSS » et que selon la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), grâce à l'AMO, une personne atteinte d'une affection dite de longue durée ou nécessitant des soins lourds et coûteux « *ne s'acquitte que d'une partie des frais médicaux, l'autre partie étant couverte par la CNSS* » et que « *les maladies coronaires font partie de la liste des types d'Affections Longues Durées et n'est remboursée (sic) qu'à 85% par la CNSS* ». Elle fait valoir que « *le requérant n'a plus cotisé comme employée au Maroc depuis plus de 15 ans* », qu'il a quarante-quatre ans et qu'il ne dispose d'« *aucune qualification particulière susceptibles de le rendre compétitif sur le marché de l'emploi au Maroc* », qu'il « *est atteint d'une maladie grave et lourde et n'est plus capable d'effectuer un métier physiquement éprouvant* », qu'il ne pourra bénéficier de l'AMO tant qu'il n'a pas d'emploi et que même s'il vient à en trouver un et à bénéficier de l'AMO, le traitement pour sa pathologie de longue durée ne sera pas remboursé à 100%. Elle invoque qu'il ressort du certificat médical type qu'un arrêt du traitement entraînerait un « *risque d'insuffisance cardiaque et thrombose de stent* » et donc la mort.

En ce qui concerne le RAMED, elle expose que peuvent en bénéficier, les personnes « en situation de vulnérabilité » à condition de payer une cotisation et les personnes « en situation de pauvreté » gratuitement. Elle invoque avoir fait valoir dans sa demande la fiche pays du CRI faisant état à son estime des dysfonctionnements suivants : « *Difficultés d'accès aux soins de santé pour les plus démunis et pour la population en milieu rural, avec une distribution inégale de l'offre de soins sur*

*l'ensemble du territoire et une inadéquation entre cette offre et la demande de soins pour certaines maladies notamment, le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires et la santé mentale », « Gestion non satisfaisante des hôpitaux publics qui souffrent d'un ensemble de carences dont notamment ; une gestion centralisée et administrative, le manque d'autonomie, manque d'organisation, absence d'organigramme et de règlement intérieur, manque de coordination avec les centres de soins de santé de base à l'échelle territoriale, aucune utilisation des outils modernes de gestion et de contrôle, manque de compétence managériale pour les directeurs des hôpitaux, une gestion traditionnelle des médicaments encourageant leur déperdition, mauvaise qualité d'accueil et de prise en charge, une inadéquation entre le plateau technique et les ressources humaines nécessaires pour le faire fonctionner », « Absence de politique de gestion et de développement des ressources humaines : [...] [entre autres :] Manque d'autres moyens de motivations pour le personnel notamment les programmes sociaux », « Absence d'une véritable politique de médicaments ; non prise en compte des médicaments génériques ; absence d'un référentiel de soins, manque de clarté et de flexibilité dans les procédures de fixation des prix et dans les taux de remboursement de certains médicaments, aucune possibilité n'est donnée aux pharmaciens pour la substitution des médicaments » ; « Absence d'une politique de partenariat avec la société civile (acteur devenu incontournable pour le développement humain) et le privé qui agit en marge du système de santé sans aucune participation dans l'effort de formation et de moralisation ».*

Elle cite un extrait d'un avis du Conseil Economique, Social et Environnemental selon lequel « Le Maroc connaît une grave pénurie en professionnels de santé, et de grandes disparités dans leur répartition, entre régions et au sein d'une même région, entre milieu urbain et rural. Le ratio du nombre de médecins pour 10 000 habitants est à peine de 6,2 et ne satisfait pas aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le ministère de la Santé estime le déficit en médecins à 6 000 et celui en paramédicaux à 9 000 Ce déficit est d'autant plus problématique que le secteur privé fonctionne aussi avec du personnel soignant du secteur public. Ce déficit va s'aggraver lors des dix prochaines années avec le départ à la retraite de 24% des paramédicaux, soit environ 7 000 personnes ». Elle indique également que cet avis fait état des dysfonctionnements suivants en matière d'accessibilité des soins : « les arrêtés qui déterminent les modalités de fixation des prix des médicaments sont obsolètes. Ils contribuent aux prix élevés des médicaments et à l'augmentation de la part des médicaments importés par rapport à ceux fabriqués au Maroc », « Les marges de distribution sont élevées et ne sont pas dégressives en fonction du prix du médicament, « alors que le secteur privé de distribution des médicaments est bien organisé, déployé sur l'ensemble du territoire, assurant des livraisons quotidiennes, le secteur public est un système centralisé et inefficace comme en témoignent les problèmes de stockage et de conservation, les grandes quantités de médicaments périmés, les retards de livraisons et les ruptures de stocks fréquentes », « au niveau des ESSB, les médicaments sont généralement disponibles en quantité insuffisante. Leur gestion est manuelle et approximative. La traçabilité est insuffisante, les livraisons sont espacées, et les ruptures de stock fréquentes », « le financement de la santé au Maroc repose sur un système de couverture médicale de base qui s'étend de manière progressive depuis sa récente mise en oeuvre, mais qui reste insuffisante au vu de la contribution encore élevée des ménages », « la mise en oeuvre du RAMED, qui constitue une extension importante de la couverture médicale de base repose sur un financement fondé principalement sur la fiscalité (Etat, collectivités locales). De par la loi, la pérennité de ce financement incombe à l'Etat et aux collectivités locales », « cependant, les modalités de gestion du RAMED sont défectueuses à plusieurs niveaux : pilotage insuffisant, accès aux soins insatisfaisant, règles d'éligibilité difficilement lisibles, etc. », « la gratuité des soins semble aller de pair avec une prise en charge non satisfaisante des patients, alors qu'elle ne devrait nullement affecter la qualité de la prise en charge ».

