

Arrêt

n° 326 091 du 30 avril 2025
dans l'affaire X / I

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. de VIRON
Rue des Coteaux 41
1210 BRUXELLES

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA 1ère CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 7 août 2024, 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 formulée sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et de l'ordre de quitter le territoire (annexe 13), pris le 8 avril 2024.

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 (ci-après dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 13 décembre 2024 convoquant les parties à l'audience du 23 janvier 2025.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. DE COOMAN *loco* Me I. de VIRON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me J. BYL *loco* Me S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le 24 juin 2020, la partie requérante 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 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après: loi du 15 décembre 1980).

1.2. Le 3 février 2021, la partie défenderesse a pris une décision déclarant recevable mais non fondée cette demande. Cette décision était motivée, en substance, par le fait que le médecin conseil de la partie défenderesse avait estimé dans son avis médical remis le 2 février 2021 que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivis sont disponibles au pays d'origine, que ces soins médicaux sont accessibles à la partie requérante, 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 dans son pays d'origine. Un ordre de quitter le territoire (annexe 13) a également été pris à cette même date à l'encontre de la partie requérante. Ces

décisions ont fait l'objet d'un recours. Par un arrêt n° 292.702 du 8 août 2023, le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après: le Conseil) a annulé les décisions précitées.

1.3. Le 3 octobre 2023, la partie requérante a complété sa demande d'autorisation de séjour (9ter).

1.4. Le 5 avril 2024, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis.

1.5. Le 8 avril 2024, la partie défenderesse a pris :

- une nouvelle décision déclarant recevable mais non fondée la demande précitée et
- un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante.

1.6. La décision déclarant recevable mais non fondée la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 (ci-après : le premier acte attaqué) constitue le **premier acte attaqué** et est motivée comme suit :

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

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

Dans son avis médical remis le 05.04.2024, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, 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 de la requérante à son pays d'origine.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles au Maroc.

Dès lors,

Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre actuellement d'une maladie mettant la vie en danger qui comporte un danger imminent pour sa vie ou son intégrité physique à cause de laquelle l'intéressée ne serait pas en état de voyager

Il ne peut être constaté du dossier médical fourni que l'intéressée souffre d'une maladie qui comporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays d'origine vu que le traitement adéquat y est disponible et accessible.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018).»

1.7. L'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) constitue le **second acte attaqué** et est motivé comme suit :

«

MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :**
L'étrangère n'est pas en possession d'un visa valable*

Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 " Lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné." la situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :

- L'intérêt supérieur de l'enfant :*

Aucun car d'après les éléments du dossier, l'intéressée n'a pas d'enfant à charge en Belgique

- La vie familiale :*

La décision concerne la seule personne qui figure dans la demande. Dès lors, on ne peut parler d'une atteinte à l'unité familiale. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité familiale et la vie de famille.

- L'état de santé :*

Selon l'avis médical dd 05.04.2024, aucune contre-indication médicale à voyager

Par conséquent, il n'y a pas d'éléments qui posent problème pour prendre un ordre de quitter le territoire».

2. Exposé du moyen d'annulation.

Remarques préalables : ci-après, sauf indication contraire, reproduction littérale des termes de la requête, sauf, en principe, les mises en caractères gras et soulignements opérés par la partie requérante. Les notes de bas de page figurant dans la requête sont ici omises même s'il en sera évidemment tenu compte au besoin dans l'examen du recours.

2.1. La partie requérante prend, notamment, un **deuxième moyen** de la : « *violation des articles 9^{ter} et 62 § 2 de la loi du 15 décembre 1980 ; violation de de (sic) l'Arrêté Royal du 17 mai 2007, violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs ; violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; violation du principe général de bonne administration ; plus particulièrement des principes de prudence et de minutie, erreur manifeste dans l'appréciation des faits ; violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause* ».

