

Arrêt

n° 330 546 du 31 juillet 2025
dans l'affaire X / I

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. de FURSTENBERG
Avenue de la Jonction 27
1060 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA 1ère CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 octobre 2023, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 5 septembre 2023.

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 le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 26 juin 2025 convoquant les parties à l'audience du 23 juillet 2025.

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

Entendu, en ses observations, Me M. EL-KHOURY *loco* Me L. de FURSTENBERG, avocat, qui comparaît avec la partie requérante.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le requérant est arrivé sur le territoire le 19 juillet 2022.

1.2. Le 13 octobre 2022, le requérant a déclaré son arrivée auprès de la commune de Jette.

1.3. Le 3 novembre 2022, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, 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: la loi du 15 décembre 1980).

1.4. Le 4 septembre 2023, le médecin conseil a rendu son avis médical.

1.5. Le 5 septembre 2023, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.3 recevable mais non-fondée et a pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 26 septembre 2023, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois (ci-après : la première décision attaquée) :

« 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.

Le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Dans son avis médical du 04.09.2023 (remis au requérant sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de l'intéressé ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors,

- 1) Il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*
- 2) Il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.»*

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : la deuxième décision attaquée) :

« 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2. Le requérant n'est pas en possession d'un visa valable.

Article 74/13

- 1. L'unité familiale et vie familiale : La décision concerne le requérant seul, dès lors, aucune atteinte à l'unité familiale ne saurait être constatée. 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.)*
- 2. Intérêt supérieur de l'enfant : Il n'apporte aucune preuve de la présence d'un enfant en Belgique.*
- 3. L'état de santé :*
Voir l'avis médical du 04.09.2023»

2. Défaut de la partie défenderesse

N'étant ni présente ni représentée à l'audience du 23 juillet 2025, la partie défenderesse, dûment convoquée, est censée acquiescer au recours, en application de l'article 39/59, §2, de la loi du 15 décembre 1980.

Cet acquiescement présumé ne peut toutefois signifier que le Conseil devrait annuler la décision attaquée même s'il ressort de la requête que les conditions légales mises à l'annulation ne sont pas réunies. Le Conseil estime dès lors devoir procéder à un contrôle de légalité en l'espèce, malgré le défaut de la partie défenderesse à l'audience.

3. Exposé du moyen d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de « la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 ; la violation des articles 1 à 4 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs; la violation des principes généraux de droit administratif et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, le principe d'une saine gestion administrative qui veut que toute

décision repose sur des motifs légitimes et légalement admissibles et les principes d'équité, du contradictoire et de gestion consciencieuse; l'erreur manifeste d'appréciation, la contrariété et l'insuffisance dans les causes et les motifs, et le devoir de minutie et de préparation avec soin des décisions administratives ».

Dans une troisième branche, elle fait notamment valoir que « La décision contestée réfute encore la thèse du requérant, qui expose que les soins requis par son état de santé ne sont pas accessibles au Maroc. Le requérant avait joint à sa demande 9^{ter} des extraits d'articles et de rapports pour étayer cette thèse. La décision critiquée lui reproche d'avoir renvoyé, dans sa requête, vers les hyperliens de ces rapports et de ne pas les avoir transmis *in extenso*, considérant que de la sorte, la requête introductive aurait violé le prescrit de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, qui prévoit que « l'étranger transmet avec la demande tous renseignements utiles et récente concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité du traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne » et que le renvoi vers des hyperliens ne satisferait pas à cette exigence. Pourtant, sous l'onglet « Actua » du site de votre Conseil, votre Conseil indiquait, à la date du 18.02.2022 : « Le Conseil du Contentieux des Etrangers rappelle que lorsqu'une des parties (le requérant, l'Office des étrangers, le Commissariat-Général aux Réfugiés et aux Apatrides,...) renvoie vers des sources publiques comme des rapports d'organisations nationales ou internationales (ex. EUAA, HRW, CGRA, Nansen,...) elles ne doivent pas nécessairement ajouter une copie papier du rapport au dossier administratif. Il est admis qu'un lien vers la version électronique sur un site internet accessible au public suffit. Cette méthode de travail conviviale et respectueuse de l'environnement a été adoptée en concertation avec les représentants de l'OE, le CGRA, l'Ordre des Barreaux Francophones et Germanophones (OBFG) et l'Ordre des Barreaux Flamands (OVB). » En renvoyant vers des hyperliens plutôt qu'en imprimant les rapports auxquels il renvoie, le requérant n'a donc fait qu'adopter les bonnes pratiques préconisées par votre Conseil. Le reproche formulé de ce fait par la partie adverse quant au respect du prescrit de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 est dénué de tout fondement, ainsi que peu respectueux de l'environnement et des accords concertés avec la partie adverse elle-même à cet égard. Il doit donc être tenu compte des informations objectives étayées par des rapports auxquels il est renvoyé par des hyperliens dans la requête introductive.