Elle cite un extrait du journal « le matin » faisant état de dysfonctionnements au niveau du RAMED : « Le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins s'est traduit par une baisse de l'efficacité des services rendus par l'hôpital, selon les conclusions du rapport. De la sorte, le Ramed n'a fait qu'exacerber des dysfonctionnements déjà existants avant sa généralisation. [...] ».

Elle invoque que les soins requis par son état de santé sont onéreux par rapport à son pouvoir d'achat. Elle précise que le prix des médicaments prescrits s'élève à 421,52 DH par mois, qu'une consultation chez un cardiologue s'élève à 250 DH, et que les actes de cardiologie interventionnelle sont extrêmement onéreux, se référant à une grille tarifaire de l'AMO, comme la pose de quatre

sents actifs qui s'élèverait à 196.000 DH ou les actes de chirurgie cardiovasculaire pouvant aller jusqu'à 120.000 DH.

Elle soutient avoir démontré dans sa demande que le traitement requis par l'état de santé du requérant n'est ni disponible ni accessible dans le pays d'origine et que la partie défenderesse, en le contraignant à y retourner, viole les articles 2 et 3 de la CEDH ainsi que les principes et dispositions visés au moyen.

## **2.2. En ce qui concerne le deuxième acte attaqué**

2.2.1. La partie requérante prend un premier moyen qui s'avère être unique de « *la violation des articles 2, 3, 8 et 13 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, de l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, des principes de bonne administration, dont le principe de minutie et de précaution et du principe audi alteram partem et du principe du droit de l'Union à être entendu* ».

2.2.2. Dans ce qui s'apparente à une deuxième branche, elle invoque la violation de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, des principes de minutie et de précaution et de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

Elle soutient que la motivation du deuxième acte attaqué est stéréotypée et ne permet pas de considérer qu'il a été tenu compte de l'état médical grave du requérant alors que celui-ci était connu de la partie défenderesse.

Elle invoque qu'à tout le moins, la partie défenderesse aurait dû exposer les raisons pour lesquelles elle n'a pas tenu compte de l'état de santé du requérant.

## **3. Discussion.**

### **3.1. En ce qui concerne le premier acte attaqué**

3.1.1. A titre liminaire, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un "moyen de droit" requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué. Le Conseil observe que la partie requérante s'abstient d'expliquer en quoi l'acte litigieux violerait l'article 47 de la Charte des droits fondamentaux, l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après « CEDH ») et le principe « *audi alteram partem* ».

Il en résulte que le moyen unique est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions et principe.

3.1.2.1. Sur le reste du moyen unique, en ses trois branches réunies, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas 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 [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ».

Le cinquième alinéa indique 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 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 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil souligne que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer, 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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

Le Conseil rappelle également qu'en vertu de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, « *la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate* ».

L'obligation de motivation formelle 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. La décision doit, toutefois, faire 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.

3.1.2.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée se fonde sur l'avis médical du 27 août 2021 rendu par le fonctionnaire-médecin qui figure au dossier administratif et dont une copie a été remise sous pli fermé à la partie requérante. Il ressort de cet avis que les pathologies actuelles du requérant sont « *insuffisance cardiaque* » et « *cardiopathie valvulaire et ischémique* » et que celui-ci nécessite la prise du traitement médicamenteux suivant : « *Asaflow® (= Acide Acétylsalicylique); Furosémide (= dénomination commune internationale); Atorvastatine (= dénomination commune internationale); Perindopril (= dénomination commune internationale); Spironolactone (= dénomination commune internationale); Bisoprolol (= dénomination commune internationale); Pantomed® (= Pantoprazole)* », précisant que le « *Brilique® est un traitement prescrit en 2019 qui ne fait plus partie du traitement en 2021* ». Le Conseil relève encore que le fonctionnaire-médecin a analysé la disponibilité et l'accessibilité d'un suivi en cardiologie prescrit par le médecin traitant du requérant.

3.1.2.3. Le Conseil constate, en premier lieu, que le grief fait au fonctionnaire-médecin de ne pas avoir retenu, au titre de pathologie active, le « *NSTEMI* » alors qu'il ressort de son dossier médical qu'il a été victime d'un infarctus « *NSTEMI* » le 12 décembre 2019, n'est pas fondé.

Il est indiqué dans le certificat médical type le plus récent, daté du 18 mars 2021, produit à l'appui de la demande, que la partie requérante a subi un infarctus myocardique « *NSTEMI* », ainsi qu'une date, qui y est associée.

Le Conseil observe que ce certificat médical est bien repris dans l'avis du fonctionnaire-médecin, en tant que document produit par la partie requérante, en sorte qu'il est établi que le fonctionnaire-médecin a pris cet élément en considération.

Le Conseil observe ensuite que ce même certificat médical atteste du diagnostic suivant : « insuffisance cardiaque, cardiopathie valvulaire et ischémique ».

