



Arrêt

**n° 241 076 du 17 septembre 2020
dans l'affaire X / III**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître J. KALALA
Rue Saint Gilles 318
4000 LIÈGE**

Contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 24 mars 2016, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 16 février 2016.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 26 mai 2020 convoquant les parties à l'audience du 19 juin 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me C. ROYER *loco* Me J. KALALA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 5 juillet 2010, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui a été déclarée non fondée le 28 juin 2011, au motif que les soins requis par les pathologies de la partie requérante (HIV et maladie cardiovasculaire) étaient disponibles et accessibles au pays d'origine. Le recours introduit à son encontre devant le Conseil a été rejeté par un arrêt n° 224 448 du 30 juillet 2019.

1.2. Le 2 mai 2012, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la même base, qui a été déclarée recevable le 26 septembre 2012, mais non fondée le 26 novembre 2012. Le fonctionnaire-médecin avait considéré que les pathologies de la partie requérante (HIV et HTA)

n'atteignaient plus le seuil minimal de gravité requis pour justifier un séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il semble que ladite décision n'ait pas été notifiée rapidement à la suite du déménagement de la partie requérante à Liège. Le recours dirigé par la partie requérante à son encontre évoque une notification ayant eu lieu le 6 mai 2015. Il a été rejeté par un arrêt n° 224 459 du 30 juillet 2019.

Par des courriers datés du 21 mars, du 29 avril et du 24 juillet 2014, la partie requérante, par l'intermédiaire de son conseil actuel, a entendu actualiser sa demande d'autorisation de séjour introduite le 2 mai 2012.

1.3. Le 14 octobre 2014, la partie requérante a adressé une nouvelle fois des documents médicaux par l'intermédiaire de son conseil. La partie défenderesse a considéré qu'il s'agissait d'une troisième demande, laquelle a été complétée le 7 avril 2015. Le 19 mai 2015, la partie défenderesse a pris relativement à cette demande une décision d'irrecevabilité, sur la base de l'article 9ter, §3, 5° de la loi du 15 décembre 1980 (absence d'éléments nouveaux) ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Le dossier administratif comporte une copie du courrier adressé au conseil actuel de la partie requérante pour l'avertir de l'adoption de la décision d'irrecevabilité. Le recours introduit contre ces deux décisions par le conseil actuel de la partie requérante a été rejeté par un arrêt n° 229 415 du 28 novembre 2019.

1.4. Le 9 juillet 2015, la partie requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 15 février 2016, le fonctionnaire médecin a rendu son avis.

Le 16 février 2016, la partie défenderesse, se fondant sur ledit avis, a déclaré cette dernière demande irrecevable, et a pris à l'encontre de la partie requérante un ordre de quitter le territoire, lesquels ont été notifiés le 9 mars 2016 et constituent les actes attaqués.

Le premier acte attaqué est motivé comme suit:

« Article 9ter §3 – 5° de la loi du 15 décembre 1980, comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; les cas visés à l'article 9bis, § 2, 1° à 3°, ou si des éléments invoqués à l'appui de la demande d'autorisation de séjour dans le Royaume ont déjà été invoqués dans le cadre d'une demande précédente d'autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition.

En date du 23.06.2011, du 26.11.2012 et du 19.05.2015, l'Office des Etrangers a rendu des décisions négatives concernant les demandes d'autorisation de séjour de [la requérante].

A l'appui de sa nouvelle demande d'autorisation de séjour, [la requérante] fournit un certificat médical et des annexes. Ce certificat médical et les annexes contiennent des éléments médicaux déjà invoqués dans les précédentes demandes et pour lesquels un avis médical exhaustif (voir avis du médecin datant du 15.02.2016 dans l'enveloppe ci-jointe) indique qu'en ce qui concerne ces éléments médicaux, l'état de santé de l'intéressée reste inchangé par rapport aux précédentes demandes. Rappelons que les décisions du 23.06.2011, du 26.11.2012 et du 19.05.2015 développent avec minutie les raisons du rejet de ces demandes.

Concernant l'accessibilité des soins au Cameroun, le conseil de l'intéressée fournit différents rapports et articles dans le but d'attester que [la partie requérante] n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons que la requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » (CCE n°57372 du 04.03.2011).

Considérant que, le ministre ou son délégué déclare les éléments invoqués irrecevables dans les cas visés à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, introduit par l'article 5 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980 ou lorsque les éléments invoqués à l'appui de la demande d'autorisation de séjour dans le Royaume ont déjà été invoqués dans le cadre d'une demande précédente d'autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition. Considérant que, concernant ces éléments médicaux, [la partie requérante] n'apporte aucun nouvel élément, la demande est dès lors irrecevable.

Néanmoins le certificat médical et les annexes présentés par l'intéressée contiennent également des éléments qui n'étaient pas invoqués antérieurement :

Article 9ter §3 – 4° 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 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1^{er}, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er} et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition.

Concernant ces nouveaux éléments, notons qu'il ressort de l'avis médical du médecin de l'office des Etrangers daté du 15.02.2016 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressée n'est pas atteinte par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne

L'irrecevabilité de la présente demande est constatée sans préjudice du respect des autres conditions de recevabilité prévues à l'Article 9ter §3.

L'incapacité éventuelle de voyager fera l'objet d'une évaluation lors de l'application de la mesure d'éloignement ».

Le second acte attaqué est motivé comme suit :

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable».

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique « de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3, 6 et 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 1 à 4 de la loi du 29/07/1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ».

Le moyen unique est développé comme suit :

« La requérante rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, §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 ».

L'exposé des motifs de l'article 9ter de la loi prévoit que cette disposition concerne « les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour [...] » (Doc. Parl., Ch., 51, n° 2478/001, p. 34).

Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, rappellent explicitement qu'un étranger gravement malade qui est exclu du bénéfice de l'article 9ter pour un de ces motifs, ne sera pas éloigné si son état de santé est sérieux au point que son éloignement constituerait une violation de l'article 3 de la CEDH.

La partie adverse ne remet pas en cause les pathologies dont souffre la requérante mais les minimise. Le Service Public fédéral sécurité Sociale a reconnu la requérante comme étant une personne handicapée depuis le 01/05/14 et ce pour une durée indéterminée.