Ces informations objectives font état d'un accès concret aux soins de santé très inégal au Maroc. Concrètement, n'étant plus salarié, le requérant ne se trouverait pas dans les conditions d'ouverture de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), dont l'accès est subordonné notamment à la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables pendant les 6 mois précédant les soins. Le requérant ne remplit pas ces conditions, étant en Belgique depuis 15 mois. Les coûts – très importants – de ses soins de santé ne pourraient être couverts par ce biais. Par ailleurs, le Maroc a établi un régime d'assistance médicale à destination des populations les plus démunies, le RAMed. Les bénéficiaires du RAMed ont accès en principe aux établissements de services de santé de base (ESSB) proches de leur domicile, lesquels peuvent ensuite diriger les patients vers un hôpital public le cas échéant. Les failles du RAMed sont toutefois largement connues et documentées dans plusieurs études. L'ONG Human Rights Watch en fait le résumé suivant :

« En théorie, les personnes qui peuvent prétendre à bénéficier du RAMED peuvent recevoir des services de santé essentiels dans des hôpitaux publics et dans des centres publics de soins à travers le pays, mais les établissements auxquels ils ont accès peuvent ne pas être toujours en mesure de leur fournir les soins et les médicaments dont ils ont besoin. En effet, les établissements de santé publics sont souvent caractérisés par leur sous-financement, par la mauvaise qualité de leur réception et de leurs soins, et sont difficiles d'accès pour les Marocains vivant dans les zones rurales. En outre, le RAMED ne couvre que les médicaments dispensés dans les pharmacies publiques. À quelques exceptions près, les pharmacies publiques ne fournissent de médicaments aux malades que lors d'une hospitalisation. En conséquence, la couverture du RAMED ne concerne que 'les médicaments et produits pharmaceutiques administrés lors d'un traitement [en consultation interne].' Les malades en consultation externe doivent retirer leurs médicaments et les payer dans des pharmacies privées. »

Selon l'UNICEF,

« si les soins préventifs (soins prénatals, soins post-natals, vaccinations, etc.) sont gratuits pour tous les usagers des ESSB, les soins curatifs de base restent souvent à la charge des ménages, en raison des problèmes liés à la disponibilité des médicaments essentiels, des analyses biologiques et des examens radiologiques de base. En effet, alors que les ESSB constituent le premier niveau du circuit de la filière de soins imposée aux bénéficiaires du RAMED, ces établissements ne bénéficient pas du financement de ce régime. Malgré la mise en place de la couverture médicale de base, les ménages continuent de financer la part la plus importante de la dépense totale de santé (53,6%). »

De même, l'ONG CEFA (Comité Européen pour la Formation et l'Agriculture) a réalisé une étude en 2017, pour laquelle elle a interrogé 5060 bénéficiaires du RAMED. Les données recueillies confirment notamment que les médicaments de base n'étaient disponibles dans les ESSB que dans 1 cas sur 5.

Par ailleurs, comme indiqué supra, la RAMED prévoit exclusivement la couverture des médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation dans un hôpital public. Cependant, même en cas d'hospitalisation, la

gratuité des médicaments est limitée à ceux qui sont disponibles. 67% des personnes interrogées par le CEFA ont ainsi dû engager des dépenses pour l'achat de médicaments alors qu'elles étaient hospitalisées.

De même, plus des trois quarts des personnes interrogées ont dû supporter, lors de leur hospitalisation, des dépenses autres que l'achat des médicaments non disponibles, notamment l'achat de matériel ou de produits médicaux, des frais de nourriture, ou encore des paiements au personnel soignant.

Enfin, même dans des cas où des soins sont officiellement accessibles gratuitement dans les hôpitaux publics, il arrive que les détenteurs d'une carte RAMED recourent néanmoins à des soins payants dans des cliniques privées (parfois dirigées par des médecins de l'hôpital public), soit en cas d'urgence pour éviter des temps d'attente qui peuvent atteindre 12 mois, soit car les services ou appareils requis sont tout simplement absents.