Au vu de ce qui précède, il ne peut être reproché au fonctionnaire-médecin de ne pas avoir indiqué la mention « *NSTEMI* » au titre de pathologie actuelle, et cette simple omission ne signifie nullement qu'il n'en a pas été tenu compte dans l'appréciation de la pathologie actuelle de la partie requérante.

Au demeurant, les traitements requis, repris par le fonctionnaire-médecin, sont identiques à ceux posés dans le certificat médical type le plus récent produit à l'appui de la demande. Ainsi, ledit certificat médical renseignait en tant que traitement actuel ce qui suit : « *Asaflow* », « *Furosémide* », « *Atorvastatine* », « *Perindopril* », « *Spironolactone* », « *Bisoprolol* » (= *dénomination commune internationale*) ; *Pantomed*® (= *Pantoprazole*) » ainsi qu'un « *suivi médical régulier nécessaire chez un spécialiste cardiologue* ».

Il s'ensuit qu'à tout le moins, la partie requérante ne justifie pas d'un intérêt à cette argumentation.

Il en va dès lors de même de l'argumentation tenant au fait que le « *NSTEMI* » détermine le traitement nécessité par son état de santé.

3.1.2.4. En ce qui concerne l'attestation du 21 janvier 2022 établie par le médecin généraliste du requérant, telle que reprise dans la requête, le Conseil observe qu'elle est postérieure à l'acte attaqué et comporte deux mentions. La première concerne le fait que l'infarctus NTSEMI dont la partie requérante a été victime le 12 novembre 2019 détermine son traitement actuel. La seconde indique que « le traitement actuel comprend entre autre (sic) le Brilique [...] prescrit récemment ».

Le Conseil relève, en ce qui concerne la première des mentions précitées, qu'elle n'est en tout état de cause pas susceptible d'avoir une incidence sur le raisonnement qui précède.

S'agissant de la seconde mention, soit une modification dans le traitement médicamenteux depuis l'introduction de la demande, le Conseil rappelle que, dès lors que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 impose à la partie requérante de fournir, à l'appui de la demande, un certificat médical indiquant le traitement estimé nécessaire, il lui appartenait d'informer la partie défenderesse d'un changement qui serait intervenu à cet égard en temps utile, soit avant l'adoption de l'acte attaqué. Dans l'hypothèse où la modification du traitement médicamenteux serait intervenue postérieurement à l'acte litigieux, le Conseil ne pourrait que rappeler qu'elle ne pourrait qu'être sans incidence sur la légalité de l'acte entrepris puisque, pour contrôler la légalité d'un acte administratif, il y a lieu 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). Le Conseil tient à préciser qu'il en va également ainsi sous l'angle du droit à être entendu de la partie requérante puisqu'en tout état de cause, cette dernière n'aurait pas pu le faire valoir en temps utile.

L'argumentation par analogie avec une jurisprudence du Conseil ne peut quant à elle être retenue en l'espèce puisque la pièce dont la partie requérante entend se prévaloir vise, en réalité, non pas à contester un motif de refus que la partie requérante n'aurait pu anticiper, mais à faire valoir soit un élément nouveau, ce qui ne peut être admis pour la raison précitée, soit un élément antérieur à la décision attaquée qu'elle aurait dû communiquer d'initiative à la partie défenderesse, dès lors qu'il concerne la composition de son traitement médicamenteux.

3.1.2.5. En ce qui concerne les critiques formulées à l'encontre du motif relatif à l'absence de contre-indication pour le voyage vers le pays d'origine, le Conseil ne peut que constater qu'elles ne sont pas fondées. Le Conseil relève que le médecin-fonctionnaire a considéré à cet égard ce qui suit : « *Les pathologies mentionnées dans le certificat médical, pour autant que le patient suive les recommandations thérapeutiques et d'hygiène de vie de ses médecins, ne contre-indiquent pas le voyage de retour vers le pays d'origine d'autant plus que le requérant a bien effectué le trajet aller vers notre pays; aucune incapacité à voyager n'est documentée dans le dossier, aucun encadrement médical pour le voyage n'est à prévoir* ».

Le Conseil ne peut que constater, à la lecture de ces considérants, que la circonstance invoquée par le fonctionnaire-médecin, selon laquelle la partie requérante a voyagé de son pays d'origine vers la Belgique, n'est en tout état de cause pas déterminante dans le raisonnement qu'il a adopté s'agissant de la capacité de cette dernière à voyager vers son pays d'origine. Au demeurant, la partie requérante ne conteste pas les considérants selon lesquels aucune incapacité à voyager, aucune contre-indication, ni aucun encadrement médical n'est documenté dans le dossier.

3.1.2.6.1. Le Conseil relève ensuite que la partie requérante conteste en termes de requête l'appréciation effectuée par le fonctionnaire-médecin de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis.

3.1.2.6.2. Le Conseil constate avant toute chose que, contrairement à ce que prétend la partie requérante, le fonctionnaire-médecin a procédé à un examen circonstancié et individualisé de ces deux questions.