La requérante souffre de nombreuses pathologies ci-dessous :

- Infection au HIV,
- Hypertension artérielle,
- Hernie discale,
- Sciatique,
- Polynévrite sur canal lombaire étroit,
- Arthrose des membres inférieurs,
- Troubles psychologiques (syndrome anxiodépressif modéré à composante post-traumatique, d'irritabilité, de stress permanent, d'insomnies, angoisses)

La requérante conteste l'amélioration de son état de santé, notamment l'évolution – la stabilisation - de la pathologie du HIV car elle n'est due qu'au lourd traitement actuellement suivi et qui demeure un traitement à vie.

L'amélioration tant vantée par la partie adverse - dans les décisions du 26/11/12 et du 14/05/14 dont elle fait référence dans la décision du 16/02/16 – est par essence temporaire puisque l'infection au VIH est incurable.

Tout arrêt de traitement aura pour conséquence à court terme le décès voire le certificat du spécialiste du 22/05/15 qui annonce en cas d'arrêt de traitement, un décès à brève échéance.

La partie défenderesse ne se prononce pas sur la gravité des complications bien connues du SIDA en cas d'arrêt de traitement », mais se contente d'indiquer que la requérante peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles alors que la requérante a indiqué dans sa demande que l'accès au soin au Cameroun était impossible. La motivation de la décision litigieuse n'est pas nullement pertinente dès lors que la partie défenderesse s'abstient d'indiquer quel est l'endroit où les dits soins sont accessibles.

La partie adverse sous-estime la gravité des maladies dont souffre la requérante puisqu'elle estime qu'elles ne présentent pas de menace directe sans même l'avoir entendu ou examiné.

Cette absence d'examen affecte l'effectivité de la procédure et que cela a été dénoncé par la Cour Européenne des droits de l'homme dans l'arrêt Yoh-Ekale Mwanje. Cette jurisprudence s'applique par identité de motifs au présent cas (violation des articles 3 et 13 CEDH) ».

Elle méconnaît manifestement les articles 9ter de la Loi et l'article 3 de la CEDH à défaut de vérifier et de démontrer qu'il existe un traitement adéquat à la pathologie de la requérante dans le pays d'origine. La requérante soutient qu'il n'existe pas de traitement adéquat pour les pathologies dont elle souffre au Cameroun comme l'atteste les divers rapports annexés à sa demande du 07/07/12.

La partie requérante fait valoir qu'« *Au regard de l'article 9ter, il doit être tenu compte de la gravité de l'état de santé de la personne, de la possibilité d'un retour vers le pays d'origine sans compromettre le traitement, de savoir si les médicaments sont disponibles et de l'existence de soins adéquats et financièrement accessibles. (Conseil d'Etat, arrêts n° 80.407 du 25 mai 1999 et du 22 juillet 1998, JLMB*

1998, p. 1562) ». Elle a joint à sa demande 9 ter divers documents tirés de sites internet faisant état des difficultés liées au traitement du VIH au Cameroun, à savoir notamment la difficulté de se procurer les antirétroviraux, la qualité des soins qui rendra difficile le suivi de sa maladie, le fait qu'il n'existe ni sécurité sociale, ni soutien psychologique aux patients et à leurs familles, qu'elle n'a pas de revenus.

A supposer même que les traitements médicaux soient disponibles au Cameroun, cela ne viserait que la capitale et certaines villes.

Les malades du SIDA vivant au Cameroun sont amenés à solliciter régulièrement un soutien financier et des médicaments qu'ils ne peuvent obtenir sur place. La partie adverse ne peut ignorer cette problématique puisque déjà invoquée dans les recours intentés contre la décision du 26/11/12.

En ce que l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (*ci-après, la loi de 1980*) et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs exigent une motivation adéquate (précise, claire, pertinente et circonstanciée) des actes administratifs ;

Que ces dispositions imposent que les décisions administratives soient motivées de façon à faire apparaître la proportionnalité et l'adéquation des décisions emportant de lourdes conséquences juridiques.

L'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 est rédigé en ces termes : « *La motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision* ».

Les motifs de fait sont fournis par les circonstances concrètes qui ont amené l'autorité à adopter telle décision.

Que la partie adverse est tenue au regard des obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent lorsqu'elle prend une décision quelle qu'elle soit, de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue.

La partie adverse indique que la demande de la requérante du 09/07/15 contient des éléments déjà invoqués dans les précédentes demandes et que les décisions du 23/06/11, 26/11/12 et du 19/05/15 développent avec minutie les raisons du rejet des demandes.

Les décisions du 26/11/12 et du 19/05/15 contestées devant Votre conseil sont loin d'être motivées avec minutie et l'avis du médecin conseil est loin d'être exhaustif comme il l'indique dans son avis du 15/02/16 :

- La décision du 26/11/12 se réfère à l'avis du médecin conseil puis indique que les dossiers médicaux ne permettent pas de considérer que les pathologies de la requérante représentent une menace directe pour la vie de la concernée, aucun organe vital est directement mis en péril, le monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital de l'intéressé, le stade de l'affection peut être considéré comme débutant, modéré ou bien compensé. Or la requérante est atteinte d'une maladie incurable diagnostiquée en 2010 qui peut conduire au décès si aucun traitement médicamenteux n'est donné.

- La décision du 19/05/15 vise une demande 9 ter qui aurait été introduite le 14/09/14. Or la requérante n'a pas introduit une demande à cette date. Elle a simplement complété régulièrement sa demande du 26/09/12 par des envois recommandés de manière à actualiser son état de santé. Par ailleurs la soit-disante demande du 14/09/14 considérée nouvelle demande 9 ter ne répond pas aux conditions imposées par la partie adverse notamment aucune éléction de domicile n'est faite, aucune preuve d'identité n'est jointe...

Dans les décisions ci-dessus, le médecin conseil n'a pas examiné l'accessibilité et la disponibilité des soins au Cameroun. Il a toutefois conclu à l'absence de traitement inhumain ou dégradant en cas d'absence de traitement dans le pays d'origine. Si cette motivation peut permettre de comprendre pourquoi il a estimé que la pathologie de la requérante n'entraîne nullement un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, il n'en va pas de même de la raison pour laquelle elle n'entraîne pas de risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat au pays

d'origine. L'avis du fonctionnaire médecin ne répond pas aux exigences de motivation formelle des actes administratifs que la partie adverse méconnaît la portée de l'article 9ter de la Loi. Cette exigence prend une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane. Or la formulation de l'avis du médecin fonctionnaire auquel la partie adverse se réfère, ne prend nullement en compte le risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence.

