

Arrêt

n° 323 635 du 20 mars 2025
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. TRIGAUX
Avenue Adophe Lacomblé 59-61/5
1030 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'État à l'Asile et la Migration et désormais par la Ministre de l'Asile et de la Migration

LA PRÉSIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 février 2021 par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et à l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire (annexe 13), pris le 26 novembre 2020.

Vu le titre I^{er} 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu larrêt n° 258 551 du 22 juillet 2021, cassé par larrêt du Conseil d'Etat n° 261.426 du 25 novembre 2024.

Vu l'ordonnance du 11 février 2025 convoquant les parties à l'audience du 4 mars 2024.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendues, en leurs observations, Me L. TRIGAUX, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me J. BYL *locum* Me F. MOTULSKY, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le requérant déclare être arrivé sur le territoire du Royaume en 2008.

1.2. Le 24 mars 2020, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a fait l'objet d'une décision la déclarant non fondée prise par la partie défenderesse le 26 novembre 2020, assortie d'un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

Ces décisions, notifiées le 26 janvier 2021, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« Motifs :

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.

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

Dans son avis médical remis le 25.11.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de [E.H.S.], que ces soins médicaux lui sont accessibles, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que, dès lors, il n'y a pas de contre-indication, d'un point de vue médical, à un retour au pays d'origine.

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

- L'ordre de quitter le territoire (annexe 13) (ci-après : le second acte attaqué) :

« 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^o de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2. L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable. »

1.3. Par un arrêt n° 258 551 du 22 juillet 2021, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit contre ces décisions. Aux termes d'un arrêt n°261.426 du 25 novembre 2024, le Conseil d'Etat a annulé cet arrêt.

1.4. Par un courrier daté du 6 mai 2021, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a fait l'objet d'une décision d'irrecevabilité prise par la partie défenderesse le 22 août 2022. Par un arrêt n° 288 701 du 9 mai 2023, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision à la suite du retrait de cette dernière par la partie défenderesse.

1.5. Le 9 mai 2023, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande visée au point 1.4. irrecevable, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 307 771 du 4 juin 2024, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit contre ces décisions.

2. L'arrêt n°261.426 rendu par le Conseil d'Etat le 25 novembre 2024

Dans son arrêt, le Conseil d'Etat casse l'arrêt précédent rendu par le Conseil de céans dans cette affaire au motif suivant :

« L'obligation de motivation des arrêts impose au Conseil du contentieux des étrangers de répondre de manière suffisante aux arguments des parties et de leur permettre de comprendre pourquoi il a statué de la sorte. Cette obligation ne concerne pas l'exactitude des motifs.

En l'espèce, dans le cadre de la quatrième branche du moyen unique de son recours devant le Conseil du contentieux des étrangers, le requérant reprochait au fonctionnaire médecin d'affirmer que « les idéations suicidaires évoquées en cas d'aggravation de l'état de santé n'ont jamais été avérées ». Il dénonçait « une analyse parcellaire et superficielle des rapports médicaux communiqués » uniquement fondée sur « le rapport d'évolution de l'hôpital Brugmann du 30/10/2020 rédigé à la sortie de l'hôpital et donc après une prise en charge adaptée dans une unité psychiatrique spécialisée » ne tenant pas compte, en particulier, du rapport d'admission dans cet hôpital.

À supposer même que le Conseil du contentieux des étrangers n'eût pu accueillir cette branche du moyen sans substituer son appréciation à celle de la partie adverse, il lui eût appartenu cependant d'en faire le constat.

En se limitant à reproduire le passage de l'avis du fonctionnaire médecin relatif aux « idéations suicidaires » et à formuler la considération générale, sans établir le moindre lien avec une quelconque pièce du dossier ni aucun argument du recours, qu' « il ressort du dossier administratif que tous les éléments médicaux, rapports et articles produits et invoqués par le requérant dans sa demande d'autorisation de séjour ont été examinés par le médecin-conseil », le Conseil du contentieux des étrangers ne rencontre en rien le grief relatif à l'inexactitude du motif de la décision initiale suivant lequel les idéations suicidaires « n'ont jamais été avérées ».

Dès lors que le premier juge n'a pas répondu à l'argumentation du requérant, larrêt attaqué n'est pas légalement motivé.

Dans cette mesure, le moyen unique est fondé. Il n'y a pas lieu de statuer sur les autres griefs. »

3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation :

- de l'article 3 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH),
- des articles 4 et 52 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte),
- des articles 9ter, 62, 74/13 de la loi du 15 décembre 1980,
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs,
- des « principes de bonne administration, dont le devoir de minutie et de prudence ».

3.1.1. Dans une première branche, relative à « la disponibilité des soins », la partie requérante fait valoir que « la motivation relative à la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine est insuffisante et inadéquate dès lors que la décision attaquée se contente de se référer à l'avis d'un médecin-conseil qui, lui-même, renvoie à des « sources » (MedCOI) » et que « Dans cet avis, le médecin-conseil se limite à reprendre des passages des sources MedCOI se rapportant aux médicaments actuellement pris par le requérant ainsi qu'à une série de consultations médicales ».

Elle soutient qu'« En consultant le dossier administratif du requérant, il peut être constaté que les seules « sources » utilisées sont des fiches MedCOI se rapportant à des demandes spécifiques propres à des patients ne présentant absolument pas le même profil que le requérant », qu'« On retrouve ainsi par exemple une patiente âgée de 60 ans atteinte de diabète et d'un carcinome rectal avancé avec possible métastase osseuse ainsi qu'une série d'autres demandes concernant des patients présentant des pathologies profondément différentes de celles du requérant, aucune ne concernant par ailleurs un patient atteint d'albinisme » et que « les réponses aux demandes ont toutes été données dans le courant de l'année 2019 (à l'exception d'une seule et unique en 2020), de sorte qu'aucune certitude ne peut être attachée quant au fait que les médicaments et soins seraient effectivement actuellement disponibles ».