3.1.2.6.3. En ce qui concerne la disponibilité du traitement nécessité par le requérant, le Conseil relève que le fonctionnaire-médecin a considéré ce qui suit :

« **Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine** »

**NB : les références citées dans les rapports médicaux de MedCOI (BMA) le sont uniquement au titre d'exemples prouvant la disponibilité de l'objet de la requête dans le pays concerné et ne sont pas limitatives. Il ne peut donc en aucun cas être déduit que la disponibilité soit limitée à ces seules références.**

- Les consultations en cardiologie sont disponibles au Maroc (cf. BMA-12798);
- Acide Acétylsalicylique est disponible au Maroc (cf. BMA-12798);
- Furosémide est disponible au Maroc (cf. BMA-13968);
- Atorvastatine est disponible au Maroc (cf. BMA-13063);
- Perindopril est disponible au Maroc (cf. BMA-13063);
- Spironolactone est disponible au Maroc (cf. BMA-13968).
- Bisoprolol est disponible au Maroc (cf. BMA-13853);
- Pantoprazole est disponible au Maroc (cf. BMA-13853).

Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine.

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé(e) puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique. Selon une jurisprudence du Conseil d'État (arrêt n°246.381), les références MedCOI de disponibilités telles que celles mentionnées ci-avant ne peuvent être contestées par la juridiction de recours à peine de violer la foi due aux actes telle qu'instituée par les articles 1319, 1320, 1322 du Code Civil.

XXX

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé):

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI :

- Requête MedCOI du 24/09/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12798, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de consultations en cardiologie, d'Acide Acétylsalicylique:

Required treatment according to case description  
Availability

outpatient treatment and follow up by a cardiologist  
Available

Medication	acetylsalicylic acid (Aspirin®)
Medication Group	Cardiology: anti blood clotting; antiplatelet aggregation
Type	Current Medication
Availability	Available

- Requête MedCOI du 05/12/2019 portant le numéro de référence unique BMA-13063, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité d'Atorvastatine, de Perindopril :

Medication	perindopril
Medication Group	Cardiology: anti hypertension; ACE inhibitor
Type	Current Medication
Availability	Available

Medication	atorvastatin
Medication Group	Cardiology: Lipid modifying/ cholesterol inhibitors

Type	Current Medication
Availability	Available

- Requête MedCOI du 19/08/2020 portant le numéro de référence unique BMA-13853, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de Bisoprolol, de Pantoprazole :

Medication	bisoprolol
Medication Group	Cardiology: anti hypertension; bêtablockers
Type	Current Medication
Availability	Available

Medication	pantoprazole
Medication Group	Gastroenterology: stomach; proton pump inhibitors
Type	Current Medication
Availability	Available

- Requête MedCOI du 07/09/2020 portant le numéro de référence unique BMA-13968, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médicaments au Maroc et qui confirme la disponibilité de Furosémide, de Spironolactone :

Medication	furosemide
Medication Group	Cardiology: anti hypertension; loop diuretics
Type	Alternative Medication
Availability	Available

Medication	spironolactone
Medication Group	Cardiology: anti hypertension; potassium-saving diuretic

Type	Current Medication
Availability	Available

De plus, la pathologie attestée ne répond pas aux critères de l'article 9ter §1er alinéa de la loi du 15 décembre 1980 qui stipule qu'elle doit entraîner un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant compte tenu du fait que le traitement adéquat existe dans le pays d'origine.

Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin ; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a posteriori une péjoration de la situation clinique antérieure.

Rappelons que ce n'est pas au délégué du ministre d'effectuer des démarches pour la mise à jour médicale d'une demande 9ter (= compléter les infos médicales): ce soin et cette diligence incombent au demandeur et cette charge de preuves ne peut être inversée. De plus, il incombe au demandeur de rédiger sa demande avec soin afin d'éclairer sa situation personnelle.

1 Le projet européen MedCOI (Medical Country of Origin Information), auparavant financé par l'AMIF (Asylum, Migration and Integration Fund), a été repris par EASO (European Asylum Support Office) le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Dans ce contexte, l'EASO MedCOI Sector est désormais chargé de collecter des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine. Ces informations sont stockées dans une **base de données non publique** accessible aux États membres européens et à la Norvège et à la Suisse.

**Disclaimer:** Dans le cadre de la recherche de la disponibilité, les informations fournies se limitent à la disponibilité du traitement médical dans un hôpital ou un établissement de santé spécifique dans le pays d'origine. En effet, ce document n'a pas vocation à être exhaustif. Aucune information sur l'accessibilité du traitement n'est fournie. L'information est recueillie avec grand soin. L'EASO MedCOI Sector fait tout son possible pour fournir des informations précises, transparentes et actualisées dans un délai limité. Aucun droit, tel que la responsabilité médicale, ne peut être dérivé du contenu.

L'EASO MedCOI Sector définit que :

- un **traitement médical** est considéré comme disponible lorsqu'il est, lors de la recherche, suffisamment présent dans le pays d'origine dans au moins un établissement médical particulier (public ou privé).
- un **médicament** est considéré comme disponible lorsqu'il est, en principe, enregistré dans le pays d'origine et y est distribué dans les pharmacies, les drogueries ou autres lieux où les médicaments peuvent être vendus. Le médicament est soit produit, soit importé dans le pays d'origine et il n'y a pas de problème d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche.

Il convient de rappeler que les réponses fournies par l'EASO MedCOI Sector n'ont pas vocation à être exhaustives (cf. Disclaimer). La disponibilité au pays d'origine n'est donc nullement limitée aux structures citées.