La requérante conteste ainsi la pertinence des motifs invoqués dans la décision du 16/02/16 dès lors qu'ils sont inadéquats tant en droit qu'en fait.

Il ressort de la jurisprudence de la Cour de cassation, par motivation adéquate de l'acte administratif, il y a lieu d'entendre, toute motivation qui fonde raisonnablement la décision concernée (Cass., 5 février 2000, Bull. cass., 2000, P.285).

Lorsqu'une autorité administrative dispose, comme en l'espèce, d'un pouvoir d'appréciation, elle doit l'exercer et motiver en la forme sa décision de manière telle que l'intéressé soit informé des raisons qui l'ont déterminée à statuer comme elle l'a fait (Cons. État, arrêts n° 66.292 du 16 mai 1997, 69.157 du 24 octobre 1997, 75.628 du 28 août 1998, 80.549 du 1er juin 1999, 81.668 du 6 juillet 1999, 84.810 du 24 janvier 2000, 94.384 du 28 mars 2001, 117.645 du 27 mars 2003...).

Qu'une telle motivation exige l'indication dans l'acte administratif des considérations de droit et de fait qui soient adéquates, pertinentes, précises et juridiquement admissibles et qui servent de fondement à la décision concernée.

Que «le contenu de la motivation doit être correct et ne peut révéler une erreur manifeste d'appréciation ou une appréciation déraisonnable des éléments du dossier. Cet examen implique une analyse des faits mais n'autorise pas le Conseil du contentieux des étrangers à reprocher à l'auteur de l'acte attaqué d'avoir adopté une position différente de celle qu'il aurait lui-même adoptée. Tout au plus, pourrait-il sanctionner le raisonnement suivi par l'auteur de l'acte, s'il lui paraît manifestement erroné » (C.E., n°53.199, 10 mai 1995, RDE 1995, n°86, pp 574 et s. ; C.E., n°58.074, 8 février 1996, RDE 1996, n°87, p. 72 ; C.E. 57.531 16 janvier 1996 RDE n°88, pp. 242-243).

Qu'en l'occurrence, la motivation de la décision attaquée indique les éléments (rapports et articles quant à l'inaccessibilité des soins au pays d'origine) ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante. A suivre la partie adverse, il aurait fallu que la requérante retourne au Cameroun pour enfin se trouver dans une situation particulière et identique aux malades souffrant de pathologies similaires pour enfin pouvoir soutenir que les soins ne sont pas accessibles.

En ce qui concerne l'examen des circonstances propres au cas de la partie requérante, la Cour EDH a jugé que le risque invoqué présente un caractère individualisé dès lors qu'il s'avère suffisamment concret et probable (voir Cour EDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, § 359 in fine). En ce qui concerne tant la situation générale dans un pays que les circonstances propres au cas de la partie requérante, celle-ci doit disposer de la possibilité matérielle de faire valoir en temps utile lesdites circonstances (voir Cour EDH 21 janvier 2011, M.S.S./Belgique et Grèce, § 366). Dans ce cas, l'existence d'un risque réel de traitement prohibé par l'article 3 de la CEDH doit être

Visiblement la partie adverse n'a tenu compte de l'ensemble des considérations factuelles relatives à la situation individuelle de la partie requérante. , mais il a en outre adopté une motivation manifestement inadéquate et insuffisante, commettant une erreur manifeste d'appréciation.

Dès lors que le problème de la disponibilité des antirétroviraux de troisième ligne, et de leur accessibilité pose problème, il existe donc un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, au sens de l'article 9 ter de la Loi.

La violation du principe de bonne administration qui impose à l'administration de prendre une décision sur la base de tous les éléments du dossier, et qui découle de l'article 62 et des articles 2 et 3 susmentionnés, suffit pour entraîner la cassation de l'arrêt attaqué (C.E., 03.12.2009, n°198.507, T.vreemd.2010, Codes Droit des étrangers, La charte 2012, P.23) ». Elle se réfère enfin à l'arrêt n° 101 887 prononcé le 14 décembre 2001 par le Conseil d'Etat duquel il ressort « Qu'à supposer

Dans un second volet, la partie adverse relève que le certificat médical et les annexes présentées par la requérante contiennent également des éléments qui n'étaient pas invoqués antérieurement et que concernant ces éléments nouveaux elle se réfère à l'avis médical du médecin conseil.

Le médecin conseil de la partie adverse dans son avis du 15/02/16 indique que la demande du 05/07/10 concernait une infection HIV et une HTA. Le traitement et le suivi médical étaient disponibles et accessibles dans le pays d'origine.

Or ni l'avis du médecin conseil du 16/10/12 ni la décision du 26/11/12 contestée par recours du 02/06/15 (RG N° 172761) n'évoque la disponibilité et/ou l'accessibilité des soins au Cameroun.

Le médecin conseil fait référence à des demandes postérieures or la requérante n'a introduit que 3 demandes 9 ter depuis son arrivée en Belgique soit le 05/07/2010, le 02/05/2012 et le 07/07/15.

Concernant la demande du 07/07/15, le médecin conseil passe en revue les divers rapports médicaux de psychologue, et des médecins spécialistes (maladies infectieuses, neurochirurgie, anesthésiste, radiologue, médecine physique et du généraliste. Il conclut qu'il ne s'agit pas d'une affection grave au sens de l'article 9 ter, qu'il n'y a aucun risque de traitement inhumain ou dégradant en cas d'absence de traitement dans le pays d'origine puisque l'arrêt du traitement n'aura aucune conséquence.

La partie requérante rappelle que la Cour de Justice de l'Union européenne a jugé que l'article 41 de la Charte comporte le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre et que cette disposition est d'application générale. Ainsi, elle estime qu'il ressort de cet arrêt « *que l'absence d'examen du requérant par le fonctionnaire médecin, pour apprécier la gravité de la pathologie, contrevient à l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui est d'application générale* ».

Contrairement à ce qu'affirme la partie défenderesse, il ne suffit pas, pour exclure une maladie du champ d'application des articles 9 ter de la loi et 3 CEDH, qu'elle ne présente pas de risque grave et actuel, ce risque pouvant parfaitement subvenir dans le pays d'origine lorsqu'il n'y existe aucun traitement adéquat, ce que la requérante soutenait dans sa demande du 19/07/15.