Sé référant à l'arrêt du Conseil n° 206 534 du 5 juillet 2018, elle estime que « Pareil raisonnement doit être appliqué à la situation du requérant dont l'interruption des traitements provoquerait des traitements inhumains et dégradants » et qu'« Il incombaît en effet au médecin-conseil de s'assurer que le traitement - en particulier les médicaments et suivis relatifs à ses problèmes psychologiques et psychiatriques permettant d'éviter les idéations suicidaires - soit concrètement disponible pour le requérant dans sa région d'origine et la simple référence aux requêtes Med-COI ne suffit pas en l'espèce ».

Elle reproche au médecin-conseil de s'être abstenu de vérifier la disponibilité des soins ophtalmologiques, alors que le requérant présente « un albinisme oculo-cutané » et qu'il « a invoqué dans sa demande la nécessité d'un suivi ophtalmologique et d'une prise en charge par un CRF ». Elle indique que « comme cela a été expressément mentionné dans la demande [...], ainsi que dans le certificat médical de son ophtalmologue [...], un suivi ophtalmologique régulier est nécessaire dans le cadre de la prise en charge de sa pathologie et une revalidation visuelle est nécessaire pour augmenter son autonomie ainsi que la

possibilité de trouver un travail adapté à son état de santé », estimant qu'« il lui appartenait par conséquent de prendre en compte la demande du requérant relative à la nécessité d'une prise en charge et d'une revalidation ophtalmologique augmentant son autonomie et ses chances de pouvoir trouver un travail (lesquelles sont extrêmement minces et fortement limitées en raison de son état de santé qui ne lui permet, par exemple, déjà pas de travailler en extérieur) ».

Elle expose, à cet égard, que « dans son avis, le médecin conseil relève uniquement sur ce point que le problème visuel du requérant est congénital et qu' « *il y a donc peu de chance pour qu'une quelconque prise en charge puisse changer quoi que ce soit d'autant plus que le même médecin dans ce même rapport écrit clairement que l'état de santé de son patient (ndr : du point de vue visuel) ne peut s'améliorer* » », que « dans le rapport médical auquel se réfère le médecin-conseil daté du 29/06/2018 [...], l'ophtalmologue écrit : « *avec un suivi dans un centre de revalidation visuelle, monsieur peut avoir une vie sociale normale et travailler; moyennant adaptation [...]* », ce qui signifie bien que, pour que le requérant puisse travailler, un suivi dans un centre de revalidation visuelle est nécessaire », et qu'« Il convient également de noter que le médecin conseil ajoute les termes « *du point de vue visuel* » qui ne ressortent aucunement du certificat médical de l'ophtalmologue ».

Elle affirme qu' « il ressort également clairement du certificat médical rédigé par l'ophtalmologue, qu'outre une revalidation visuelle, un suivi ophtalmologique régulier est nécessaire » et qu'« à la question « *Le suivi régulier d'un médecin (spécialiste est-il nécessaire ? Dans l'affirmative, quelle spécialité est-elle nécessaire ?* », il est en effet notamment indiqué : « *ophtalmologue* » », avant de considérer que « la décision attaquée, qui se réfère intégralement à l'avis du médecin conseil quant à la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins, ne pouvait s'abstenir d'analyser la disponibilité et l'accessibilité des soins ophtalmologiques, lesquels sont au centre de la demande de régularisation du requérant, atteint d'un albinisme oculo-cutané ».

Elle en déduit que « [La] décision querellée, qui se réfère intégralement à l'avis du médecin-conseil, en ce qu'elle ne contient aucun examen relatif à la disponibilité et à l'accessibilité des soins ophtalmologiques dans le pays d'origine du requérant pourtant expressément invoqués par celui-ci dans sa demande de régularisation, et en ce qu'elle ne tient pas dûment compte des éléments spécifiques et individuels propres à la situation du requérant, viole l'obligation de motivation formelle des actes administratifs ». Elle ajoute que « La motivation du fonctionnaire-médecin relative au fait qu'il n'existe aucune trace d'une prise en charge de revalidation effectuée actuellement en Belgique de sorte qu' « *il n'est pas raisonnable d'exiger un centre de revalidation au Maroc* » n'enlève rien aux constats qui précédent, la partie adverse ayant été informée, dès l'introduction de la demande de régularisation que cet aspect de la demande était intrinsèquement liée à la possibilité de pouvoir trouver un travail ».

Elle estime que « Ce n'est ainsi pas parce que le requérant n'a pas apporté la preuve d'une revalidation actuelle en Belgique, celui-ci n'ayant par ailleurs à ce stade de la procédure pas le droit de travailler en Belgique, qu'une telle revalidation ne sera pas nécessaire au Maroc pour pouvoir trouver un travail, condition nécessaire pour pouvoir avoir effectivement accès aux soins dont il a besoin » et que « la partie adverse ne pouvait s'abstenir d'analyser la disponibilité et l'accessibilité des soins ophtalmologiques et d'une revalidation visuelle dans le pays d'origine du requérant, atteint d'un albinisme oculo-cutané ».

Elle relève enfin que « le fonctionnaire médecin, médecin généraliste, se contente d'interpréter un certificat médical rédigé par une ophtalmologue, médecin spécialiste » et considère que « s'il entendait contester les considérations contenues dans ce certificat médical, il lui appartenait à tout le moins de faire procéder à une contre-expertise afin que lesdites considérations puissent être confirmées ou infirmées par des experts de même rang » et que « l'autorité administrative, en se fondant intégralement sur l'avis du fonctionnaire médecin, n'a ainsi pas statué en pleine connaissance de cause, en violation de son devoir de minutie », rappelant la jurisprudence du Conseil d'Etat dans son arrêt n°111.609 du 16 février 2022.