L'EASO MedCOI Sector reçoit des informations des sources suivantes :

- **Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine :**  
Ces médecins ont été sélectionnés par l'EASO MedCOI Sector sur base de critères de sélection prédéfinis : avoir 6 ans d'expérience en tant que médecin, être fiable, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des compétences linguistiques ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. L'identité de ces médecins locaux, engagés sous contrat avec EASO, est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et CV sont connus par EASO. La spécialisation exacte de ces médecins n'a pas de pertinence. C'est, en effet, leur réseau professionnel médical dans le pays d'origine, critère de sélection pour être engagé, qui importe. Celui-ci leur permet ainsi de répondre à des questions concernant n'importe quelle spécialisation médicale.
- **International SOS (Blue Cross Travel) :**  
Il s'agit d'une société internationale de premier plan fournissant des services d'assistance médicale et de sécurité. Elle possède des bureaux dans plus de 70 pays et un réseau mondial de 27 centres d'assistance, 64 cliniques et 650 sites externes. International SOS (BCT) s'engage contractuellement à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples informations sur cette organisation sur le site web d'International SOS: <https://www.internationalsos.com/>.

Les informations médicales fournies par les médecins sous contrat local et International SOS (BCT) sont ensuite évaluées par les médecins de l'EASO MedCOI Sector ».

Force est de constater que la partie requérante ne conteste pas utilement ces constats qui se vérifient à la lecture du dossier administratif.

En effet, s'agissant des critiques portées à l'encontre des informations provenant de la base de données MedCOI, le Conseil constate en premier lieu que, contrairement à ce que prétend la partie requérante, la partie défenderesse n'a pas adopté à cet égard une motivation par double référence. En effet, les constats posés par le fonctionnaire-médecin dans son avis médical attestent de ce que ce dernier a analysé les données provenant des requêtes MedCOI, en a fourni un résumé, a reproduit des extraits des documents figurant au dossier administratif et a exposé les raisons pour lesquelles il a considéré que les soins requis étaient en l'occurrence disponibles au pays d'origine, en manière telle que la partie requérante est en mesure de comprendre le motif litigieux et de le contester. Ainsi, en se référant à l'avis du fonctionnaire-médecin, la partie défenderesse a suffisamment motivé le premier acte attaqué et il ne saurait lui être reproché de ne pas avoir donné d'indication supplémentaire. Il en va ainsi notamment du caractère public ou privé de l'établissement auprès duquel les soins requis peuvent être trouvés. Le Conseil relève à cet égard que la partie requérante a au demeurant pu critiquer l'accessibilité des soins en termes de requête à ce sujet.

Le Conseil tient déjà à souligner qu'en l'occurrence, cette information tenant au caractère privé ou public figure bien dans les requêtes MedCOI jointes au dossier administratif.

Le Conseil constate ensuite que la base de données MedCOI vise à répondre à des questions précises quant à la disponibilité de médicaments, de soins et de suivis médicaux dans un endroit donné et que les informations fournies sont suffisamment précises compte tenu des arguments d'ordre général présentés par la partie requérante à l'appui de sa demande.

En ce que la partie requérante semble tirer grief du fait qu'elle n'aurait pas eu accès au dossier administratif, il est établi que cette dernière en a reçu une copie le 31 janvier 2022. Elle a en tout état de cause eu accès au dossier administratif, avant l'audience. Or, la partie requérante n'a entendu faire valoir le moindre argument à l'audience au sujet d'un élément contenu au dossier administratif dont elle n'aurait pas eu connaissance lors de la rédaction de son recours. La partie requérante n'ayant pas indiqué de quelle façon un accès aux informations tirées du dossier administratif aurait pu lui être profitable d'une quelconque manière pour la rédaction de son recours, elle ne justifie pas, en tout état de cause, d'un intérêt à cette articulation du moyen.

3.1.2.6.4. S'agissant de l'accessibilité du traitement requis par le requérant, le Conseil observe que le fonctionnaire-médecin a considéré à ce propos ce qui suit :

« Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

*Notons d'emblée que le conseil du requérant cite dans la requête différents documents/articles sans les joindre à la demande. Rappelons à ce propos que l'article 9ter prévoit que « l'étranger transmet avec la demande tous 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 ». Etant donné que rien ne garantit la fiabilité des liens internet dans le temps (site internet qui n'existe plus, qui change de nom, document retiré ou lien modifié), il appartient au requérant de fournir les documents cités (ou à tout le moins les pages nécessaires) avec sa requête pour que l'administration de l'Office des Etrangers soit dans la capacité de les consulter à tout moment du traitement de la demande. Or, le requérant ne fournit aucun des documents cités avec sa demande. De plus, il lui incombe d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001). Toutes les informations n'ont ainsi pu être consultées et vérifiées. Nous avons néanmoins analysé les principales remarques énoncées et y avons apporté une réponse ci-dessous.*

*Selon le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale<sup>2</sup>, le Maroc dispose d'un régime de sécurité sociale prévoyant une assurance maladie qui couvre tant l'assuré que les ayants droit (enfants à charge de moins de 21 ans et conjoint). Cette assurance permet de couvrir 70% des frais de consultations médicales délivrées par des généralistes ou des spécialistes, les analyses biologiques, les actes de radiologie, la rééducation, les actes paramédicaux, la lunetterie ainsi que les médicaments admis au remboursement. L'hospitalisation et les soins ambulatoires liés à cette hospitalisation sont quant à eux couverts à hauteur de 70 à 99 % selon qu'ils sont prodigués par le secteur privé ou par les hôpitaux publics. De plus, 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<sup>3</sup>.*