De manière globale, 30 % des marocains ont déjà dû payer des pots-de-vin pour accéder aux services médicaux.

Selon un rapport présenté par l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH) au gouvernement marocain en 2017, seulement une faible proportion des bénéficiaires potentiels recourt effectivement au RAMED, et ce nombre est en diminution car de nombreuses personnes ne renouvellent pas leur affiliation. Ce faible taux d'affiliation semble être une conséquence des failles du RAMed, notamment les coûts élevés que doivent supporter les bénéficiaires. Ainsi, selon les résultats d'une enquête effectuée par l'Observatoire national du développement humain (ONDH) en 2015, seule une minorité des personnes affiliées au RAMed compte renouveler leur carte. Ce résultat est particulièrement remarquable en ce qui concerne les bénéficiaires «vulnérables» pour qui la contribution exigée peut représenter des montants importants eu égard à leur niveau de vie.

Cette attitude est cohérente avec la baisse du nombre de personnes couvertes à partir de la deuxième moitié de l'année 2015 telle qu'elle ressort des chiffres de l'ANAM. Elle serait imputable à la différence qui existe entre d'une part, les attentes suscitées par le RAMed, appuyées notamment par la communication qui en a été faite à travers les campagnes d'information et d'autre part, sa réalité telle que vécue par les bénéficiaires. Ainsi, si les médias présentaient le dispositif comme donnant des soins entièrement gratuits aux bénéficiaires, la gratuité est en fait limitée à ce qui est effectivement disponible en stock.

Le rapport précité de l'ONDH corrobore les conclusions des autres études sur les charges financières qui reposent sur les patients pauvres et l'obstacle à l'accès aux soins qu'elles représentent. Ainsi, si le RAMed a permis de diminuer les phénomènes de non-recours aux soins pour les personnes y ayant accès, son deuxième objectif, à savoir de réduire la charge financière des soins, semble ne pas avoir été atteint. En effet, des paiements directs persistent encore, notamment en ce qui concerne la prise en charge des médicaments et des analyses. Ainsi, d'après l'ONDH, les ramédistes ne sont, en 2015, que 20% à déclarer avoir bénéficié d'une prise en charge de type « tiers payant » lors de leur dernière hospitalisation.

Les ramédistes supportent aussi des coûts indirects liés à l'attente, au transport et à l'hébergement lorsqu'ils se rendent dans les hôpitaux ou les centres de santé. Ces coûts représentent une barrière supplémentaire à l'accès aux soins.

Le requérant est atteint de pathologies très lourdes, nécessitant une médication abondante et un suivi hospitalier régulier.

Au vu des informations disponibles dans les rapports cités ci-dessus, il y a un risque important que le requérant ne puisse pas bénéficier d'une prise en charge du suivi hospitalier dont il a besoin, dont le coût sera en toute hypothèse très élevé (nécessité d'effectuer des examens chers, PET-scan, IRM, etc., suivi par un-e neurochirurgien-ne,...).

Quant au traitement médicamenteux requis par l'état de santé du requérant, il est de type ambulatoire et ne peut donc pas être couvert par le RAMed, comme exposé supra. Par conséquent, le requérant devra en supporter seul l'entièreté des coûts. Ces différentes circonstances n'ont pas été examinées correctement par la partie adverse lors de l'examen de la demande du requérant. La partie adverse s'est contentée de rejeter les informations objectives apportées par le requérant au motif qu'elles étaient générales, sans tenir compte des implications de ces informations objectives sur la situation concrète du requérant. Si celui-ci avait effectivement un poste confortable au Maroc comme directeur de banque, qui lui a permis d'obtenir un visa touristique pour la Belgique, il est évident qu'après avoir perdu son emploi et avoir été absent pendant 15 mois, sa situation professionnelle et financière a radicalement changé.

En tout état de cause, même à supposer qu'il soit en état de travailler, quod non, et qu'il retrouve rapidement un emploi au Maroc, il est certain qu'il ne serait pas assuré pour les coûts importants des soins de santé exigés par son état, ces coûts n'étant couverts ni par l'AMO, à laquelle il n'a plus accès, ni par le RAMed, qui ne couvre que les soins prodigués à l'hôpital. Au vu des coûts de ces soins, il est certain qu'il n'aurait donc pas les moyens de les financer.