2.2. Dans une **première branche**, la partie requérante relève notamment avoir envoyé un courrier à la partie défenderesse le 3 octobre 2023 dans lequel elle faisait état de plusieurs problèmes au Maroc quant à la disponibilité des soins dans les termes suivants :

« Grand déficit au niveau du personnel médical et disparités dans sa répartition

D'après plusieurs sources, le Maroc fait face un important déficit au niveau du personnel médical. L'Observatoire National du Développement Humain du Maroc estime que « le manque de ressources humaines dans les centres de santé publics est chronique » (pièce 11) et, comme l'a récemment relevé l'OMS,

« le déficit en personnels de santé continue d'être un défi majeur pour le système de santé marocain. [...] La production des ressources humaines, tous profils et spécialités confondus, connaît une progression depuis des années, mais elle demeure insuffisante puisque la densité de médecins publics et privés regroupés est limité à 6,2 pour 10.000 habitants et celle des personnels infirmiers demeure inférieure à 9,7 pour 10.000 habitants ».

Ainsi, selon l'OMS toujours, le Maroc figure parmi les 57 pays du monde qui présentent une couverture médicale insuffisante, les ratios du nombre de médecins ou d'infirmiers pour 10.000 habitants étant inférieurs aux seuils critiques.

Le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc évaluait la pénurie en personnel soignant de la sorte :

« 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 ».

Concernant la répartition de l'offre de soins de santé au Maroc, l'OMS a relevé que « sa répartition sur l'ensemble du territoire est inéquitable, 38 % des médecins hors CHU exerçant dans les deux régions de Rabat-salé Zemmour Zair et Grand Casablanca ». Elle ajoute que « 20 % de la population se trouve encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire ». Jilali Hazim, le directeur général de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie du Maroc (ANAM), relevait lui-même à propos de « l'épineuse problématique de la répartition inéquitable de l'offre de soins » qu'elle compromet l'équité du système et a pour conséquence d'obliger la population à devoir mener un « parcours du combattant » avant de pouvoir bénéficier des soins.

Système de santé de faible qualité

Si depuis son indépendance le Maroc a connu une amélioration de ses résultats en matière sanitaire, certains indicateurs demeurent cependant très préoccupants. Selon un rapport de la Banque mondiale, « le Maroc affiche un "bilan de santé" inférieur à celui de pays au développement socioéconomique analogue. Ces résultats sanitaires découlent d'une offre de soins insuffisante, précaire et inégale ».

Selon la Ligue marocaine pour la citoyenneté et les droits de l'homme, « le secteur de la santé continue de se dégrader, avec notamment un manque de cadres médicaux, des installations précaires, des déficiences en médecine spécialisée, une pénurie de médicaments, et le fait qu'aucune peine n'est prononcée en cas de négligence médicale ».

Dans le même ordre d'idée, Human Rights Watch relève que « les établissements de santé publics sont souvent caractérisés par leur sous-financement, par la mauvaise qualité de leur réception et de leurs soins ». Cette faible qualité des prestations offertes est également soulignée par l'OMS, laquelle estime que cela explique en partie le « taux d'hospitalisation dans les hôpitaux publics inférieur à 5 % ».

Le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc précise, en outre, que « le secteur de la santé est l'un des plus touchés par la corruption, au point que celle-ci y est quasiment banalisée ». Ce constat est confirmé par Transparency International, qui relève que 38 % des marocains qui ont eu recours aux services publics de santé ont été obligés de payer des pots-de-vin.

Tout récemment, en avril 2020, le monde diplomatique fait le point et énonce :

« Deuxième critère, lui aussi pris en compte dans le classement de l'IDH : la santé. « Au Maroc, c'est simple : c'est tout un système de santé qu'il faudrait créer », déplore M. Othmane Boumaalif. À 38 ans, ce médecin généraliste appartient à la génération des militants du mouvement dit « du 20-Février », apparu en 2011 dans le sillage des révoltes populaires en Tunisie et en Égypte. Il préside Anfass (« souffles » en arabe) démocratique, une association qui produit régulièrement des notes sur l'économie et la société. « Le problème est structurel : nous n'avons pas de première ligne, le médecin traitant qui ausculte puis oriente le patient selon sa pathologie. Au Maroc, le patient va soit chez le médecin, s'il obtient un rendez-vous avant six mois, soit au centre hospitalier universitaire [CHU], quand il existe, soit au dispensaire... C'est le chaos total, et les gens ont souvent recours à l'automédication. » Que pense-t-il des établissements flambant neufs construits en partenariat avec les États du Golfe ? « On bâtit une poignée d'hôpitaux-vitrines, très bien équipés. Mais personne ne peut se les payer ! À côté, le Maroc demeure un gigantesque désert médical, d'autant que beaucoup de nos praticiens émigrent en Allemagne, où leur diplôme est désormais reconnu. » ».