Le médecin conseil de la partie adverse disposait dès lors de la possibilité d'examiner lui-même la requérante avant de rendre son avis, quod non. Qu'en s'abstenant de procéder à une telle mesure, la décision litigieuse ne peut être motivée adéquatement au sens de la loi sur la motivation formelle des actes administratifs.

Qu'en effet, une telle obligation déontologique et jurisprudentielle a été imposée afin de permettre au médecin de prendre une décision circonstanciée et en connaissance de cause. Que si la requérante avait pu être entendue par la partie adverse, elle aurait pu éclairer le médecin conseil de la partie adverse sur sa situation médicale.

Que l'audition de la requérante apparait d'autant plus importante que le médecin conseil de la partie adverse estime, alors que le nouveau certificat médical de la requérante fait apparaître de nouvelles affections.

Qu'une anamnèse de la requérante par le médecin conseil de la partie adverse était également fondamentale dans la mesure où ce dernier constate, lui-même, qu'il ne dispose pas de toutes les informations requises pour rendre un avis médical circonstancié et statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de la requérante au niveau psychologique ou psychiatrique.

Que ces dispositions doivent être lues à la lumière de l'arrêt de la CJUE ABDIDA qui impose l'effectivité dans le traitement des demandes d'autorisation de séjour 9ter.

Qu'à la lecture de la décision litigieuse, aucun élément ne permet de connaître les motifs justifiant que la requérante n'ait pas été entendue par le médecin conseil de la partie adverse.

Que l'avis médical du médecin conseil de la partie adverse est dès lors manifestement illégal. Qu'en ce que la partie adverse fonde la décision litigieuse sur une décision illégale, la décision litigieuse est également manifestement illégale.

Que d'abord ans un premier temps le médecin-conseil de la partie adverse estime que « l'état de santé de l'intéressé est inchangé par rapport aux certificats médicaux joints à la demande 9ter du 05.07.2010 » et par conséquent, que « Le CMT produit confirme donc seulement le bilan de santé établi antérieurement ».

Puis enfin il constate néanmoins par après que le certificat médical type du 20 avril 2015 fait état de ce que la requérante souffre de nouvelles affections qui n'étaient pas mentionnées dans le certificat médical type joint en annexe de la précédente demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Que le médecin conseil de la partie adverse précise à cet égard que « Les affections nouvellement mentionnées ne sont pas des affections comportant un degré de gravité ou ne sont plus actuelles.

La partie requérante insiste sur les conclusions du médecin spécialiste le Docteur UURLINGS qui suit la requérante depuis 2010 indique qu'en cas d'arrêt du traitement du VIH, le requérant risque de mourir. Dans le certificat médical type du 22/05/15, le Docteur ZEGIELSKI relève les pathologies telles que la hernie discale, la discarthrose rachidienne, la sciatique, fait état de ce que le requérant souffre uniquement d'une infection par le virus du VIH, sans autres précisions. Que ce certificat médical mentionne également que le requérant n'a pas, à cette époque, fait l'objet d'une hospitalisation. Que le Dr [B.] ne mentionne pas un tel risque en cas d'arrêt du traitement. Qu'il est dès lors indéniable que l'état de santé du requérant a subi une aggravation depuis la précédente demande d'autorisation de séjour introduite par le requérant sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...] » et rappelle le libellé de l'article 9ter, § 3, 5°, de la loi du 15 décembre 1980. CCE X - Page 4 Elle poursuit, arguant que « la partie adverse indique en termes de décision litigieuse, que le requérant « ne fait que fournir un certificat médical confirmant son état de santé invoqué précédemment et que la décision du 09/11/2011 développe avec minutie les raisons du rejet et de l'irrecevabilité de la demande

Que le médecin conseil de la partie adverse semble minimiser la gravité des troubles psychologiques dont souffre la requérante et ce sans avoir rencontré au préalable cette dernière.

Que la requérante est atteinte d'une affection particulièrement grave (infection au VIH) qui nécessite un traitement à vie et donc un suivi régulier en Belgique.

Que le traitement suivi en Belgique permet justement d'atténuer et éviter les complications sévères de la maladie.

Concernant la mesure d'éloignement

L'ordre de quitter le territoire pris concomitamment à la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour prise par la partie adverse est motivé aux regards de l'article 7 de la loi du 15/12/80 précitée.

La partie requérante rappelle le contenu de l'article 6 de la directive retour et se réfère à l'arrêt MSS de la Cour européenne des Droits de l'Homme et souligne que si l'effectivité d'un recours ne dépend certes pas de la certitude d'avoir une issue favorable, l'absence de toute perspective d'obtenir un redressement approprié pose problème sous l'angle de l'article 13 de la CEDH.

La partie défenderesse ne pouvait prendre un nouvel ordre de quitter le territoire à l'égard de la requérante alors qu'elle sait pertinemment que des recours ont été introduits auprès du Conseil contre les décisions du 26/11/12 et du 07/05/15 qui ne sont pas définitivement examinés.

Elle méconnaît les articles 6, 3 et 13 de la CEDH, commet une erreur manifeste et porte atteinte à l'effectivité de ces recours qui deviendront sans objet : une fois refoulé, la requérante ne pourra plus maintenir son intérêt à voir examiner ses recours, puisque la partie adverse ne les examinera plus une fois celle-ci éloignée du territoire.

La requérante rappelle que dans ces recours elle vise explicitement la violation de l'article 3 de la CEDH de sorte que l'acte attaqué la prive d'un examen sérieux des recours introduits contre les refus de ses demandes de séjour et viole les articles 3, 8 et 13 de la CEDH.

En vertu de ce principe de bonne administration, lorsqu'elle a décidé d'adopter et notifier à la requérante une décision mettant fin à son séjour et parallèlement un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée d'une durée de trois ans, l'autorité ne pouvait ignorer la situation personnelle réelle de la requérante.

Attendu que le maintien et l'exécution des décisions entreprises comportent un risque avéré de violation de la disposition vantée sous le moyen dès lors que la requérante est une personne gravement malade, et qui plus est, dans une situation exceptionnellement vulnérable si tant qu'il est établi qu'elle suit un traitement, dont la disponibilité à l'état actuel ne peut être garantie et qui est encore moins accessible pour elle dans son pays d'origine.