En ne tenant pas compte de cette réalité concrète et en se contentant de rejeter la requête du requérant sur ce point en se contentant de considérer que les informations apportées à l'appui de la requête étaient trop générales pour être prises en compte, la partie adverse a violé les dispositions visées au moyen, notamment celles quant à l'obligation de motivation.

Le moyen, en sa troisième branche, est fondé. »

4. Discussion.

4.1. Sur le moyen unique, en sa troisième branche, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « L'étranger qui séjourne en Belgique 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 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 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 ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, 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 de la loi du 15 décembre 1980, 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 rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

De plus, il convient de rappeler que l'article 9ter repose sur une instruction conjointe du dossier spécialement par rapport à la vérification de l'existence d'un traitement adéquat dans le pays d'origine. (Voir en ce sens, C.E., O.N.A. n° 12.768 du 27 mars 2018).

4.2. En l'espèce, le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 4 septembre 2023 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'une pathologie, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

Dans sa demande d'autorisation de séjour, s'agissant de l'accessibilité des soins au Maroc, la partie requérante faisait valoir ce qui suit : « 70% de la population marocaine dispose d'une Couverture Médicale de base (Assurance- maladie : le taux de couverture médicale atteint plus de 70%, 14.12.2021,

<https://lepelitjournalmarocain.com/2021/12/14/assurance-maladie-le-taux-de-couveiluremedicale-atteint-plus-de-70/>).

Selon des chiffres fournis par le Réseau marocain pour la défense du droit à la santé et à la vie, plus de la moitié des Marocains n'ont pas de couverture médicale et une grande partie ne peuvent pas accéder aux services de santé. Ainsi, seulement 10,6 millions de Marocains bénéficient aujourd'hui de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) (AMO : 10.6 millions de personnes couvertes par le régime en 2020. 7.01.2022, <https://aujourd'hui.ma/societe/amo-106-millions-de-personnes-couvertes-par-le-regime-en-2020>). Cet effectif englobe la population des salariés et des titulaires de pensions des secteurs public et privé couverte par l'AMO (MAROC: La réforme des soins de santé primaires, 10.04.2019, [https:// www .alriquediplo.com maroc-la-reforme-des-soins-de-santé-primaires](https://www.alriquediplo.com/maroc-la-reforme-des-soins-de-sante-primaires)).

Plus de 8 millions de Marocains n'ont pas accès aux soins médicaux. Nombre réduit de médecins, dysfonctionnements des régimes d'assurance maladie, précarité : le Mémoire économique 2017 de la Banque mondiale dresse un tableau bien sombre de la santé au Maroc. Les inégalités persistent, au Maroc, au niveau de l'accès aux soins médicaux. C'est ce qui ressort du Mémoire économique 2017 de la Banque mondiale.

[Http://banquemonde.org/fr/country/morocco/publication/morocco-economie-memorandum-2017](http://banquemonde.org/fr/country/morocco/publication/morocco-economie-memorandum-2017) ;

File:///C:/Users/ldfu/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IK/33JYITI/2110661 R .pdf) :

« En dépit des progrès réalisés, les résultats sanitaires du Maroc ne sont pas à la hauteur du bilan affiché par des pays au niveau de développement socioéconomique analogue. (...) Des disparités régionales sont constatées dans / offre de soins de santé, notamment au niveau de l'allocation des ressources et de la répartition du personnel de santé. Tandis que le secteur public continue à fournir l'essentiel des services de soins de santé, le secteur privé se développe rapidement et de manière peu réglementée ou organisée.

L'accès aux services de santé essentiels est limité, surtout dans les zones rurales, où un faible taux de consultations est relevé. Plus que d'autres pays de la région, le Maroc affiche des inégalités fortes en termes d'accès aux soins de santé entre les régions, entre les zones rurales et les zones urbaines et entre les populations riches et pauvres. Les ressources humaines en santé sont inégalement réparties, notamment à l'échelon primaire. S'il est reconnu que le système de santé du Maroc fait face à une pénurie de ressources humaines, il existe également un consensus concernant la répartition des ressources humaines, qui est inégale à travers le pays et ne correspond pas aux besoins de la population, en particulier dans les zones rurales. (...)