3.1.2. Dans une deuxième branche, relative à « l'absence de prise en compte des informations générales communiquées », la partie requérante fait valoir que « la motivation est également insuffisante et inadéquate en ce que l'avis du médecin conseil auquel se réfère la décision attaquée conteste la pertinence des informations générales communiquées par la partie requérante afin d'étayer dûment sa demande de séjour, en considérant que « *les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant* », alors que lesdites informations sont directement en lien avec la situation du requérant puisque, d'une part, elles démontrent les graves difficultés d'accès aux soins de santé pour les personnes démunies, telles le requérant, qui, dans sa demande de séjour, a expressément insisté sur le fait qu'il « *ne dispose d'aucune ressource au Maroc* » et qu'il « *n'a en plus aucun réseau social ou familial au Maroc et ne peut être pris en charge par personne* », et d'autre part, elles attestent des graves problèmes affectant les soins

psychologiques et psychiatriques au Maroc (capacité litière insuffisante, pénurie en ressources humaines, problèmes d'accès aux soins, non disponibilité des psychotropes,...), soins dont le requérant [...] a absolument besoin afin d'empêcher des idéations suicidaires ».

Elle considère qu'« En refusant de prendre en compte les éléments susmentionnés au motif qu'ils découlent d'informations générales, alors qu'ils sont de nature à fournir des informations particulièrement pertinentes sur la situation du requérant en cas de retour dans sa région d'origine, la partie adverse n'a pas analysé avec minutie tous les documents soumis à son appréciation et fonde sa décision sur une motivation tout à fait lacunaire » et s'appuie sur larrêt du Conseil n° 23 771 du 26 février 2009, affirmant que « Le même raisonnement doit être suivi en l'espèce, le médecin conseil n'ayant aucunement pris en compte, ni l'absence totale de ressource du requérant ayant un impact certain en matière d'accessibilité aux soins de santé, ni les graves problèmes auxquels sont confrontés les soins psychologiques et psychiatriques au Maroc ». Elle estime qu'« En l'absence de toute explication relative à ces deux points spécifiques sur lesquels le requérant a particulièrement insisté dans sa demande de séjour, celui-ci est dans l'impossibilité de comprendre les motifs de refus de celle-ci » et que « La motivation ne permet en outre aucunement de vérifier que la décision a été précédée d'un réel examen des points susmentionnés, en violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ».

Elle relève que « la motivation de la décision querellée est également contradictoire puisque la partie défenderesse conteste la pertinence des informations générales invoquées par le requérant à l'appui du bienfondé de sa demande, alors qu'elle se réfère elle-même à des constatations tout à fait générales, dans son cas, sans individualiser en quoi ces informations sont pertinentes en l'espèce » et soutient que « la décision attaquée qui se réfère intégralement à l'avis du médecin conseil, ne répond aucunement à l'argument invoqué dans la demande et selon lequel le Maroc est un pays avec un climat qui ne convient pas à l'affection médicale du requérant ». Elle avance qu'« Elle repose également sur une motivation erronée, ou à tout le moins inadéquate, en ce qu'elle relève que « *le risque d'ostracisme vis-à-vis de sa pathologie n'est objectivement pas plus élevé au Maroc qu'en Belgique* » ». Elle reproche au fonctionnaire médecin de ne pas préciser « sur base de quelle information objective il se fonde pour parvenir à un tel constat alors que des informations objectives lui ont été communiquées (rapport Asylos transmis en date du 25 mars 2020) attestant notamment du fait que les albinos font l'objet d'assassinats et d'attaques et sont victimes, en Afrique, de nombreuses discriminations et persécutions en raison de leur couleur de peau, étant considérés comme des personnes invalides en raison de leurs problèmes de vue ».

3.1.3. Dans une troisième branche, afférente à « l'accessibilité des soins », la partie requérante soutient que « les développements fournis par le médecin conseil relatifs à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, [...] [sont superficiels] et sans rapport avec la situation concrète du requérant et des éléments spécifiques du cas d'espèce ». Elle expose que « tant l'article 9ter que les obligations de motivation imposent une analyse (et une motivation corrélative) de la possibilité pour le requérant de poursuivre son traitement, au travers d'une appréciation *in concreto* et non pas de déclarations générales, abstraites, et encore imprécises ». Elle relève les considérations suivantes :

- 1) « Il est question dans l'avis du médecin-conseil d'un régime de protection sociale qui couvre « *les salariés des secteurs public et privé* » assurant aux « intéressés » une protection contre les risques de la maladie alors que le requérant n'est pas un salarié »,
- 2) « De manière tout à fait générale et abstraite, le médecin conseil expose les principales différences entre le régime d'assurance maladie obligatoire de base au profit, principalement, des personnes exerçant une activité lucrative (AMO) et le régime d'assistance médicale au projet des populations les plus démunies (RAMED), sans jamais indiquer si les soins et médicaments dont le requérant a besoin sont effectivement pris en charge dans l'un ou l'autre des régimes »,
- 3) « Après des considérations purement générales, le médecin conseil se contente de relever que « *l'intéressé est en âge de travailler* » de sorte qu'il peut en être conclu « *que l'intéressé pourrait accéder au marché de l'emploi afin de prendre en charge ses soins de santé* ».

Elle observe que « Sur base de ces seules considérations, le médecin conseil conclut à l'accessibilité des soins dans le pays d'origine du requérant » et estime que « Ce faisant le médecin conseil ne prend aucunement compte les éléments concrets du cas d'espèce qui ont été portés à sa connaissance », citant les éléments suivants :

- « Tout d'abord, en raison notamment de ses troubles de la vision, de l'intolérance de ses yeux et de sa peau au soleil, de ses céphalées et cervicalgies chroniques, le requérant a besoin d'un travail adapté à son état de santé, ce qui rend la recherche d'un travail extrêmement compliquée. Une motivation se contentant de noter que « *l'intéressé est en âge de travailler* » est ainsi tout à fait insuffisante en ce qu'elle ne tient aucunement compte des circonstances particulières de l'espèce et

- des importantes difficultés d'accès à l'emploi auxquelles le requérant est confronté. Ce n'est ainsi pas parce qu'une personne est en âge de travailler que sa situation médicale le lui permet effectivement ! »,
- « Ensuite, le requérant a perdu ses parents et n'a plus la moindre nouvelle de son frère. Il ne dispose plus daucun réseau social ou familial au Maroc de sorte qu'il ne peut être pris en charge et qu'il ne peut compter sur personne pour lui venir en aide. Cet élément n'est, lui non plus, aucunement pris en compte par la partie adverse »,
 - « Enfin, vu les difficultés d'accès au marché de l'emploi en raison de sa maladie, une prise en charge dans un centre de revalidation visuelle est nécessaire afin de lui permettre de gagner en autonomie. Or, comme le relève l'ophtalmologue dans son certificat médical, une telle prise en charge « *n'est pas possible dans son pays (n'existe pas)* ». Au motif que la vue du requérant ne pourrait pas s'améliorer, le médecin conseil s'abstient purement et simplement d'analyser l'accessibilité d'une revalidation visuelle au Maroc sans tenir aucunement compte du fait qu'une telle prise en charge lui est nécessaire pour travailler alors que le médecin conseil semble lui-même conditionner l'accessibilité des soins à l'aptitude du requérant à travailler... ».