Système de stockage et de distribution des médicaments inefficace

Selon le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc, le secteur public de distribution des médicaments est « 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 ».

La partie défenderesse dénonce un défaut de motivation dans le chef de la partie défenderesse.

2.3. Dans une **seconde branche**, consacrée à l'accessibilité aux soins, la partie requérante dénonce une motivation stéréotypée sans examen individuel de sa situation.

En particulier, dans un point « 1. S'agissant du basculement du RAMED vers l'AMO » (requête p. 14), la partie requérante relève que « [s]il est vrai que les bénéficiaires du RAMED basculent vers l'AMO depuis le 1er décembre, il s'agit ici d'un système qui est encore en transition et qui n'est pas encore effectif à 100%.

Il s'agit en effet d'un vaste chantier qui devrait s'achever fin 2025 si le calendrier est respecté.

Cela ne peut en aucun cas permettre de conclure à une accessibilité des soins de santé de manière efficiente actuellement.

Premièrement, il s'agit bien des personnes qui sont déjà inscrits sous le régime RAMED qui vont basculer sous l'AMO.

Les personnes qui ne sont pas inscrites sous le régime RAMED vont donc devoir accomplir des démarches afin de pouvoir bénéficier de l'AMO, contrairement à ce qu'indique le médecin conseil dans son avis médical.

L'AMO TADAMON est mise en place pour les personnes qui ne peuvent pas s'acquitter des cotisations et qui vont devoir justifier d'un seuil d'éligibilité des ressources financières (< 9,326) en s'inscrivant tout d'abord auprès du Registre National Populaire (RNP), puis auprès du Registre Social Unifié (RSU) et enfin faire une demande pour bénéficier de l'AMO TADAMON.

Ces démarches, fastidieuses, la requérante ne peut les accomplir seules.

Dans son certificat médical, son médecin généraliste, Dr. [N.] insiste : « Malgré qu'officiellement/théoriquement le traitement en partie existe au Maroc, celui-ci est tout à fait inaccessible pour ma patiente qui n'a sur place aucune aide financière, ni logistique. Elle est également isolée socialement ».

Par ailleurs, plusieurs problèmes restent d'actualité :

- Pénurie de médicaments ;*
- Certaines exclusions créées par le basculement du RAMED à l'AMO ;*
- Disparités territoriales dans le système de soin de santé ;*
- Les assurés ignorent quelles sont les prises en charge dont ils peuvent bénéficier et pensent généralement qu'ils ne vont rien payer du tout lorsqu'ils se font soigner, ce qui est faux ;*
- Les ex ramédistes peuvent théoriquement maintenant bénéficier de soins dans le privé mais dans la pratique continuent de ne pas pouvoir avoir de moyens suffisants (il faut avancer les soins puis ensuite se faire rembourser) pour pouvoir y accéder ;*
- La consultation coûte en moyenne 250dh chez un généraliste et 350dh chez un spécialiste et les patients doivent payer de leur poche 150 ou 200dh alors qu'ils n'en n'ont pas les moyens ;*
- S'agissant des médicaments, les personnes sont remboursées sur la base des génériques les moins chers ;*
- Augmentation du nombre de documents à remplir ;*

Enfin, le taux de prise en charge des soins reste de 70%, ce qui laisse 30% que la requérante doit prendre en charge elle-même.

Rien ne garantit que la requérante pourrait bénéficier d'une exonération partielle ou totale. La requérante se trouvant dans une situation de précarité et ayant démontré son incapacité de travailler et donc de produire des revenus, ne pourrait par conséquent pas assurer le paiement de ces soins.