La formation médicale et paramédicale n'a pas été adaptée aux nouveaux besoins de la population et l'accès à la formation continue est limité et son impact n'a pas été évalué. L'absentéisme du personnel est élevé et la capacité du ministère de la Santé à concevoir et à mettre en place des politiques de rétention et de gestion active des carrières reste limitée. L'offre de soins souffre également de problèmes de gouvernance. Ces problèmes comprennent notamment une importante centralisation du système, un déficit de collaboration intersectorielle et un manque de coordination et de synergie des politiques publiques, une faible implication des usagers, collectivités locales et communautés dans la préparation et la mise en œuvre des programmes de santé, et enfin la pratique de paiements informels. Ces problèmes de gouvernance ont été documentés dans de nombreux rapports officiels et non officiels, tel que ceux du CESE, de la Cour des comptes, ou d'organismes comme l'Instance centrale de prévention de la corruption ou Transparency International.

Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé a fait de l'amélioration de la gouvernance une de ses priorités, mais sans avoir réussi, à ce jour, à modifier la situation en profondeur. (...) Il est en outre estimé qu'un quart des Marocains ne se font pas soigner lorsqu'ils sont malades.

Cette proportion s'élève jusqu'au tiers de la population en milieu rural. De plus, seulement la moitié des accouchements des femmes résidant en milieu rural sont réalisés en présence de personnel médical qualifié, alors que ce taux est de 92 % pour les femmes résidant dans les zones urbaines.

Au-delà de l'éloignement des centres de santé dans les campagnes, ces chiffres reflètent également les effets des différences d'éducation et de niveau de vie entre les populations urbaine et rurale sur la prise de décision lors de l'accouchement (ministère de la Santé 2011). (...)

La couverture médicale est toutefois fragmentée et la population marocaine bénéficiant d'une couverture médicale reste aujourd'hui limitée. En dehors de la couverture médicale assurée par les ESSP, accessible à tous, la proportion de la population couverte par un mécanisme de financement mutualisé reste limitée. Le Régime d'assistance médicale (RAMED) exonère totalement des frais hospitaliers les populations pauvres et vulnérables. A la fin de 2015, environ 3.4 millions de foyers, soit près de 9 millions d'individus, avaient été reconnus éligibles au RAMED.

L'assurance maladie obligatoire (AMD), qui devrait en principe couvrir le reste de la population salariée, a été développée à partir de 2005 et comptait environ 8 millions de bénéficiaires en 2013. Le premier produit d'assurance médicale destiné aux artisans, commerçants et professions libérales, l'Inaya, a fait 1 objet d'un important phénomène de sélection adverse et le nombre d'adhésions est resté très limité ».

Dans sa livraison de ce mardi 25 avril, Assabah rapporte ainsi que ce mémorandum signale que 8.5 millions de Marocains (à peu près 25%) n'ont pas accès aux soins médicaux dans un pays comptant, en moyenne,

6.2 médecins pour 10.000 habitants, contre 12 en Algérie et en Tunisie et 37.1 en Espagne. Le même manque est ressenti au niveau de la santé mentale où les structures d'accueil n'offrent qu'un lit pour 10.000 habitants, soit bien moins que la moyenne mondiale recommandée de 4.4 lits pour ce même nombre de personnes.

La Banque mondiale a également tiré la sonnette d'alarme quant aux dysfonctionnements qui touchent les régimes de couverture médicale au Maroc, précisant que 60% de la population est couverte dans le cadre de l'AMO et du RAMED qui devraient, dans le futur, bénéficier aux travailleurs du secteur non-structuré, indépendants et professions libérales. Le mémorandum a également mis à nu les problèmes qui minent le secteur de la santé, à savoir la mauvaise gestion des ressources humaines, l'absentéisme et la corruption, souligne encore Assabah.

<http://fr.le360.ma/societe/santé-85-millions-d-amarcoains-nont-pas-acces-aux-soins-116683>

Quant à l'existence d'un régime d'assistance médicale au Maroc (RAMED) De sérieux éléments concluent à l'incertitude quant à l'effectivité de ce régime. Dans une analyse, il est exposé que le démarrage de ce régime a été qualifié de boiteux et l'étude met l'accent sur plusieurs obstacles entravant ce processus, entre autres, l'approvisionnement en médicament qui est défectueux et les ressources humaines insuffisantes (<https://leconomiste.com/article/1028390-ramed-les-pistes-de-reforme-de-anas-doukkali>). »

Dans son avis médical, le fonctionnaire médecin estime que « Selon le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, le Maroc dispose d'un régime de sécurité sociale prévoyant une assurance-maladie qui couvre tant l'assuré que les ayants droits (enfants à charge de moins de 21 ans et conjoint). Cette assurance permet de couvrir 70 % des frais de consultations médicales délivrées par des généralistes ou des spécialistes, les analyses biologiques, les actes de radiologie, la rééducation, les actes paramédicaux, la lunetterie ainsi que les médicaments admis au remboursement.