Elle fait valoir que « La décision attaquée, en ce qu'elle se réfère purement et simplement à l'avis du médecin conseil quant à la question de l'accessibilité des soins, repose sur une motivation tout à fait lacunaire et inadéquate qui ne tient pas compte des circonstances particulières du cas d'espèce ayant pourtant été portées à la connaissance de la partie adverse » et que « les informations purement générales sur lesquelles se fondent le médecin conseil sont absentes du dossier administratif, ce qui ne permet pas de vérifier en quoi le requérant pourrait bénéficier de l'un ou l'autre des régimes de soins de santé mentionnés ».

Elle soutient également qu'« alors que le médecin-conseil affirme que les soins de santé sont disponibles au Maroc pour le requérant, les informations exposées dans la demande d'autorisation de séjour (troubles de la vision, de l'intolérance de ses yeux et de sa peau au soleil, de ses céphalées et cervicalgies chroniques ; plus aucun réseau social ou familial au Maroc ; les difficultés d'accès au marché de l'emploi en raison de sa maladie) démontrent au contraire les graves problèmes d'accessibilité aux soins et services de santé au Maroc » et reproduit un extrait de la demande d'autorisation de séjour du requérant.

Elle avance que « bien que ces informations aient été portées à la connaissance de la partie adverse, aucune explication n'est donnée dans la décision attaquée qui permettrait de comprendre sur quoi se fonde la partie adverse pour estimer que les soins de santé dont le requérant a besoin seraient accessibles au Maroc alors que les informations générales disponibles démontrent le contraire » et que « La seule considération selon laquelle le requérant est en âge de travailler étant, au vu des circonstances particulières de l'espèce et des caractéristiques propres à sa maladie, comme démontré *supra*, tout à fait insuffisante pour parvenir à un constat opposé à celui des informations générales susmentionnées ».

Elle conclut qu'« En ne répondant pas aux arguments essentiels invoqués par le requérant dans sa demande de régularisation, et en se limitant à des considérations générales et abstraites, la décision querellée démontre un défaut de motivation et commet une erreur manifeste d'appréciation » et qu'« En l'absence d'examen rigoureux des éléments principaux invoqués par le requérant dans sa demande, la partie adverse viole également le devoir de minutie ».

3.1.4. Dans une quatrième branche, relative au « risque réel pour la vie ou l'intégrité physique et quant au risque réel de traitement inhumain ou dégradant », la partie requérante estime que « la motivation de la décision de refus de séjour est inadéquate et méconnait les termes de l'article 9ter puisque les critères utilisés pour l'analyse de la possibilité pour le requérant d'être pris en charge médicalement au Maroc est fondée sur la grille d'analyse relative à l'article 3 CEDH et non celle qui prévaut pour l'article 9ter ».

Elle indique que « dans son avis, le médecin conseil note que « *les idéations suicidaires évoquées en cas d'aggravation de l'état de santé n'ont jamais été avérées* ». Or, bien que ces idées soient qualifiées, dans le rapport d'admission de l'hôpital Brugman du 29/09/2020, communiqué à la partie adverse en date du 18/11/2020, de « *non construites sans projet concret* », il n'en demeure pas moins que les « *idées noires et suicidaires* » étaient bien présentes lors de son admission à l'hôpital puisque le rapport indique : « *il a des idées noires et suicidaires non construites sans projet concret* » ». Elle constate que « Le médecin conseil semble en effet s'être limité à prendre en compte le rapport d'évolution de l'hôpital Brugman du 30/10/2020 rédigé à la sortie de l'hôpital, et donc après une prise en charge adaptée dans une unité psychiatrique spécialisée qui – une fois les idées noires et suicidaires apaisées – a permis au requérant de sortir de l'hôpital ». Elle déduit que « La décision attaquée, en ce qu'elle se réfère entièrement à l'avis du médecin conseil qui indique que les idéations suicidaires « *n'ont jamais été avérées* » repose ainsi sur une motivation

parfaitement erronée, en violation des articles de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs »

Elle relève en outre que « Dans l'analyse de la gravité de la maladie, la partie adverse ne tient en outre aucunement compte du fait que le requérant a été hospitalisé à trois reprises en psychiatrie en 2018, 2019 et 2020, ce qui démontre la gravité des problèmes psychiatriques auxquels le requérant se retrouve fréquemment confronté » et reproche à la partie défenderesse de ne pas tenir compte « du fait que le requérant a déjà eu des idées suicidaires [...], lesquelles n'ont disparu qu'après une hospitalisation de plusieurs jours dans une unité psychiatrique spécialisée, de sorte qu'en l'absence de prise en charge adaptée, l'apparition de nouvelles idées suicidaires ne saurait être exclue, contrairement à ce que prétend le médecin conseil dans son avis, qui comme démontré *supra*, repose sur une analyse parcellaire et superficielle des rapports médicaux communiqués ».