Que la requérante est bel et bien l'étranger visé par l'article 9 ter précité si bien qu'elle « *souffre d'une maladie dans un état tel 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...* » (K. DE HAES et J-F HAYEZ, *Statut administratif des étrangers*, ADDE, Nivelles, 2009, *idem*).

Qu'ainsi, le retour de la requérante au Cameroun l'exposerait assurément à un risque réel pour sa santé ou sa vie dès lors qu'il la priverait des soins adéquats ou à tout le moins, il perdrait le bénéfice actuel de sa prise en charge médicale en cours en Belgique.

Qu'en outre, le risque réel et constant de rupture de stock des médicaments est avéré alors que le traitement de la requérante ne saurait souffrir d'une interruption au risque de causer le développement des cellules souches plus résistantes voire son décès pur et simple.

Qu'il n'est point besoin de relever qu'au cours de ces dernières années, la Cour européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le Conseil d'Etat et les tribunaux civils (dans le cadre des procédures en référé) ont développé une jurisprudence constante et cohérente relative aux situations dans lesquelles l'éloignement, et dans certains cas le refus de titre de séjour des personnes gravement malades seraient constitutives d'un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales précitée.

Que la Cour de Strasbourg dans un arrêt c/R.U. du 02/05/97 publié dans la RDE 07-08-09/2000 p.504 a quant à elle considéré que « le traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la C.E.D.H. ne doit pas toujours avoir pour origine un acte humain et intentionnel, émanant d'autorités étatiques ou de personnes privées mais peut également résulter de facteurs matériels indépendants de la responsabilité des autorités d'origine, à savoir la situation sanitaire et socio-économique du pays de renvoi ne permettant pas d'y garantir les soins médicaux adéquats.

Qu'il a déjà été jugé que « [...] Pour qu'un traitement soit inhumain et dégradant, il n'est pas nécessaire qu'il mette en péril la vie de celui auquel il est infligé ; il suffit pour qu'il soit qualifié tel, qu'il mette gravement en question les droits fondamentaux des personnes auxquelles il est infligé ; parmi ces droits fondamentaux figure le droit à l'intégrité physique et, en conséquence le droit de recevoir des soins appropriés dans des conditions décentes » (CIV. Bruxelles (réf.), 1.08.2005, JDJ, 2005, page 67).

Que cette jurisprudence oblige le ministre et son administration, lorsqu'ils statuent sur les demandes fondées sur les raisons médicales, de prendre en considération notamment : le sérieux de la maladie, l'impossibilité, pour l'intéressé de voyager, l'accès effectif de l'étranger aux soins dans son pays d'origine, en prêtant attention à sa capacité financière, aux limitations géographiques... ; la présence de membres de la famille, lorsque la situation de santé l'exige, et leur disponibilité et capacité de pourvoir à l'accueil de l'intéressé.

La requérante ne peut préjuger de l'issue des recours actuellement pendant devant Votre Haute Juridiction en quittant le territoire au risque que le défaut d'intérêt soit acté ».

3. Discussion.

3.1. La première décision attaquée se fonde sur l'avis du fonctionnaire-médecin du 15 février 2016, qui en constitue le fondement indispensable, et doit être lue à la lumière de cet avis, auquel la première décision attaquée fait référence et qui y était du reste annexé.

Dans cet avis, le fonctionnaire-médecin a résumé dans un premier temps les trois premières demandes antérieures et indique que l'état de santé concernant l'infection HIV et la HTA ainsi que leur traitement est inchangé, et que les autres affections (couleurs lombaires, canal carpien et tendinite de De Quervain, ainsi que troubles psychiques) n'atteignent manifestement pas le seuil de gravité requis par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le Conseil observe que la partie défenderesse a motivé la première décision attaquée, d'une part, relativement à la première catégorie d'affections, sur la base de l'article 9ter, §3, 5°, de la loi du 15 décembre 1980, ajoutant un motif sur la disponibilité et l'accessibilité des soins, en vue de répondre aux arguments produits à cet égard par la partie requérante à l'appui de sa demande, et d'autre part, concernant la seconde catégorie de motifs, sur la base de l'article 9ter, §3, 4°, de la même loi.

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

Le § 3, 4°, de la même disposition, sur lequel la première décision attaquée repose, dispose quant à lui que le délégué du Ministre déclare la demande irrecevable « lorsque le fonctionnaire médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1er, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume ».

Le Conseil rappelle que dans la mesure où l'avis donné par le fonctionnaire-médecin, dans le cas visé à l'article 9ter, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, rend irrecevable la demande d'autorisation de séjour fondée sur cet article, sans que la partie défenderesse puisse exercer un quelconque pouvoir d'appréciation quant à ce, il y a lieu de considérer que cet avis est indissociablement lié à la décision d'irrecevabilité ainsi prise, dont il constitue le fondement indispensable et déterminant.

L'article 9ter, § 3, 5°, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable au jour de la décision attaquée, est libellé comme suit :

« § 3. Le délégué du ministre déclare la demande irrecevable :

[...]

5° dans les cas visés à l'article 9bis, § 2, 1° à 3°, ou si des éléments invoqués à l'appui de la demande d'autorisation de séjour dans le Royaume ont déjà été invoqués dans le cadre d'une demande précédente d'autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition ».

Dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est amené à effectuer, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

3.2. S'agissant de la critique de la partie requérante selon laquelle le fonctionnaire-médecin et, à sa suite, la partie défenderesse minimiseraient la gravité de son état de santé, le Conseil doit rappeler que le fonctionnaire-médecin a procédé à une distinction entre les différentes affections de la partie requérante, à savoir, d'une part, le HIV et la HTA, qui ont été considérées comme conduisant à un état de santé et à un traitement inchangés par rapport à ceux qui apparaissaient dans les demandes antérieures, et les autres affections, considérées comme ne présentant pas un degré de gravité suffisant.

Il s'en déduit, notamment, que le fonctionnaire-médecin n'a pas conclu que l'état de santé de la partie requérante, tenant à la première catégorie d'affections, s'était amélioré. Il n'a pas davantage considéré que ces affections n'atteignaient pas le degré de gravité suffisant pour justifier une régularisation sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. A sa suite, la partie défenderesse a motivé le premier acte attaqué à ce sujet sur la base de l'article 9ter, §3, 5° de la loi du 15 décembre 1980.