L'hospitalisation et les soins ambulatoires liés à cette hospitalisation sont quant à eux couverts à hauteur de 70 à 99 % selon qu'ils sont prodigués par le secteur privé ou par les hôpitaux publics. De plus, les prestations de soins concernant des maladies graves ou invalidantes dispensées dans des services publics de santé sont prises en charge à 90 % du tarif de références.

Notons que l'intéressé est en âge de travailler, et en l'absence d'une attestation reconnaissant une éventuelle incapacité à travailler, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir accès au marché du travail au pays d'origine. Il pourrait ainsi effectuer un travail adapté à sa pathologie en vue notamment de souscrire à l'A.M.O.

Si l'intéressé n'était pas en état de travailler, le système de santé marocain comprend le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Il est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale. Ce régime vise la population démunie qui est constituée par les personnes économiquement faibles et qui ne sont pas éligibles au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Les bénéficiaires de ce régime sont couverts sans aucune discrimination par cette forme d'assurance maladie. Les soins de santé sont dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services relevant de l'Etat.

Selon un rapport de MedCOI du 11.05.2017, il existe deux catégories de population qui peuvent bénéficier du RAMED : ce sont les personnes considérées comme vulnérables qui paient une cotisation de 120 DH par personne et par an (11 €) et les personnes considérées comme pauvres qui, elles, en bénéficient gratuitement.

Le RAMED couvre le chef de famille, sa/son conjoint(e) et ses enfants. Les bénéficiaires reçoivent des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires gratuitement à condition de consulter d'abord dans leur centre de santé de référence (indiqué sur leur carte du RAMED) où ils pourront ensuite, être référés à un hôpital public plus spécialisé.

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

Les bénéficiaires du RAMED et de l'AMO ont plus ou moins accès au même package de soins de santé à la différence de ceux bénéficiant du RAMED qui doivent impérativement consulter dans un établissement public. Rappelons que le CCE affirme que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » ; le requérant pourrait ainsi se déplacer pour bénéficier de soins dans un établissement public et bénéficier ainsi des avantages du RAMED.

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

Notons également que dans le cadre d'une demande d'asile, 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'intéressé soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014).

Précisons que l'article 9ter §1er alinéa 3 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve. Rappelons que la situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins.

Cependant, alors que cela lui incombait, l'intéressé n'a fourni aucune information concernant sa situation personnelle dans le cadre de cette demande et n'a pas fait valoir l'absence de soutien ou autre (CCE n°271315 du 15.04.2022).

Par conséquent, rien ne nous permet de constater que le requérant ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, il ne démontre pas qu'il ne 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. Rappelons pourtant qu'il incombe au requérant d'étayer son argumentation (C.E, du 13 juil. 2001 n° 97.866).

De plus, le requérant est en âge de travailler et il était directeur de banque avant de venir en Belgique. Vu l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'il ne pourrait de nouveau avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux.

Enfin, notons que l'intéressé est arrivé dans le Royaume muni de passeport revêtu de visa Schengen. Une partie de la démarche que l'intéressé a fait pour l'obtention d'un visa Schengen consiste à fournir les documents qui prouvent qu'il dispose de moyens de subsistance suffisants, aussi bien pour la durée de son séjour que pour son retour ; des preuves d'une assurance-voyage couvrant les éventuels frais de rapatriement pour raisons médicales, soins médicaux urgents et/ou soins hospitaliers, cette assurance doit être valable sur l'ensemble du territoire des Etats Schengen et doit couvrir toute la durée du séjour ou du passage, la couverture minimale s'élève à 30.000 euro et des preuves de transport (billet aller-retour).

Tous ses éléments démontrent que le requérant disposait de moyens financiers en suffisance au pays d'origine et rien ne démontre qu'il en serait démuné lors de son retour au pays d'origine.

Rappelons que l'intéressé peut s'adresser à son médecin traitant en Belgique pour se faire prescrire de quoi constituer un stock suffisant pour éviter tout risque d'interruption du traitement médicamenteux avant de pouvoir bénéficier effectivement de la couverture offerte par le Ramed ou l'AMO.

Afin de ne pas trop attendre, il peut également déjà prendre rdv avec un neurochirurgien avant de quitter la Belgique.

Il n'en reste pas moins que l'intéressé peut prétendre à un traitement médical au Maroc. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume-Uni du 06 février 2001, §38). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine."