Totalement indigente, si elle devait être confrontée au système de soins de santé marocain qui, en plus d'être défaillant, est hors de prix, la requérante se verrait affectée par ses problèmes de santé déjà graves augmentés d'une situation économique précaire ».

La partie requérante estime également dans un point « 4. S'agissant de la présence de famille/attaches au Maroc » (requête p. 16) que « L'affirmation selon laquelle la disponibilité et l'accessibilité effective des soins existeraient est totalement erronée au regard des nombreux documents mentionnés par la requérante à l'appui de sa demande d'autorisation au séjour.

Les éléments fournis ne permettent pas à la partie défenderesse d'affirmer avec certitude que la partie requérante pourra bénéficier de l'AMO (projet toujours en cours et selon lequel on n'a pas suffisamment de

recul) et il n'est pas garanti que les soins qui 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 de la partie requérante.

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 de la partie requérante.

A contrario, la requérante avait cité plusieurs sources mentionnant :

- Une pénurie aiguë en professionnels de santé qui se manifeste en particulier dans le service public avec une concentration importante des médecins les plus qualifiés dans le secteur médical privé qui se révèle bien entendu extrêmement coûteux et en conséquence pas accessible à la majorité des citoyens ;
- Des pénuries de médicaments ;
- Un manque criant de coordination et de moyens logistiques pour le système public de stockage et de distribution des médicaments qui se révèlent en conséquence largement inefficace ;
- Des dépenses en matière de soins de santé supportées principalement par les ménages eux-mêmes ;
- Un manque d'infrastructure de santé ;
- La très grande corruption dans le secteur de la santé ;
- Le fait que le basculement du RAMED vers l'AMO est encore un projet en cours et certaines défaillances ;
- Les difficultés financières qui persistent, malgré l'instauration de l'AMO ;

La partie adverse se réfère à elle à un site internet qui mentionne la présence de Médecins spécialistes mais ne fournit aucun élément de réponse à l'égard des éléments précis invoqués par la requérante, laquelle n'invoquait pas l'inexistence de spécialistes mais leur nombre insuffisant et donc remettrait en cause la réelle accessibilité au suivi des soins de la santé. (arrêt CCE n°81893 du 29.05.2012, arrêt CCE n°90138 du 23.10.2012).

Le conseil de la requérante a également souligné la situation spécifique de la requérante, indigente, en incapacité de travailler, ayant quitté le Maroc en 2014 et n'ayant plus de contact avec aucun membre de sa famille.

Votre Conseil s'est déjà prononcé à plusieurs reprises sur la question de savoir ce qu'on attend d'un demandeur lorsqu'il invoque une inaccessibilité des soins dans son pays d'origine. En effet, dans un arrêt n° 250 810 du 11 mars 2021, Votre Conseil a estimé que : (...)

La partie adverse n'a pas respecté le principe de bonne administration ni pris connaissance de tous les éléments de la cause pour évaluer l'accessibilité aux soins dans le pays d'origine de la requérante et n'a pas analysé in concreto la situation de cette dernière de sorte que dans la décision attaquée il y a une erreur manifeste d'appréciation (voir notamment CCE n°149.047 du 2 juillet 2015) ».

3. Discussion.

3.1. Le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, «L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un

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

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 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 existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil est compétent pour exercer un contrôle de la légalité de la décision administrative attaquée. Dans le cadre de son contrôle de légalité, il n'appartient pas au Conseil de substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse, mais uniquement de vérifier si celle-ci n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., arrêt n° 147.344 du 6 juillet 2005).

Dans ce même cadre, il lui appartient notamment de vérifier si la partie défenderesse a respecté les obligations qui lui incombent, notamment en termes de motivation des actes administratifs. A cet égard, il importe de rappeler que, si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité en vertu de diverses dispositions légales n'implique nullement la réfutation détaillée de chaque argument avancé à l'appui de la demande dont elle est saisie, elle comporte néanmoins l'obligation d'informer l'auteur de cette demande des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, ainsi que d'apporter une réponse, fut-elle implicite, mais certaine, aux arguments essentiels invoqués à l'appui de ladite demande.