Elle fait également valoir que « le médecin conseil relève que la pathologie attestée ne répondrait pas aux critères de l'article 9ter « *compte tenu du fait que le traitement adéquat existe dans le pays d'origine* », sans aucune explication complémentaire, alors qu'il ressort clairement des informations portées à la connaissance de la partie adverse qu'un traitement adéquat n'est pas disponible et accessible au Maroc, en particulier vu les graves problèmes auxquels les soins psychologiques et psychiatriques sont confrontés (capacité littéra insuffisante, pénurie en ressources humaines, problèmes d'accès aux soins, non disponibilité des psychotropes) ». Elle avance que « Le requérant n'est ainsi aucunement en mesure de comprendre en quoi sa pathologie ne répondrait pas aux critères de l'article 9ter, notamment parce que ni le médecin conseil ni la partie adverse ne motive en quoi il y aurait des raisons de croire que le requérant pourrait être hospitalisé en psychiatrie au Maroc afin d'éviter la réapparition d'idées suicidaires (alors que les informations générales communiquées à la partie adverse indiquent notamment une capacité littéra insuffisante et une pénurie en ressources humaines), ni en quoi il pourrait accéder à des soins adaptés (alors que les informations générales communiquées à la partie adverse indiquent des problèmes d'accès aux soins et la non disponibilité des psychotropes) ».

Elle conclut que « l'article 9ter, de même que les articles 3 de la CEDH et 4 de la Charte, sont méconnus, pris seuls et conjointement aux obligations de motivation ».

3.1.5. Dans une cinquième branche, concernant l'ordre de quitter le territoire, la partie requérante soutient que « l'article 74/13 LE, pris seul et conjointement aux obligations de motivation, est méconnu en ce que l'ordre de quitter le territoire ne comporte aucune motivation reflétant la prise en compte l'état de santé du requérant, pourtant reconnu comme grave par l'Office des Etrangers, sa demande 9ter ayant dans un premier temps été déclarée recevable » et que « Le rejet de la demande de séjour ne suffit certainement pas à rencontrer les obligations contenues à l'article 74/13, qui impose une prise en compte de l'état de santé lors de la prise d'une décision d'éloignement ». Elle affirme que « combiné aux obligations de motivation, il est certain que « la prise en compte » doit ressortir de la motivation formelle de l'ordre de quitter le territoire, *quod non* » et que « Finalement, il y a également lieu de constater l'illégalité de l'ordre de quitter en tant qu'accessoire de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales, dont l'illégalité a été démontrée *supra* ».

4. Discussion

4.1.1. Sur le moyen unique, toutes branches réunies, en ce qu'il est dirigé contre le premier acte attaqué, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 :

« L'étranger qui séjourne en Belgique [...] 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 séjournner dans le Royaume auprès du Ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et cinquième alinéas de ce premier paragraphe indiquent 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. [...] L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire

médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* »¹. 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.

Il rappelle enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue la partie défenderesse doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité administrative ne soit toutefois tenue d'expliquer les motifs de ses motifs (voir en ce sens, notamment, C.C.E., arrêt n° 11.000 du 8 mai 2008). Il suffit par conséquent que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours, et à la juridiction compétente d'exercer son contrôle à ce sujet. Il s'agit d'un contrôle de légalité en vertu duquel celle-ci n'est pas compétente 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 n'a pas donné desdits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

4.1.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision entreprise est fondée sur un rapport, établi le 25 novembre 2020, par le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse sur la base de divers certificats médicaux produits par le requérant à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, duquel il ressort, en substance, que ce dernier souffre d'*« Albinisme oculo-cutané ; Trouble de l'adaptation versus dépression réactionnelle secondairement au problème cutané ; Hypertension artérielle ; Hyperlipémie ; Bulbite érosive »*. Le médecin-conseil relève également, sur la base de diverses sources documentaires énumérées dans son rapport, que le traitement médicamenteux et les suivis requis par l'état de santé du requérant sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et il conclut que :

« Du point de vue médical, sur base des documents fournis par le requérant. nous pouvons conclure que les pathologies citées ci-dessus dont il souffre depuis des années peuvent être contrôlées par un traitement adéquat qui est accessible et disponible dans le pays de retour ».

Les conclusions de l'avis médical, susmentionné, sont reprises dans la motivation de l'acte litigieux, lequel a été joint dans sa totalité en annexe dudit acte, et porté à la connaissance du requérant simultanément, en telle sorte qu'il est incontestable que la partie défenderesse, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait siens les constats qui y sont posés.

Le Conseil rappelle que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'intervient pas comme prestataire de soins à l'égard du requérant dont le rôle est d'établir un diagnostic, mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 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* », conformément à l'article 9ter, §1^{er}, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980.

4.1.3. En termes de requête, la partie requérante reproche au médecin-conseil de s'être abstenu de vérifier la disponibilité des soins ophtalmologiques, alors que le requérant présente « un albinisme oculo-cutané » et qu'il « a invoqué dans sa demande la nécessité d'un suivi ophtalmologique et d'une prise en charge par un CRF ».

À cet égard, le Conseil observe qu'il ressort de l'attestation médicale circonstanciée annexée au certificat médical type du 29 juin 2018, qu'à la question « *Le suivi régulier d'un médecin (spécialiste) est-il nécessaire ? Dans l'affirmation, quelle spécialité est-elle nécessaire ?* », l'ophtalmologue qui suit le requérant a indiqué « *ophtalmologue & dermatologue* ». Or, le Conseil constate que, dans son avis médical, si le fonctionnaire médecin analyse la disponibilité des consultations en psychiatrie, en psychologie, en

¹ 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.

dermatologie, en gastro-entérologie et en médecine générale sur la base des recherches MedCOI énumérées, il s'abstient toutefois d'analyser la disponibilité des consultations en ophtalmologie au pays d'origine du requérant. Il reste également en défaut de préciser les raisons qui l'amènent à ne pas analyser la disponibilité d'un suivi en ophtalmologie, alors même que les documents médicaux déposés par le requérant mentionnent expressément la nécessité d'un tel suivi.

Par ailleurs, la partie requérante soutient également qu'« un suivi ophtalmologique régulier est nécessaire dans le cadre de la prise en charge de sa pathologie et une revalidation visuelle est nécessaire pour augmenter son autonomie ainsi que la possibilité de trouver un travail adapté à son état de santé » et qu'il appartenait au fonctionnaire médecin « de prendre en compte la demande du requérant relative à la nécessité d'une prise en charge et d'une revalidation ophtalmologique augmentant son autonomie et ses chances de pouvoir trouver un travail (lesquelles sont extrêmement minces et fortement limitées en raison de son état de santé qui ne lui permet, par exemple, déjà pas de travailler en extérieur) ».