4.3. En l'espèce, s'agissant de l'AMO (Assurance maladie obligatoire), il ressort des informations sur lesquelles se fonde l'avis médical précité, soit le site intitulé http://www.cleiss.fr/regimes/regime_maroc.html 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 [...] », que « L'ouverture du droit aux prestations d'AMO de base est subordonnée, pour le travailleur non salarié à la réalisation d'une période de stage de 3 mois à compter de la date d'immatriculation, [...] » et que « L'ouverture du droit aux prestations d'AMO de base est subordonnée, pour l'assuré volontaire : à la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables [...] »

La partie requérante soutient que « Concrètement, n'étant plus salarié, le requérant ne se trouverait pas dans les conditions d'ouverture de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), dont l'accès est subordonné notamment à la réalisation d'une période de cotisation de 54 jours ouvrables pendant les 6 mois précédant les soins. Le requérant ne remplit pas ces conditions, étant en Belgique depuis 15 mois. Les coûts – très importants – de ses soins de santé ne pourraient être couverts par ce biais. »

Partant, le Conseil estime qu'à supposer que le médecin conseil 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 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, d'un arrêt, même provisoire, de ses traitements et suivis. La mention selon laquelle « De plus, le requérant est en âge de travailler et il était directeur de banque avant de venir en Belgique. Vu l'absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'il ne pourrait de nouveau avoir accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux » ne peut être considérée suffisante. La partie requérante soutient que « même à supposer qu'il soit en état de travailler, *quod non*, et qu'il retrouve rapidement un emploi au Maroc, il est

certain qu'il ne serait pas assuré pour les coûts importants des soins de santé exigés par son état, ces coûts n'étant couverts ni par l'AMO, à laquelle il n'a plus accès, ni par le RAMEd, qui ne couvre que les soins prodigués à l'hôpital. ». Il convient de s'assurer que les soins et suivis nécessaires seront accessibles conformément aux besoins de la partie requérante, sans qu'ils soient interrompus, ce dont l'analyse de l'avis médical précité et des informations auxquelles il se réfère ne permet pas de s'assurer.

Les considérations selon lesquelles « l'intéressé peut s'adresser à son médecin traitant en Belgique pour se faire prescrire de quoi constituer un stock suffisant pour éviter tout risque d'interruption du traitement médicamenteux avant de pouvoir bénéficier effectivement de la couverture offerte par le Ramed ou l'AMO. » ne sont pas suffisantes. Les certificats médicaux joints à la demande font en effet état de « consultations prévues en endocrinologie et médecine interne » lesquelles ne sont pas envisagées par cette considération. De même, la considération selon laquelle « Afin de ne pas trop attendre, il peut également déjà prendre rdv avec un neurochirurgien avant de quitter la Belgique. » ne permet pas de conclure que le requérant pourrait effectivement financer une telle consultation et y aurait effectivement accès. De plus, le suivi nécessaire par les pathologies du requérant ne consiste pas uniquement en consultations en neurochirurgie.

Quant au régime d'assistance médicale (RAMED), il ressort du rapport Cleiss *supra*, consulté en ligne, suivant l'intitulé du site figurant dans l'avis médical, en note subpaginale 3, que « les personnes démunies ne pouvant s'acquitter des cotisations de l'AMO et bénéficiant auparavant du régime d'assistance médicale (RAMED). Depuis le 1^{er} décembre 2022, les personnes bénéficiant du RAMED ont été basculées sur l'AMO TADAMON. » et que « Le droit des personnes démunies aux prestations de l'AMO TADAMON est subordonné au basculement automatique vers l'AMO des personnes bénéficiant du régime d'assistance médicale (RAMED) avant 1^{er} décembre 2022[...] ».

D'une part, alors que l'acte attaqué a été pris le 5 septembre 2023, le fonctionnaire médecin ne semble pas avoir abordé ce changement de régime existant, d'après les sources auxquelles il fait référence, depuis le 1^{er} décembre 2022.

D'autre part, il n'est nullement établi que le requérant bénéficiait du RAMED avant le 1^{er} décembre 2022.

Quoiqu'il en soit, dans son avis médical, le fonctionnaire médecin relève que les soins de santé couverts par le RAMED « sont dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services relevant de l'Etat. » Il précise ensuite que « Le RAMED couvre le chef de famille, sa/son conjoint(e) et ses enfants. Les bénéficiaires reçoivent des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires gratuitement à condition de consulter d'abord dans leur centre de santé de référence (indiqué sur leur carte du RAMED) où ils pourront ensuite, être référés à un hôpital public plus spécialisé.