L'argumentation de la partie requérante qui consiste à reprocher au fonctionnaire-médecin et à la partie défenderesse une minimisation de la gravité de son état de santé lié au VIH manque dès lors en fait.

3.3. S'agissant de la question de l'accessibilité des soins requis par l'affection HIV, la partie requérante estime que la partie défenderesse n'a pas procédé à un examen de l'ensemble des éléments relevant de sa situation individuelle. Elle émet également des critiques au sujet de l'appréciation de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis, après avoir relevé qu'elle n'a pas été faite par le fonctionnaire-médecin, en raison de l'absence d'indication de l'endroit où les soins seraient accessibles et qu'à supposer les traitements disponibles au Cameroun, il ne pourrait s'agir que de la capitale et des grandes villes.

Il semble, à la lecture de la première décision attaquée, bien qu'elle ne soit pas explicite à cet égard, que la partie défenderesse ait entendu traiter les arguments avancés au sujet de la disponibilité et de l'accessibilité des soins à l'appui de sa dernière demande, comme autant d'éléments ayant déjà été invoqués précédemment, dès lors que l'appréciation de la partie défenderesse à cet égard s'inscrit dans une motivation fondée sur l'article 9ter, §3, 5° de la loi du 15 décembre 1980.

La partie requérante expose que son état de santé lié au VIH se serait cependant aggravé. Le développement de son moyen à ce sujet est cependant peu clair. Elle semble toutefois vouloir s'appuyer sur les conclusions émises par le Dr. Uurlings dans son certificat médical du 19 juin 2015, soit le certificat médical le plus récent produit à l'appui de la demande ayant conduit aux actes attaqués, au motif que ce dernier certificat médical, au contraire des certificats médicaux précédents, indiquerait que l'arrêt du traitement l'exposerait à un risque pour sa vie.

Il convient de constater que si la première demande s'est clôturée sur une appréciation selon laquelle ladite pathologie ne pouvait donner lieu à une régularisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 au motif que le traitement requis était disponible et accessible dans le pays d'origine de la partie requérante, il n'en va pas de même des deux autres demandes suivantes.

Ainsi, s'agissant de la deuxième demande, le fonctionnaire-médecin avait considéré que l'infection HIV était jugulée par le traitement, précisant que la charge virale était très basse. Or, à l'appui de cette demande déjà, la partie requérante avait produit un certificat médical type selon lequel l'affection HIV dont elle était atteinte mettait la vie de celle-ci en danger et que l'arrêt du traitement équivaldrait au décès de l'intéressée. Néanmoins, cet élément n'avait pas été considéré comme déterminant pour le fonctionnaire-médecin, qui s'était clairement fondé sur une charge virale très basse.

En tout état de cause, s'agissant de la demande qui précédait immédiatement celle qui a conduit aux actes attaqués, soit la troisième demande, le Conseil relève que dans son certificat médical du 11 juillet 2014, le Dr Uurlings indiquait également que la charge virale était « quasi indétectable ».

L'argumentation de la partie requérante, en ce qu'elle tient au risque encouru en cas d'arrêt du traitement, ne permet donc pas une remise en cause de l'appréciation du fonctionnaire-médecin dans le cadre de la dernière demande, en ce qui concerne l'affection VIH, puisque celle-ci a conclu à un état de santé et à un traitement inchangés.

Au demeurant, le certificat médical du Dr Uurlings produit à l'appui de la dernière demande et sur lequel la partie requérante insiste en termes de requête, ne fait pas état d'hospitalisations et ne contient aucune indication permettant de penser que l'état de santé, lié au VIH, se serait aggravé. Les considérations de la partie requérante selon lesquelles le Dr Uurlings aurait insisté sur la nécessité de la poursuite de son traitement n'est pas de nature à modifier le constat qui précède.

Dès lors que la partie requérante échoue à remettre en cause la conclusion du fonctionnaire-médecin selon laquelle elle n'a pas invoqué d'élément nouveau au sujet du VIH à l'appui de sa dernière demande, ni le fonctionnaire-médecin ni la partie défenderesse n'étaient tenus, sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ou sur la base de l'obligation de motivation formelle, de procéder à un examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins requis par le HIV ni de répondre à cet égard aux arguments de la partie requérante tenus dans sa dernière demande, dès lors qu'ils ne sont pas nouveaux.

En conséquence, la motivation de la première décision attaquée sur la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins apparaît surabondante dans ce cadre. La partie requérante ne justifie dès lors pas d'un intérêt à la contester, dès lors qu'à la supposer illégale, cette illégalité ne pourrait conduire à l'annulation de ladite décision.

La partie requérante tente également de remettre en cause le motif de la première décision attaquée qui se réfère à l'appréciation effectuée par le fonctionnaire-médecin dans le cadre des demandes antérieures. Il s'agit cependant ici également d'une motivation surabondante dans le cadre de l'article 9ter, §3, 5° de la loi du 15 décembre 1980, puisque le motif selon lequel il s'agit d'éléments invoqués précédemment suffit à justifier la légalité de la première décision à cet égard. Pour le reste, le Conseil observe que la partie requérante tente de remettre en cause la légalité des décisions antérieures, qui ne relèvent cependant pas de sa saisine en l'espèce, en manière telle que le Conseil ne peut se prononcer à ce sujet dans le cadre de la présente procédure. Il en va d'autant plus ainsi que, dans l'intervalle, des arrêts de rejet ont déjà été rendus précédemment par le Conseil, suite aux recours introduits à l'encontre de ces décisions antérieures.

Il convient d'avoir égard à la critique de la partie requérante selon laquelle la décision de 2015 se réfère à une demande inexistante, dès lors que cette critique peut aboutir à une contestation de la légalité de la première décision attaquée, puisque la partie défenderesse y évoque les demandes antérieures, dans le cadre de l'article 9ter, §3, 5° de la loi du 15 décembre 1980. La partie défenderesse n'a toutefois pas commis d'erreur manifeste d'appréciation en considérant que le courrier adressé le 14 octobre 2014 par la partie requérante, en vue d'actualiser sa demande introduite le 2 mai 2012, devait en réalité être considérée comme une nouvelle demande, dès lors que la demande introduite en 2012 avait reçu une réponse négative le 26 novembre 2012 déjà. La partie requérante ne justifie en tout état de cause pas d'un intérêt à ses arguments relatifs aux conditions que le courrier aurait dû remplir pour être considéré comme tel, puisque la partie défenderesse a agi à cet égard de manière plus favorable envers la partie requérante, afin qu'il soit réservé une fin utile à ses courriers, lesquels ne pouvaient en effet plus être traités dans le cadre de la demande de 2012, déjà clôturée.