Dans son avis médical du 25 novembre 2020, le fonctionnaire médecin se contente d'indiquer, s'agissant de la nécessité d'une prise en charge du requérant dans un centre de revalidation ophtalmologique, ce qui suit :

« En 2018, un ophtalmologue évoque l'éventualité de la prise en charge du requérant dans un centre de revalidation pour son problème visuel. Remarquons simplement, qu'en 2018, le requérant avait déjà 32 ans et que son problème visuel est congénital; il y a donc peu de chance pour qu'une quelconque prise en charge puisse changer quoi que ce soit d'autant plus que le même médecin dans ce même rapport écrit clairement que l'état de santé de son patient [Ndr: du point de vue visuel] ne peut s'améliorer. En outre, il n'y aucune trace d'une quelconque prise en charge en revalidation effectuée en Belgique depuis que ce point a été soulevé en 2018, pourtant ce n'est pas le temps qui a manqué. Par conséquent, il n'est pas défendable d'exiger un centre de revalidation au Maroc alors même qu'un tel traitement de revalidation n'a pas été suivi en Belgique ».

Or, le Conseil relève que si, en effet, le médecin spécialisé en ophtalmologie du requérant indique, dans son certificat médical du 29 juin 2018, « pas de traitement pour les yeux », il mentionne cependant la possibilité d'une prise en charge du requérant dans un centre de revalidation visuelle pour augmenter son autonomie et précise ce qui suit dans son attestation médicale circonstanciée :

« Avec un suivi dans un centre de revalidation visuelle, Monsieur peut avoir une vie sociale normale et travailler, moyennant des adaptations. »

Le Conseil a dès lors du mal à comprendre sur quels éléments se fonde le fonctionnaire médecin, qui est un médecin généraliste, pour considérer qu'« il y a donc peu de chance pour qu'une quelconque prise en charge puisse changer quoi que ce soit d'autant plus que le même médecin dans ce même rapport écrit clairement que l'état de santé de son patient [Ndr: du point de vue visuel] ne peut s'améliorer » alors que le médecin du requérant, spécialisé en ophtalmologie, indique la nécessité d'un suivi dans un centre de revalidation visuelle pour lui permettre de mener une vie sociale normale et de travailler, et ne mentionne aucunement que son état de santé ne pourrait s'améliorer.

Quant à la circonstance selon laquelle il n'y aurait aucune prise en charge actuelle du requérant dans un centre de revalidation visuelle en Belgique, elle n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent dès lors que, comme le relève la partie requérante, cette prise en charge doit se faire dans l'objectif de pouvoir travailler, et que le requérant n'est, à ce stade, pas titulaire d'une autorisation de travail en Belgique. La partie requérante justifie d'un intérêt à cette argumentation dès lors que l'absence actuelle dudit suivi ne signifie nullement que celui-ci ne lui serait pas nécessaire une fois le requérant de retour dans son pays d'origine, afin de lui permettre de s'insérer professionnellement.

Dans ces circonstances, il appert que la motivation de l'avis médical rédigé par le médecin-conseil ne permet ni au requérant, ni à son conseil, ni au Conseil de céans de comprendre la raison pour laquelle celui-ci s'écarte des documents médicaux sur lesquels il s'appuie, ni de s'assurer que tous les éléments du dossier du requérant ont bien été analysés par lui.

Ainsi, le Conseil ne saurait considérer que les informations fournies par la partie défenderesse pour démontrer la disponibilité des suivis nécessaires au traitement du requérant suffisent en l'espèce. En effet, si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent

recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane, ce qui n'est pas le cas en l'espèce².

Par conséquent, le Conseil constate que le fonctionnaire médecin n'a pas procédé à un examen complet et adéquat des données de l'espèce en violation de son obligation de motivation formelle combinée à son obligation de minutie et de soin. Les conclusions de l'avis médical, susmentionné, étant reprises dans la motivation de l'acte litigieux, lequel a été joint dans sa totalité en annexe dudit acte, et porté à la connaissance du requérant simultanément, il est incontestable que la partie défenderesse, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait siens les constats qui y sont posés.

4.1.4. Quant à l'accessibilité des soins et traitements requis par l'état de santé du requérant au pays d'origine, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin a, notamment, indiqué ce qui suit :

« Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le conseil de l'intéressé fournit divers articles et rapports concernant la situation humanitaire au Maroc. Notons que les éléments évoqués ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Maroc. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). [...] Notons que le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale nous informe que le régime marocain de protection sociale couvre aussi bien les salariés des secteurs public et privé et assure aux intéressés une protection contre les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survie, décès, chômage et sert les prestations familiales. Le régime marocain comprend l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO), fondé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération ainsi que des étudiants, et le régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies. Le RAMED concerne les personnes les plus économiquement faibles et ne pouvant bénéficier de l'AMO. Le Ramed a fait l'objet d'un projet-pilote en novembre 2008 et a été appliqué exclusivement dans la région Tadla-Azilal, où il a été testé pendant 2 ans. Depuis le 13 mars 2012, le RAMED a été étendu à toute la population en situation de pauvreté ou de vulnérabilité sur l'ensemble 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 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 Enfin, l'intéressé est en âge de travailler. En l'absence de contre-indication médicale. nous pouvons en conclure que l'intéressé pourrait accéder au marché de l'emploi afin de prendre en charge ses soins de santé ».

Dans sa requête, la partie requérante considère que « les développements fournis par le médecin conseil relatifs à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, [...] [sont superficiels] et sans rapport avec la situation concrète du requérant et des éléments spécifiques du cas d'espèce ».

A cet égard, le Conseil observe que, dans son avis médical, le fonctionnaire médecin analyse l'accessibilité du requérant aux soins requis dans son pays d'origine sous deux angles :

- la capacité à travailler de la partie requérante, et par conséquent d'avoir accès à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- l'existence d'un régime d'assistance médicale (RAMED) au cas où le requérant ne pourrait pas travailler et la possibilité de bénéficier d'un soutien financier de sa famille au Maroc.