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

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

Rappelons que le CCE affirme que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » ; le requérant pourrait ainsi se déplacer pour bénéficier de soins dans un établissement public et bénéficier ainsi des avantages du RAMED.

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

S'agissant du Ramed, la partie requérante soutient que « le RAMED prévoit exclusivement la couverture des médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation dans un hôpital public ».

Le Conseil n'aperçoit aucune information, à la lecture du dossier administratif, permettant de confirmer que les médicaments requis par l'état de santé du requérant sont pris en charge par le Ramed en dehors de soins « *dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services relevant de l'Etat* ». Or le Conseil observe que le fonctionnaire médecin ne conteste pas que ces médicaments sont nécessaires au requérant, et ce en dehors d'éventuels soins hospitaliers.

Quant à la mention dans l'avis médical que « rien ne nous permet de constater que le requérant ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, il ne démontre pas qu'il ne 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. Rappelons pourtant qu'il incombe au requérant d'étayer son argumentation (C.E, du 13 juil. 2001 n° 97.866). » le médecin fonctionnaire reprochant au requérant de n'avoir « fourni aucune information concernant sa situation personnelle dans le cadre de cette demande et n'a pas fait valoir l'absence de soutien ou autre », le Conseil ne peut que constater que cette affirmation de la partie défenderesse n'est elle-même nullement étayée et qu'elle est posée péremptoirement de sorte qu'elle ne peut suffire à établir que les soins nécessaires au requérant sont accessibles dans son pays d'origine. Soulignons qu'il n'est pas contesté par le médecin conseil de la partie défenderesse que l'état de santé de la partie requérante est grave et que son renvoi au Maroc n'est envisageable qu'à la condition de disponibilité et d'accessibilité du traitement médical qui lui est nécessaire.

Enfin, la mention que « l'intéressé est arrivé dans le Royaume muni de passeport revêtu de visa Schengen. Une partie de la démarche que l'intéressé a fait pour l'obtention d'un visa Schengen consiste à fournir des documents qui prouvent qu'il dispose de moyens de subsistance suffisants, aussi bien pour la durée de son séjour que pour son retour ; des preuves d'une assurance-voyage couvrant les éventuels frais de rapatriement pour raisons médicales, soins médicaux urgents et/ou soins hospitaliers, cette assurance doit être valable sur l'ensemble du territoire des Etats Schengen et doit couvrir toute la durée du séjour ou du passage, la couverture minimale s'élève à 30.000 euro et des preuves de transport (billet aller-retour) » n'est pas pertinente, le lien effectué par la partie défenderesse avec l'obtention d'un visa Schengen pour attester de l'accessibilité aux soins et suivi requis n'étant pas correct. En effet, la condition de disposer des moyens de subsistance suffisants tant pour la durée du séjour envisagé en Belgique que pour le retour au pays d'origine (et non pour le séjour au pays d'origine), figurant dans l'article 32 du Code Visa Schengen, n'implique aucunement la possibilité concrète pour la partie requérante de financer les soins médicaux dont elle a besoin au pays d'origine

4.4. Il résulte de ce qui précède que la troisième branche du moyen unique, dans les limites décrites ci-dessus, est fondée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches du moyen, qui, à les supposer fondés, ne serait pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

4.5. Quant au deuxième acte attaqué, soit l'ordre de quitter le territoire, le Conseil estime qu'il est indiqué, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, de faire disparaître ladite mesure d'éloignement de l'ordonnancement juridique, qu'il ait ou non été pris valablement à l'époque.

Il en est d'autant plus ainsi que l'ordre de quitter le territoire entrepris constitue l'accessoire d'une décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, ayant été annulée (voir *supra*).

4.6. La partie défenderesse n'a pas déposé de note d'observations.

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.

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

Article 1^{er}

La décision déclarant non-fondée la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois introduite sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 ainsi que l'ordre de quitter le territoire, pris le 4 septembre 2023, sont annulés.

Article 2.

La requête est rejetée pour le surplus

Article 3.

La demande de suspension est sans objet.

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

M. BUISSET,ET,	présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
----------------	---

A. D. NYEMECK COLIGNON,	greffier.
-------------------------	-----------

Le greffier,	La présidente,
--------------	----------------

A. D. NYEMECK COLIGNON	M. BUISSET
------------------------	------------