3.4. S'agissant de la motivation de la première décision attaquée fondée sur l'article 9ter, §3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, elle ne concernait ni le HIV ni la HTA mais les douleurs lombaires, des affections au canal carpien et une tendinite de De Quervain, ainsi que des troubles psychiques, la partie requérante estime que la partie défenderesse minimise à tort la gravité de ces affections, sans toutefois argumenter à ce sujet, alors même que l'avis du fonctionnaire-médecin explicite de manière circonstanciée sa conclusion. La partie requérante est dès lors en défaut de remettre en cause utilement l'avis du fonctionnaire-médecin sur ce point.

S'agissant de la critique selon laquelle le fonctionnaire-médecin et, à sa suite, la partie défenderesse auraient exigé un risque vital, force est de constater qu'elle ne résiste pas à la lecture de l'avis du fonctionnaire-médecin. Celui-ci indique en effet notamment, au sujet des douleurs lombaires, que la partie requérante ne court aucun risque pour sa vie, pour son intégrité physique ou encore un risque de traitement inhumain ou dégradant en cas d'absence de traitement dans le pays d'origine « puisque l'arrêt du traitement n'aurait aucune conséquence ». Il en a conclu de même s'agissant du canal carpien et de la tendinite ainsi que des troubles psychiques.

3.5. S'agissant du droit d'être entendu, tel qu'invoqué par la partie requérante, le Conseil rappelle que le moyen manque en droit en ce qu'il est pris de la violation de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, dans la mesure où la CJUE a indiqué qu'« *il résulte clairement du libellé de cette disposition que celui-ci s'adresse non pas aux États membres, mais uniquement aux institutions, aux organes et aux organismes de l'Union [...]* » (C-166/13, rendu le 5 novembre 2014, § 44).

Ensuite, la CJUE a rappelé que le droit d'être entendu, en tant que principe général du droit de l'Union, garantit à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts. Selon la jurisprudence de la Cour, la règle, selon laquelle le destinataire d'une décision faisant grief doit être mis en mesure de faire valoir ses observations avant que celle-ci soit prise, a pour but que l'autorité compétente soit mise à même de tenir utilement compte de l'ensemble des éléments pertinents. Afin d'assurer une protection effective de la personne concernée, elle a notamment pour objet que cette dernière puisse corriger une erreur ou faire valoir des éléments relatifs à sa situation personnelle qui militent dans le sens que la décision soit prise, ne soit

pas prise ou qu'elle ait tel ou tel contenu (voir CJUE, arrêt du 11 décembre 2014, *Boudjila*, C-249/13, considérants 36 et 37).

Or, par le biais de ses procédures initiées sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie requérante avait la possibilité de faire valoir l'ensemble des circonstances pertinentes relatives à son état de santé.

Le moyen ne peut dès lors être accueilli en ce qu'il se fonde sur le droit d'être entendu de la partie requérante.

3.6. Quant à l'argument selon lequel la partie requérante s'expose à un risque de traitement inhumain et dégradant contraire à l'article 3 de la CEDH, invoqué en combinaison avec les articles 6 et 13 de la CEDH, en cas de retour dans son pays dès lors qu'elle ne pourra y bénéficier d'un traitement adéquat, en raison des difficultés d'accès aux soins de santé, le Conseil observe que la partie requérante est en défaut de contester l'appréciation du fonctionnaire-médecin et de la partie défenderesse selon laquelle la partie requérante n'a pas apporté d'éléments nouveaux quant à ce par rapport aux demandes antérieures.

Le Conseil observe ensuite que les décisions qui ont précédé les actes attaqués sont des décisions par lesquelles la partie défenderesse a estimé que tout risque de violation de l'article 3 de la CEDH était exclu. Plus précisément, les décisions ayant clôturé la troisième demande de la partie requérante, soit la demande qui précédait la demande ayant donné lieu aux actes attaqués par le présent recours, consistent, d'une part, en une décision d'irrecevabilité de la demande sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle indiquait que l'état de santé demeurerait « *inchangé* » par rapport à celui invoqué dans les demandes antérieures et rappelait que « *la décision du 26.11.2012 développe avec minutie les raisons du rejet de sa demande et conclut que la maladie de l'intéressée n'est pas dans état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* » et, d'autre part, en un ordre de quitter le territoire, pris consécutivement. Le Conseil relève de surcroît que cet ordre de quitter le territoire antérieur a été adopté le 19 mai 2015 soit moins d'un an avant les actes attaqués.

Or, il convient de tenir compte des enseignements de la Cour de justice de l'Union européenne selon lesquels les États membres sont tenus de ne pas compromettre la réalisation de l'objectif poursuivi par la directive 2008/115, à savoir l'instauration d'une politique efficace d'éloignement et de rapatriement des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier (voir en ce sens notamment : CJUE, arrêt *J. N. c. Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie* du 15 février 2016, C-601/15 PU du 15 février 2016).

Au vu de ce qui précède, et compte tenu de ce que la partie requérante échoue à contester l'appréciation de la partie défenderesse selon laquelle elle n'a pas produit d'élément nouveau à l'appui de sa dernière demande, il lui appartenait de faire valoir son grief tiré de l'article 3 de la CEDH dans le cadre des procédures ouvertes devant le Conseil à l'encontre des décisions antérieures. A cet égard, si la partie requérante a effectivement introduit des recours devant le Conseil à l'encontre des décisions antérieures et a invoqué à leur appui une violation de l'article 3 de la CEDH, force est de constater que ces procédures se sont à leur tour clôturées négativement par des arrêts rendus par le Conseil de céans, dans le cadre d'une procédure écrite, suite aux choix procéduraux de la partie requérante, qui n'a pas demandé à être entendue dans un délai de quinze jours après l'envoi des ordonnances présidentielles. En conséquence, elle était en effet censée, sur la base de l'article 39/73, § 3, de la loi du 15 décembre 1980, avoir donné son consentement au motif indiqué dans lesdites ordonnances, lesquelles se fondaient sur l'article 39/68-3, §2, de la loi du 15 décembre 1980, selon lequel « *[l]orsqu'une partie requérante introduit une requête recevable à l'encontre d'une décision prise sur la base de l'article 9ter, alors qu'un recours contre une décision prise antérieurement à son encontre sur la base de l'article 9ter est encore pendant, le Conseil statue sur la base de la dernière requête introduite. La partie requérante est réputée se désister du recours introduit antérieurement, sauf si elle démontre son intérêt* ».