3.2.1. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse daté du 5 avril 2024, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une « *tumeur du sein gauche de type carcinome canalaire infiltrant ayant nécessité une mastectomie gauche totale (01.08.2019) avec radio/chimiothérapie* », pathologie pour laquelle le traitement serait disponible et accessible au pays d'origine.

3.2.2. S'agissant de la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin conseil a fondé son avis sur les informations provenant de la base de données non publique MedCOI pour conclure que « *Le letrozole est disponible au Maroc.*

L'ensemble des spécialistes et examens complémentaires nécessaires à l'intéressé sont aussi disponibles dans le pays d'origine de l'intéressée : oncologue, gynécologue, médecin traitant (médecin de première ligne), bilan biologique (marqueurs tumoraux CEA et CA 15.3, bilan hépatique, bilan rénal, bilan sanguin, électrolytes), imagerie médicale (mammographie, échographie).

Sur base des informations ci-dessus, nous pouvons conclure que l'ensemble des médicaments, spécialistes et examens complémentaires nécessaires à la prise en charge des pathologies actives dont l'intéressée souffre actuellement sont bien disponibles au Maroc, son pays d'origine ».

S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin conseil a tout d'abord constaté que la partie requérante affirme que « *le système de soins de santé marocain souffrirait de nombreuses défaillances qui rendraient inaccessibles les soins dont nécessite sa cliente. Afin d'étayer ses dires, il apporte plusieurs documents repris dans le dossier des pièces de la demande de la pièce n°9 au n° 14.*

À la lecture de ces articles, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés à un manque de personnel qualifié, des installations précaires, de déficiences en médecines spécialisées, aux défaillances du RAMED, au coût élevé des soins de santé et des médicaments, à la corruption ainsi que l'absence d'accompagnement psychique des personnes souffrant du cancer. Selon un rapport, la couverture pour les démunis (RAMED) ne serait pas encore au point.

Par ailleurs, 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 de sécurité sociale 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 et des étudiants, et le régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale des populations les plus démunies.

En vertu de l'article 2 du décret n° 2-08-177 du 29 septembre 2008 tel qu'il a été modifié et complété par le décret n° 32-11-199 du 26 septembre 2011, pour bénéficier des prestations du régime d'assistance médicale, les personnes visées à l'article 116 de la loi n° 65-00 doivent remplir les deux conditions suivantes :

1. Attester qu'elle ne bénéficie d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire soit en qualité d'assurée, soit en qualité d'ayant droit,
2. Etre reconnue, sur la base des critères d'éligibilité prévus selon le milieu de résidence (urbain ou rural mentionnés ci-après), qu'elle ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins.

Il est à souligner que les bénéficiaires de RAMED sont couverts sans aucune discrimination par cette forme d'assurance-maladie. En toute évidence, l'intéressée est une citoyenne du Maroc, elle n'apporte aucun élément probant pouvant attester qu'elle ne serait pas éligible au RAMED. Or, la charge de la preuve lui incombe et ce rôle ne peut être inversé.

Le Conseil relève que la requérante n'étant pas en mesure de travailler, elle ne peut accéder à cette assurance à l'AMO. « Il ne peut donc être considéré que dans le cas de la requérante, l'AMO soit une solution d'accessibilité aux soins requis. »

Notons que cette thèse n'est plus fondée car malgré les critiques émis à l'égard du RAMED, il est à mentionner que depuis le 1er décembre 2022, les détenteurs de la carte RAMED ont été basculés automatiquement vers l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Ce système concerne les ramédistes et leurs ayants droits, qui ne bénéficient d'aucun autre régime d'assurance maladie obligatoire. Les bénéficiaires seront intégrés automatiquement sans avoir besoin de s'inscrire et recevront leurs numéros d'immatriculation et le lien de téléchargement de l'attestation d'immatriculation par SMS. A noter que l'Etat prend en charge les cotisations relatives à ce régime pour cette catégorie de citoyens tant qu'ils sont dans l'incapacité de s'en acquitter. L'inscription à la CNSS pour les personnes en incapacité de payer les cotisations relatives à l'Assurance Maladie Obligatoire se fera automatiquement, sans besoin de réaliser une démarche spécifique auprès de la CNSS.