Le Conseil estime, toutefois, qu'une telle réponse s'avère inadéquate pour rencontrer l'argumentation, étayée par le requérant, des difficultés concrètes d'accès aux soins de santé au Maroc pour les personnes démunies et de la spécificité de sa situation, évoquées dans sa demande d'autorisation de séjour.

S'agissant, d'une part, de la capacité à travailler du requérant, le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que dans sa demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2. du présent arrêt, le requérant

² En ce sens, voir CCE n°194 879 du 10 novembre 2017.

a fait état des difficultés d'accès au marché du travail en raison de son état de santé et a notamment fait valoir que :

- « *Le psychiatre décrit de manière détaillée dans le certificat médical circonstancié quel médicament il doit prendre (pièce 3) et confirme également qu'il souffre de troubles de la vision et de la fragilité de la peau en lien avec l'albinisme de sorte qu'il a besoin d'un travail adapté, souffrant également de céphalée et de cervicalgie chronique (pièce 3)* »
- et qu'il « *a absolument besoin d'un suivi dans ce type de centre de revalidation visuelle, et ce afin de garantir une vie sociale normale et éventuellement une possibilité de travailler dans un lieu de travail adapté à son état de santé, moyennant des adaptations mais ce suivi en CRF n'est pas possible dans son pays d'origine, de sorte qu'une vie normale ne serait pas possible au Maroc, n'ayant pas la possibilité de faire appel à des membres de sa famille ou à un réseau social, ayant été rejeté totalement en raison de ses affections médicales* ».

Indépendamment de la question de savoir si le requérant est en état de travailler, force est de constater qu'en considérant que « *l'intéressé est en âge de travailler. En l'absence de contre-indication médicale, nous pouvons en conclure que l'intéressé pourrait accéder au marché de l'emploi afin de prendre en charge ses soins de santé* » et qu'il pouvait également bénéficier de l'assurance maladie obligatoire, le fonctionnaire médecin n'a pas tenu compte de ces arguments tendant à démontrer la difficulté d'accès au marché de l'emploi du requérant et la nécessité d'adaptations dues à son état de santé. Dans cette mesure, le Conseil ne peut considérer que le passage de l'avis du fonctionnaire médecin relatif à l'AMO serait suffisant pour justifier la première décision relative à l'accessibilité des soins.

Qui plus est, il ressort des informations figurant sur le site internet du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, référencé en note de bas de page de l'avis médical, notamment l'article intitulé « *Le régime marocain de sécurité sociale* » que :

« *L'ouverture du droit aux prestations d'AMO de base est subordonnée, pour le travailleur salarié : à la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables successifs ou non pendant les 6 mois précédant les soins, au paiement effectif des cotisations par l'employeur, [...]* ».

Il ressort, dès lors, de ces informations que les prestations dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire sont soumises à une période de cotisation de 54 jours précédent la maladie. Or, le Conseil relève que le requérant est sur le territoire belge depuis 2008, en sorte qu'il ne pourra d'emblée, dès son retour sur le territoire marocain, ni même par la suite, bénéficier des prestations offertes par le régime de sécurité sociale, telles que décrites sur ce site internet et auquel s'est référé la partie défenderesse, à la suite du fonctionnaire médecin, pour conclure à l'accessibilité des soins. Le Conseil observe pourtant que le certificat médical type daté du 28 octobre 2019 précise, quant aux conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement, des « *Risque décompensation psychologique importante* », et que le certificat médical circonstancié du 27 janvier 2020 indique comme pronostic en cas d'arrêt de traitement une « *Dégénération psychiatrique pouvant aller jusqu'à idées suicidaires* ».

Partant, le Conseil estime qu'à supposer que le fonctionnaire médecin de la partie défenderesse ait pu estimer que le requérant pouvait travailler et, dès lors, avoir accès à l'assurance maladie obligatoire, il lui appartenait de tenir compte des difficultés d'accès au marché de l'emploi en raison de sa maladie, du fait que les prestations fournies dans le cadre de cette assurance ne lui seront pas immédiatement accessibles et de l'impact, sur la santé du requérant, de l'arrêt, même provisoire, de ses traitements.

D'autre part, quant à l'existence du régime d'assistance médicale (RAMED), le Conseil constate que le fonctionnaire médecin se contente d'y faire référence et de déclarer que le requérant pourrait bénéficier des avantages de ce système. Les informations produites par la partie défenderesse à cet égard ne permettent pas de considérer, au vu de leur caractère vague et imprécis, que le requérant pourrait bénéficier d'un tel régime dans son pays d'origine. Ainsi, comme le relève la partie requérante en termes de requête, le fonctionnaire médecin se fonde sur des « *informations purement générales* », lesquelles ne figurent pas ailleurs pas au dossier administratif. Quant aux deux notes de bas de page renvoyant vers des sites internet, force est de constater que les liens ne fonctionnent pas et que le Conseil n'est dès lors pas en mesure de vérifier les informations avancées par le fonctionnaire médecin à cet égard.

Ainsi, les informations fournies par le fonctionnaire médecin ou plutôt l'absence d'informations à cet égard, ne permet pas à la partie défenderesse d'affirmer avec certitude que le requérant pourra bénéficier de ce système et il n'est pas garanti que les soins qui lui sont nécessaires soient pris en charge par ce système. En effet, la partie défenderesse ne fournit aucune information qui permettrait de l'affirmer avec certitude et se

contente de faire état d'allégations générales purement descriptives et semblant sans rapport avec la situation personnelle du requérant. Par conséquent, le Conseil ne peut s'assurer avec certitude que ce dernier pourra bénéficier de ce régime.

Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que le fonctionnaire médecin s'est limité à des constatations générales et hypothétiques concernant la couverture des frais médicaux par l'AMO et le RAMED et n'a pas procédé à un examen suffisamment concret de l'accès financier aux soins médicaux requis par l'état de santé du requérant. Dès lors, en se référant uniquement à ces éléments, le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que le requérant aurait, à son retour au pays d'origine, un accès effectif aux soins requis en toutes circonstances, celui-ci ne pouvant bénéficier avec certitude de l'AMO et du RAMED en cas de retour au Maroc.