*Soulignons qu'aucune contre-indication actuelle pour un travail adapté n'a été formulée dans le dossier médical du requérant par un médecin compétent en ce domaine. Au contraire, le Dr Silance, médecin traitant du requérant, a indiqué que ce dernier pouvait exercer une activité professionnelle mais pas d'activité physique lourde. L'intéressé pourrait ainsi trouver de l'emploi dans toute une panoplie de domaine d'activités afin de bénéficier de revenus mais aussi souscrire à l'A.M.O.*

*En outre, le système de santé marocain comprend le régime d'assistance médicale (RAMED)<sup>4</sup>. Il est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale. Ce régime vise la population démunie qui est constituée par les personnes économiquement faibles et qui ne sont pas éligibles au régime de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Les bénéficiaires de ce régime sont couverts sans aucune discrimination par cette forme d'assurance maladie. Les soins de santé sont dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services relevant de l'Etat.*

*Selon un rapport de MedCOI<sup>5</sup> du 11.05.2017, il existe deux catégories de la population qui peuvent bénéficier du RAMED : les personnes considérées comme vulnérables qui paient une cotisation de 120 DH par personne et par an (11 €) et les personnes considérées comme pauvre qui en bénéficient gratuitement. Le RAMED couvre le chef de famille, sa/son conjoint(e) et ses enfants. Les bénéficiaires reçoivent des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires gratuitement à condition de consulter d'abord dans leur centre de santé de référence (indiqué sur leur carte du RAMED) où ils pourront être référés à un hôpital public plus spécialisé.*

*Pour pouvoir bénéficier du RAMED il faut répondre à deux conditions : prouver qu'on est pas bénéficiaire de l'AMO et ne pas avoir de ressources pour couvrir les frais médicaux. Ces ressources sont déterminées sur base des revenus annuels par personne composant le foyer (moins de 5650 DH (518 €) pour les personnes dites « vulnérables » et moins de 3767 DH (345€) pour ceux considérés comme « pauvre ») ainsi que sur base d'un score patrimonial socio-économique.*

*Les bénéficiaires du RAMED et de l'AMO ont plus moins accès au même package de soins de santé à la différence que ceux bénéficiant du RAMED doivent impérativement consulter dans un établissement public.*

Soulignons que dans son arrêt 61464 du 16.05.2011, le CCE affirme que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles ». Si nécessaire, il pourrait ainsi se déplacer pour bénéficier de soins dans un établissement public afin de bénéficier des avantages du RAMED.

Le RAMED couvre différents services : soins préventifs, médecine générale, spécialités médicales et chirurgicales, suivi de grossesse et des naissances, soins hospitaliers, procédures chirurgicales incluant la chirurgie réparatrice, les analyses biologiques, la radiologie et l'imagerie médicale, les explorations fonctionnelles, les médicaments administrés pendant le traitement, les pochettes de sang et ses dérivés, les dispositifs et les implants, les prothèses et orthèses, les équipements médicaux, les soins bucco-dentaires, l'orthodontie pour les enfants, la revalidation et les transferts sanitaires entre hôpitaux.

Le requérant pourrait ainsi notamment bénéficier du RAMED en attendant de trouver de l'emploi et profiter à terme de l'A.M.O.

Le conseil du requérant note dans la requête que l'éligibilité au RAMED est limitée à trois ans. Il omet cependant de préciser que celle-ci est renouvelable au terme de cette période<sup>6</sup>. Il n'y a donc pas de limite de durée dans le temps au bénéfice du RAMED (pour autant que les conditions précitées soient remplies).

Quant aux défaillances du système RAMED évoquées par le conseil du requérant, notons que même si ce système n'est pas parfait, il a le mérite d'exister et permet à un grand nombre de Marocains de bénéficier de soins gratuits ou à faible coût. Le requérant reste en défaut de démontrer qu'il ne pourrait en bénéficier. De plus, ce système ne serait qu'une aide temporaire en attendant de trouver du travail.

Par ailleurs, il est prévu que le RAMED soit remplacé à moyen terme par l'AMO pour tous. Avec cette réforme, tous les Marocains auront droit au même panier de soins AMO, quel que soit le niveau de leur contribution au régime (zéro contribution pour les catégories les plus précaires, actuellement assujetties au régime du RAMED)<sup>7</sup>.

Notons encore que, selon son avocat, le requérant a de la famille en Belgique. Celle-ci pourrait ainsi le soutenir financièrement à distance via des transferts d'argent à son retour au Maroc comme elle le fait déjà pour les soeurs du requérant qui résident au Maroc<sup>8</sup>.

De plus, rappelons que dans le cadre d'une demande 9ter, le rôle de notre administration n'est pas de démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais bien de démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). Si l'entièreté du coût des soins n'était pas prise en charge, cela ne serait pas rédhitoire pour l'accès aux soins puisque le requérant peut en outre bénéficier d'un soutien familial et obtenir des revenus propres en travaillant.

Quant à la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital évoquée par son conseil, notons comme rappelé plus haut qu'il appartient au requérant de s'établir dans le pays d'origine là où il sera le plus à même de recevoir les soins dont il a besoin.