En outre, en cas de récurrence, notons que, le Programme National de Détection Précoce et de Traitement des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus (PNPCSCU) a été lancé en 2010 au Maroc dans le cadre du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC 2010—2019). A ce jour, le programme de dépistage du cancer du sein a été déployé sur l'ensemble des 12 régions du pays, et celui du cancer du col de l'utérus l'a été dans huit régions.

Afin de faciliter l'accessibilité des femmes aux services de diagnostic précoce de ces deux cancers, de nombreux centres de référence ont été construits et équipés, au moins un par province. Ces centres jouent un rôle important dans l'orientation et le recours des femmes dépistées et ont permis de réduire sensiblement les délais de prise en charge et l'absence de suivi. Les principaux objectifs du programme sont d'assurer l'accès à un dépistage de bonne qualité et à un diagnostic et un traitement précoces des cancers du sein et du col de l'utérus pour l'ensemble des femmes de la population cible au niveau national.

Sur le plan du financement du programme, le gouvernement du Maroc dépense 5,9 % du produit intérieur brut (PIB) pour la santé. Le Ministère de la Santé finance le programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans le cadre de son budget ordinaire. L'allocation budgétaire directe totale du programme de dépistage et de détection précoce est de 146 millions de dirhams (14,6 millions de dollars américains (USD) sur 10 ans (2010—2019). Ainsi un programme national a été mis en place, intégré aux soins de santé de base. Cela s'est fait progressivement, région par région, jusqu'à sa généralisation.

Il est à mentionner que la Fondation Lalla Salma a mis en place une stratégie concernant la prise en charge thérapeutique et diagnostique des patients atteints du cancer en privilégiant deux approches : les centres d'oncologie et l'accès aux médicaments. Le programme « Accès aux médicaments pour les patients à revenus modestes » (ACCES) permet aux patients à faible revenu et traités dans les structures de santé publique de bénéficier de médicaments anticancéreux sans aucun versement de leur part. Ce programme permet également d'améliorer le circuit des médicaments et le circuit du patient.

Nous pouvons ainsi affirmer que l'intéressée peut rentrer au pays d'origine et bénéficier d'opportunités que lui offre le pouvoir public, ou souscrire à une assurance pour financer ses soins médicaux. Notons que

l'intéressée n'a pas prouvé qu'elle serait dans une situation financière qui ne lui permettrait pas de financer ses soins sur place étant donné qu'il a été capable de financer son voyage en Belgique.

Selon le conseil, la requérante serait isolée socialement et n'a ni famille, ni ami sur lesquels elle pourrait compter et que la requérante serait dans l'impossibilité financière de payer les soins ». Faisons remarquer que rien ne permet de constater que la requérant ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine car qu'elle pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêté n° 97.866 du 13/07/2001).

Notons que notre avis médical démontre en suffisance la disponibilité des soins au pays d'origine.

Il serait nécessaire de préciser également que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que le requérant est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Notons que la requérante peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles (CCE, arrêté 61464 du 16.05.2011).

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Maroc. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38).

Rappelons aussi que « (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire ».