Il résulte de ce qui précède qu'il ne peut être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif et sur lesquelles s'appuie le fonctionnaire médecin, et à sa suite la partie défenderesse, que les soins médicaux que nécessite l'état de santé du requérant sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée en ce qui concerne l'accessibilité des traitements et suivis nécessaires au requérant, au regard de sa situation individuelle.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière médicale -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane, ce qui n'est pas le cas en l'espèce³.

Il s'ensuit que le médecin-conseil n'a pas motivé suffisamment et adéquatement son avis médical et que, partant, la partie défenderesse a violé les articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

4.2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait valoir ce qui suit :

« Le requérant tente de contester ce constat en prétendant que la nécessité d'une revalidation s'inscrirait dans le cadre du traitement de la pathologie du requérant. Cependant, comme le médecin conseil de la partie adverse avait pu le relever, le problème visuel du requérant était congénital, le médecin traitant ayant confirmé, quant à lui, que la vision du requérant ne pouvait s'améliorer. L'on n'est dès lors manifestement pas dans le cadre d'une pathologie visée à l'article 9 ter, § 1er de la loi du 15 décembre 1980. Le requérant ne saurait non plus prétendre à une analyse erronée du médecin conseil de la partie adverse qui avait pu constater dans le dossier qu'alors qu'une revalidation dans un centre avait été envisagée en 2018, à la fin de l'année 2020, aucun traitement de revalidation n'avait été suivi en Belgique. Le requérant reste d'ailleurs en défaut de contester à ce propos, les constats de l'avis du médecin conseil de la partie adverse quant aux pathologies actives actuelles et quant aux traitements actifs. Le requérant poursuit son propos en faisant valoir que l'idée d'une revalidation visuelle ne serait finalement nécessaire que pour permettre au requérant de travailler, une telle nécessité ne se posant pas en Belgique. Le requérant affirme qu'à ce stade de la procédure », il n'aurait pas le droit de travailler en Belgique. Il reste en défaut d'expliquer plus avant son propos alors que son séjour avait été couvert par un document après que sa demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales avait été déclarée recevable. Le requérant tente également de la sorte de refaire a posteriori son dossier alors que comme cela sera relevé ci-dessous, le médecin conseil de la partie adverse avait pu relever que le certificat médical du requérant ne contenait pas de contre-indication médicale indiquant que le requérant ne saurait travailler dans son pays d'origine. Dès lors et si de la sorte, le requérant envisageait l'hypothèse d'une revalidation visuelle ou que ses problèmes de vision sont congénitaux et ne sauraient s'améliorer comme l'avait affirmé le propre médecin traitant du requérant, uniquement pour améliorer sa chance d'exercer une activité professionnelle, force serait de constater que de la sorte, le requérant confirmerait lui-même que cet aspect de la thérapie sortait du cadre légal à l'origine de sa demande d'autorisation de séjour ».

Cette argumentation n'est pas de nature à remettre en cause le raisonnement qui précède dès lors qu'elle se contente de reproduire en substance la motivation de la première décision attaquée. Pour le reste, elle s'apparente à une tentative de motivation *a posteriori*, qui aurait dû figurer dans l'acte querellé et qui demeure impuissante à pallier ses lacunes.

³ En ce sens, voir CCE n°194 879 du 10 novembre 2017.

4.2.2. Elle fait également valoir que :

« Les arguments y développés procèdent d'une tentative, en faisant état de considérations générales et non individualisées, d'amener Votre Conseil à dire pour droit que quelles que soient les informations en sens contraire disponibles quant à la situation d'accessibilité aux soins au Maroc, il y aurait lieu de considérer que lesdites informations, nonobstant leur caractère officiel, ne seraient pas crédibles. De la sorte, la problématique abordée par le requérant rejoint celle à laquelle il avait été répondu dans le cadre de la réfutation de la précédente branche. Le requérant ne démontre en réalité pas, à savoir in concreto, que dans l'hypothèse où il ne pourrait exercer une activité professionnelle, il ne saurait bénéficier du système RAMED. D'autre part, il y a lieu de lire les arguments développés dans le cadre de cette branche, en rappelant la constatation du médecin conseil de la partie adverse à propos de l'absence de contre-indication médicale à exercer une activité professionnelle dans le chef du requérant ».

Cette argumentation n'est pas davantage de nature à énerver les constats qui précèdent, dès lors qu'elle ne répond nullement aux critiques de la partie requérante relatives à l'accessibilité, d'un point de vue financier, aux soins et au bénéfice de l'AMO et du RAMED.

4.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen, en ce qu'il est pris de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, est fondé et suffit à justifier l'annulation de la décision attaquée déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4.4. Quant au second acte attaqué, le Conseil constate que la première décision litigieuse étant annulée par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., que la partie défenderesse a déclarée recevable, redevient pendante. Par conséquent, afin de garantir la clarté dans les relations juridiques et donc la sécurité juridique, il s'impose de faire disparaître l'ordre de quitter le territoire querellé de l'ordonnancement juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque, pour permettre un nouvel examen de la situation par la partie défenderesse.

En tout état de cause, rien n'empêchera la partie défenderesse de délivrer un nouvel ordre de quitter le territoire à la partie requérante, si elle rejette, le cas échéant, à nouveau, la demande visée au point 1.2. du présent arrêt (dans le même sens, C.C.E., arrêt n° 112 609, rendu en Assemblée générale, le 23 octobre 2013).

5. Débats succincts

5.1. 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.

5.2. 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.

6. Dépens

La partie requérante demande, en termes de requête, de « condamner l'Etat belge aux entiers dépens, en ce compris l'indemnité de procédure ». Or, force est de constater que le requérant s'est vu accorder le bénéfice du *pro deo*, en telle sorte que cette demande est irrecevable.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 26 novembre 2020, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt mars deux mille vingt-cinq par :

E. MAERTENS,

présidente de chambre,

A. KESTEMONT,

greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

E. MAERTENS