Il résulte de l'ensemble de ces informations 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-Uni du 02 mai 1997, §38).

**Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine.**

<sup>2</sup>[http://www.cleiss.fr/docs/reqimes/reqime\\_maroc.html](http://www.cleiss.fr/docs/reqimes/reqime_maroc.html)

<sup>3</sup><http://www.anam.ma/regulation/guide-des-maladies-ald-alc/> (voir liste des maladies graves ou invalidantes)

<sup>4</sup><http://www.anam.ma/laqence/presentation/la-couverture-medicale-de-base/presentation/> (voir RAMED)

<sup>5</sup> Belgian Immigration Office, Question & Answer BDA-20170428-MA-6520, 11.05.2017.

<sup>6</sup> <https://www.ramed.ma/infospratiques/pages/faq.html>, Comment Renouveler l'éligibilité au RAMED ?

<sup>7</sup> <https://fr.le360.ma/economie/le-ramed-disparaitra-pour-de-bon-et-sera-remplace-par-lamo-des-2021-221022>

<sup>8</sup> Cf. requête 9ter ».

En premier lieu, s'agissant des critiques formulées à l'encontre du motif reprochant à la partie requérante de ne pas avoir joint à sa demande les documents sur lesquels elle appuie ses arguments, le Conseil ne peut que constater que la partie requérante n'y a pas intérêt. En effet, force est de constater que malgré ce constat, la partie défenderesse a répondu aux arguments présentés dans la demande.

Le reproche fait au fonctionnaire-médecin de s'être lui-même limité à renvoyer à des liens Internet est dénué de pertinence dès lors qu'il ressort du dossier administratif que l'ensemble des documents sur lesquels l'avis est fondé, figure dans celui-ci.

En ce qui concerne le motif tenant à la capacité de travail de la partie requérante, le Conseil relève que celle-ci avait indiqué dans sa demande qu'elle ne « *pourra certainement pas trouver un emploi dû à sa maladie avec les conditions de régime spécial (pas d'activité lourde)* ». En termes de requête, la partie requérante ne prétend pas que son médecin a conclu à une incapacité de travailler dans son chef, et confirme au contraire le constat, effectué par le fonctionnaire-médecin sur base de son dossier médical, qu'elle pouvait exercer une activité professionnelle même si une activité physique lourde est exclue. Ceci était également indiqué dans la demande d'autorisation de séjour.

Elle se borne pour le reste à invoquer qu'elle a quarante-quatre ans et qu'elle ne dispose d'« *aucune qualification particulière susceptible de [la] rendre compétit[ive] sur le marché de l'emploi au Maroc* ». Cet argument apparaît nouveau et force est de constater qu'en tout état de cause, il n'est pas de nature à énerver le raisonnement adopté par le fonctionnaire-médecin, selon lequel en l'absence de toute contre-indication pour un travail adapté, à savoir un travail qui n'exige pas d'efforts physiques lourds, la partie requérante pourrait trouver de l'emploi dans une « *panoplie de domaine (sic) d'activités afin de bénéficier de revenus mais aussi de souscrire à l'AMO* ».

Ce motif peut donc être considéré comme établi et suffit à démontrer l'accessibilité du traitement requis dans le pays d'origine.

L'analyse relative à l'accessibilité des soins fondée sur la couverture offerte par le RAMED, qui concerne les plus démunis, apparaît dès lors surabondante. La partie requérante n'a dès lors plus intérêt aux griefs dirigés à son encontre, y compris l'argumentation relative à la couverture par ce système des « *affections de longue durée* ».

Le même constat doit être posé concernant les critiques formulées à l'égard du motif tenant à l'aide financière pouvant lui être apportée par les membres de sa famille vivant en Belgique.

S'agissant de son argumentation selon laquelle, à supposer même qu'il obtienne un emploi, il ne pourrait obtenir un remboursement total alors même que les soins requis sont coûteux, le Conseil constate que la partie requérante a surtout insisté à cet égard sur le coût d'éventuelles interventions chirurgicales puisque le coût de son traitement médicamenteux ne serait, selon ses propres dires, que de 421,52 DH par mois, et une consultation chez un cardiologue s'élèverait à 250 DH. Dès lors que le revenu maximal, pour pouvoir prétendre au RAMED, doit être de moins de 5650 DH, soit 518 €, ces frais sont peu élevés, et au vu des considérations qui précèdent, peuvent être supportés par la partie requérante.

S'agissant des « *actes de cardiologies interventionnelles [...] extrêmement onéreux* », ou encore les actes de chirurgie cardiovasculaire qui peuvent, selon les indications données par la partie requérante en termes de requête, aller jusqu'à 120.000 DH, rien n'indique qu'ils font partie du traitement requis auquel le fonctionnaire-médecin devait avoir égard.

L'argumentation de la partie requérante est à cet égard dénuée de pertinence.

S'agissant de l'étude datant de 2013 indiquant de graves manquements au niveau de la prise en charge du syndrome coronarien aigu au Maroc, le Conseil observe qu'il est produit pour la première fois en termes de requête, alors que la partie requérante avait la possibilité de l'invoquer à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour. Il ne peut donc être pris en considération.