Et il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

3.3.1. A la lecture du dossier administratif, le Conseil observe que la partie requérante a fait valoir, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et de son courrier complémentaire, divers documents, afin de démontrer que les soins de santé ne sont, de manière générale, pas effectivement disponibles et accessibles au Maroc et ce, notamment au regard de sa situation individuelle, à cause du déficit au niveau du personnel médical et des disparités dans sa répartition, du système de santé de faible qualité, du système inefficace de stockage et de distribution des médicaments, de la couverture médicale limitée et défaillante et du coût particulièrement élevé des médicaments. Elle a ainsi notamment relevé que « (...) le Maroc fait face un important déficit au niveau du personnel médical (...). (...) le Maroc figure parmi les 57 pays du monde qui présentent une couverture médicale insuffisante, les ratios du nombre de médecins ou d'infirmiers pour 10.000 habitants étant inférieurs aux seuils critiques. (...). Concernant la répartition de soins de santé au Maroc, l'OMS a relevé que « sa répartition sur l'ensemble du territoire est inéquitable, 38% des médecins hors CHU exerçant dans les deux régions de Rabat-salé Zemmour Zair et Grand Casablanca ». (...) « l'épineuse problématique de la répartition inéquitable de l'offre de soins » (...) compromet l'équité du système et a pour conséquence d'obliger la population à devoir mener un « parcours du combattant » avant de pouvoir bénéficier des soins. (...). Selon un rapport de Banque mondiale, « le Maroc affiche un "bilan de santé" inférieur à celui de pays au développement socioéconomique analogue. Ces résultats sanitaires découlent d'une offre de soins insuffisante, précaire et inégale ». Selon la ligue marocaine pour la citoyenneté et les droits de l'homme, « le secteur de la santé continue de se dégrader, avec notamment un manque de cadres médicaux, des installations précaires, des déficiences en médecine spécialisée, une pénurie de médicaments, et le fait qu'aucune peine n'est prononcée en cas de négligence médicale ». (...) Human Rights Watch relève que « les établissements de santé publics sont souvent caractérisés par leur sous-financement, par la mauvaise qualité de leur réception et de leurs soins ». (...). Le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc précise, en outre, que « le secteur de la santé est l'un des plus touchés par la corruption, au point que celle-ci y est quasiment banalisée ». (...). Selon le Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc, le secteur de distribution des médicaments est « 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 » (...).

Dans son avis du 5 avril 2024, le médecin conseil de la partie défenderesse constate que pour étayer ses dires concernant les défaillances du système de santé marocain qui rendraient inaccessibles les soins requis par l'état de santé de la partie requérante, cette dernière a apporté plusieurs documents. Le médecin conseil fait référence aux pièces n°9 à n°14 dans le dossier des pièces de la demande d'autorisation de séjour. Le médecin conseil relève ensuite qu'« [à] la lecture de ces articles, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés à un manque de personnel qualifié, des installations précaires, de déficiences en médecines spécialisées, aux défaillances du RAMED, au coût élevé des soins de santé et des médicaments, à la corruption ainsi que l'absence d'accompagnement psychique des personnes souffrant du cancer. Selon un rapport, la couverture pour les démunis (RAMED) ne serait pas encore au point ».

Le Conseil constate que si le médecin conseil s'étend ensuite sur le régime marocain de sécurité sociale et le programme de dépistage du cancer du sein, il ne revient pas sur les problèmes invoqués par la partie requérante quant au manque de personnel qualifié, aux installations précaires, aux déficiences en médecines spécialisées, à la corruption, aux coûts élevés des soins et à l'absence d'accompagnement psychique des personnes souffrant du cancer. Le médecin conseil se limite à relever que ces problèmes sont dénoncés de « *manière générale* ». Or, une telle motivation s'avère insuffisante et inadéquate au regard non seulement des arguments de la partie requérante, mais également de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. En effet, la seule mention du caractère général des documents fournis par la partie requérante ne peut suffire à rencontrer ses arguments selon lesquels elle serait confrontée, en cas de retour au Maroc, à des difficultés d'accès au suivi nécessaire à son état de santé.

3.3.2. S'agissant du régime marocain de sécurité sociale, le médecin conseil relève que la thèse selon laquelle la partie requérante n'étant pas en mesure de travailler, elle ne peut accéder à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), n'est plus fondée car depuis le 1er décembre 2022, les détenteurs de la carte RAMED ont été basculés automatiquement vers l'AMO. La partie défenderesse précise que « [c]e système concerne les ramédistes et leurs ayants droits, qui ne bénéficient d'aucun autre régime d'assurance maladie obligatoire. Les bénéficiaires seront intégrés automatiquement sans avoir besoin de s'inscrire et recevront leurs numéros d'immatriculation et le lien de téléchargement de l'attestation d'immatriculation par SMS. A noter que l'Etat prend en charge les cotisations relatives à ce régime pour cette catégorie de citoyens tant qu'ils sont dans l'incapacité de s'en acquitter. L'inscription à la CNSS pour les personnes en incapacité de payer les cotisations relatives à l'Assurance Maladie Obligatoire se fera automatiquement, sans besoin de réaliser une démarche spécifique auprès de la CNSS ».

Dans son recours, la partie requérante relève que le basculement du RAMED vers l'AMO n'est pas encore effectif à 100% et que, n'étant pas inscrite sous le régime RAMED, elle va devoir accomplir des démarches afin de pouvoir bénéficier de l'AMO. Elle explique ces démarches dans son recours et précise qu'elle ne pourra accomplir seule ces démarches fastidieuses. Elle relève également que certains problèmes restent d'actualité comme certaines exclusions créées par le basculement du RAMED à l'AMO, le fait qu'il y ait une augmentation des documents à remplir et que le taux de prise en charge reste de 70%, ce qui laisse 30% que la partie requérante doit prendre en charge elle-même. La partie requérante fait ces constats sur la base d'informations objectives et met en référence les liens Internet des articles sur lesquels elle s'est basée.

Au vu de ces éléments, le Conseil constate que la motivation de la partie défenderesse quant au basculement du RAMED vers l'AMO est restée très générale et ne permet pas d'affirmer avec certitude que la partie requérante pourra bénéficier de 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 de la partie requérante. Le Conseil relève que le simple renvoi au basculement du RAMED vers l'AMO, sans plus de précisions quant à l'étendue de la couverture médicale offerte dans ce cadre, ne peut suffire à considérer que les soins et suivi requis par l'état de santé de la partie requérante, sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine.

3.4.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse estime que « *la partie requérante se contente de prendre le contre-pied de l'avis médical, sans étayer ses affirmations par des éléments concrets et pertinents, sans apporter le moindre élément de preuve objective pour contester in concreto les conclusions de cet avis et celles de la partie défenderesse. Elle se contente de relever différentes difficultés rencontrées au Maroc et s'appuie à cet égard sur des articles généraux, sans toutefois préciser en quoi les rapports cités s'appliqueraient à son cas d'espèce. Or, la partie requérante doit démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports s'applique à elle personnellement, ce qu'elle ne fait pas en l'espèce* ».

Le Conseil relève tout d'abord que cette argumentation consiste en partie en une motivation *a posteriori*, ce qui ne saurait être admis. Ainsi, dans son avis médical, le médecin conseil s'est limité à relever le caractère

général des informations produites par la partie requérante mais n'a nullement reproché à la partie requérante de ne pas avoir précisé en quoi la situation décrite de manière générale dans les rapports produits s'applique à elle personnellement. Quoi qu'il en soit, le Conseil constate que dans sa demande d'autorisation de séjour et dans son courrier complémentaire du 3 octobre 2023, la partie requérante a, après avoir fait état des défaillances du système de soins de santé marocain, développé un point consacré à sa situation particulière.

De plus, le Conseil ne peut suivre la partie défenderesse lorsqu'elle reproche à la partie requérante de ne pas étayer ses affirmations par des éléments concrets et pertinents alors que la partie requérante renvoie dans son recours à des informations objectives dont les liens Internet sont référencés en note infrapaginale.

3.4.2. S'agissant du basculement du RAMED vers l'AMO, la partie défenderesse, dans sa note d'observations, se limite à relever que « *la circonstance que la partie requérante devra accomplir des démarches pour bénéficier de l'AMO TADAMON ne rend pas le traitement inaccessible* », ce qui n'énervé en rien les constats opérés au point 3.3.2. concernant le caractère général des allégations tenues par la partie défenderesse sur ce basculement.

3.5. Il résulte de ce qui précède que le second moyen ainsi circonscrit, est fondé et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. 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.

3.6. Le premier acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 que la partie défenderesse a déclaré irrecevable, redevient pendante et requiert qu'une suite lui soit donnée avant d'ordonner éventuellement l'éloignement de la partie requérante. L'ordre de quitter le territoire attaqué n'est, partant, pas compatible avec une telle demande. Il s'impose donc de l'annuler également, pour des raisons de sécurité juridique.

4. Débats succincts.

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

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 8 avril 2024, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

G. PINTIAUX, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

A. D. NYEMECK COLIGNON, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. D. NYEMECK COLIGNON

G. PINTIAUX