Le Conseil constate ensuite que les informations présentées à l'appui de la demande d'autorisation de séjour proviennent en particulier de la fiche pays du CRI datant de 2009, et d'un avis du Conseil économique, social et environnemental de 2013, sources qui sont donc moins récentes que celles utilisées par le fonctionnaire-médecin qui datent notamment de 2017, 2019, 2020 et 2021. Ces arguments manquent par conséquent de pertinence et ne permettent pas à renverser les constats qui précèdent.

Pour le surplus, de manière générale, concernant les constats posés par le fonctionnaire-médecin en réponse aux arguments et informations présentés par la partie requérante dans sa demande, concernant l'accessibilité du traitement au Maroc, ne sont pas utilement contestés par la partie requérante.

En ce qui concerne l'argumentation tenant à l'inaccessibilité géographique d'un établissement hospitalier adéquat dans la région de provenance du requérant, le Conseil ne peut que constater qu'elle n'est pas fondée. En effet, la partie requérante reste en défaut de contester le constat posé par le fonctionnaire-médecin selon lequel le requérant peut « *s'établir dans le pays d'origine là où il sera le plus à même de recevoir les soins dont il a besoin* ».

3.1.3. Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée, en se référant à l'avis du fonctionnaire-médecin ayant conclu à la disponibilité et à l'accessibilité du traitement requis par l'état de santé du requérant au pays d'origine, est valablement motivée au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qu'il ne peut, plus généralement, être reproché à la partie défenderesse d'avoir violé les dispositions et principes visés au moyen en adoptant le premier acte querellé, en ce compris l'article 3 de la CEDH.

### **3.2. En ce qui concerne le deuxième acte attaqué**

3.2.1. Sur la deuxième branche du moyen unique, le Conseil relève que la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir motivé cet acte au sujet, notamment, de son état de santé, au regard de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980.

3.2.2. Le Conseil observe à ce propos qu'il ressort de la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ayant donné lieu aux actes attaqués que la partie requérante avait notamment invoqué qu'elle « *a besoin de soins médicaux spécifiques, que ces soins doivent être prodigués en Belgique, que tout retour vers son pays d'origine serait susceptible de nuire à son état de santé physique et psychique* ».

Le Conseil rappelle que l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, a été modifié par différentes lois qui visent à assurer la transposition partielle de la Directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les Etats membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier.

Le Conseil rappelle également que l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 dispose que « *[/]ors 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*».

Par ailleurs, l'article 6.4 de la Directive 2008/115/CE susvisée prévoit que la partie défenderesse conserve la faculté de privilégier la voie de la régularisation de séjour « *pour des motifs charitables, humanitaires ou autres* », et le considérant 6 de ladite Directive prévoit que « *conformément aux principes généraux du droit de l'Union européenne, les décisions prises en vertu de la présente directive devraient l'être au cas par cas et tenir compte de critères objectifs, ce qui implique que l'on prenne en considération d'autres facteurs que le simple fait du séjour irrégulier* ».

Il résulte de ce qui précède que si la partie défenderesse doit, dans certains cas déterminés à l'article 7 de la loi du 15 décembre 1980, délivrer un ordre de quitter le territoire à tout ressortissant d'un pays tiers se trouvant sur le territoire belge en séjour irrégulier, cette obligation ne doit pas s'entendre comme s'imposant à elle de manière automatique et en toutes circonstances. Ainsi, à supposer que l'étranger séjourne de manière irrégulière sur le territoire, le caractère irrégulier du séjour ne saurait en tout état de cause suffire à lui seul à justifier la délivrance d'un ordre de quitter le territoire sans que d'autres éléments soient pris en compte.

Il s'ensuit que la partie défenderesse n'est pas dépourvue en la matière d'un certain pouvoir d'appréciation.

Dès lors que, d'une part, l'autorité est tenue, en vertu de son obligation de motivation formelle, d'exposer dans l'acte administratif les motifs de fait et de droit qui le fondent et que, d'autre part, elle doit notamment avoir égard, lors de l'adoption d'un ordre de quitter le territoire, au respect des droits fondamentaux, il lui appartient d'expliquer comment elle a procédé à ce respect en motivant formellement ledit acte à cet égard (en ce sens : CE, arrêt n°253 942 du 9 juin 2022).

En l'occurrence, la partie défenderesse devait tenir compte de l'état de santé du requérant, tel qu'imposé par l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, et motiver l'acte attaqué quant à ce.

3.2.3. Or, en l'espèce, le Conseil constate, à l'instar de la partie requérante, que la partie défenderesse n'a pas motivé l'ordre de quitter le territoire en ce qui concerne l'état de santé du requérant.

Le Conseil ne peut suivre à ce sujet la partie défenderesse qui semble indiquer que la partie requérante se serait limitée dans la seconde branche de son moyen à reprocher à la partie défenderesse d'avoir violé à cet égard l'article 8 de la CEDH.

Le deuxième acte attaqué n'est pas valablement motivé quant à ce, en violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

Le Conseil entend souligner à cet égard que la note de synthèse figurant au dossier administratif ne peut en tout état de cause combler cette lacune.

#### **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.

#### **5. Dépens.**

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

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

##### **Article 1<sup>er</sup>**

L'ordre de quitter le territoire, pris le 30 août 2021, est annulé.

##### **Article 2**

La requête en annulation est rejetée pour le surplus.

##### **Article 3**

Il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

##### **Article 4**

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

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

Mme M. GERGEAY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

M. GERGEAY