Les références opérées par la partie requérante à l'arrêt *Abdida*, rendu par la CJUE le 18 décembre 2014, et à l'arrêt *Yoh-Ekale Mwange*, rendu par la Cour EDH le 20 décembre 2011, ne sont pas de nature à modifier cette analyse. En effet, s'agissant de l'arrêt *Yoh-Ekale Mwange*, la Belgique a été condamnée pour avoir fait l'économie d'un examen attentif et rigoureux de la situation individuelle de la personne étrangère pour conclure à l'absence de risque sous l'angle de l'article 3 CEDH avant son potentiel éloignement, la partie défenderesse n'ayant pas pris en considération la situation réelle de la personne étrangère qui était maintenue en vue de son éloignement et toutes les informations en sa

possession avant de prendre sa décision dans le cadre de la demande d'autorisation médicale et aucun contrôle effectif par le Conseil n'ayant été opéré au vu des nouveaux éléments invoqués.

En l'espèce, la partie requérante se limite à critiquer la partie défenderesse en ce qu'elle ne l'aurait pas entendue, et le fonctionnaire-médecin en ce qu'il ne l'aurait ni entendue ni examinée, alors que l'arrêt précité évoque la question de la prise en considération par le Conseil d'éléments nouveaux, non portés à la connaissance de l'administration en temps utile. Or, la partie requérante n'évoque nullement de quels éléments nouveaux non communiqués en temps utile à la partie défenderesse elle entendrait se prévaloir dans le cadre du présent recours. Il convient en outre de préciser que la partie requérante n'a produit aucun document médical dans le cadre de la présente procédure devant le Conseil. Il convient toutefois de rappeler que la partie requérante évoque en termes de recours des difficultés d'accès aux soins s'agissant de son affection VIH. Ainsi qu'il a déjà été précisé cependant, la partie requérante se borne à invoquer de telles difficultés, sans toutefois prétendre avoir produit à ce sujet des éléments nouveaux à l'appui de sa demande, et donc sans pouvoir remettre utilement en cause la légalité des décisions attaquées, compte tenu également de ses choix procéduraux antérieurs en l'espèce, ainsi qu'il a été précisé ci-dessus.

S'agissant de l'arrêt Abdida du 18 décembre 2014 (affaire C- 562/13), le Conseil observe que celui-ci traite de la question de l'effet suspensif d'un recours exercé contre une décision ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une maladie grave de quitter le territoire d'un État membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé, et la prise en charge des besoins de base dudit ressortissant. Le Conseil observe que les arguments présentés par la partie requérante ne sont pas susceptibles de remettre en cause l'appréciation effectuée par la partie défenderesse selon laquelle l'éloignement de la partie requérante vers son pays d'origine ne pourrait avoir cette conséquence. Le deuxième acte attaqué n'est en l'espèce pas utilement contesté par la partie requérante.

A titre surabondant, le Conseil tient à préciser que, contrairement au cas d'espèce qui a donné lieu à l'arrêt *Paposhvili* rendu par la Cour EDH le 13 décembre 2016, les autorités ont bien procédé à une évaluation de l'état de santé de la partie requérante avant d'adopter des mesures d'éloignement à son encontre.

A toutes fins utiles, il convient de préciser que la Cour Constitutionnelle a été plus précisément interrogée par le Conseil d'Etat sur la compatibilité du recours en annulation devant le Conseil, avec la jurisprudence européenne citée par la partie requérante, en ce qu'il ne permet pas au Conseil, saisi d'un recours en annulation contre une décision de refus d'autorisation de séjour prise sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 dans le cadre duquel la requérante invoque la violation des articles 2 et 3 de la CEDH, de procéder à un examen *ex nunc* de la situation de la partie requérante, ce qui a donné lieu à son arrêt n°186/2019 du 20 novembre 2019. La Cour y a précisé que la question de la compatibilité de l'article 39/2 de la loi du 15 décembre 1980, qui régit le recours en annulation devant le Conseil, avec l'article 13 CEDH, suppose la prise en compte de l'ensemble des recours dont disposent les requérants, et qu'en l'occurrence, si leur état de santé a changé après l'introduction de leur recours, les requérants ont, à tout moment, la possibilité d'introduire une nouvelle demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales, en invoquant les éléments médicaux nouveaux. Elle a indiqué que « *Lorsque, avant que la nouvelle demande soit jugée recevable, l'exécution de la mesure d'éloignement du territoire est imminente, l'étranger qui a fait l'objet d'une décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales, sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, peut introduire un recours en suspension d'extrême urgence contre la mesure d'éloignement, conformément à l'article 39/2, § 4, alinéa 2, de la même loi. Si l'étranger avait déjà introduit une demande de suspension ordinaire et que l'exécution de la mesure d'éloignement devient imminente, il peut demander, par voie de mesures provisoires, que le Conseil du contentieux des étrangers statue dans les meilleurs délais (article 39/5, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980)* ». La Cour a ensuite précisé que dans le cadre de chacune de ces procédures initiées en extrême urgence, le Conseil a l'obligation de tenir compte, au moment où il statue, de la situation de santé actuelle du requérant et des éléments de preuve nouveaux que ce dernier produit à cet égard, et que la voie de recours disponible a par ailleurs un effet suspensif de plein droit.

Elle a du reste rappelé l'enseignement de son arrêt n° 112/2019 du 18 juillet 2019 selon lequel, « [...] dans les hypothèses dans lesquelles un laps de temps significatif s'est écoulé entre la prise de la décision d'éloignement sous la forme d'un ordre de quitter le territoire et la mise en oeuvre effective de cet ordre, le ministre ou son délégué effectue un nouvel examen du risque de violation des articles 3 et

8 de la Convention européenne des droits de l'homme, au moment de l'exécution de l'ordre de quitter le territoire. Elle a également jugé que la décision d'éloignement effectif, que celle-ci coïncide avec la délivrance d'un ordre de quitter le territoire ou qu'elle soit prise après un ordre de quitter le territoire décerné antérieurement, constitue une décision d'éloignement au sens de l'article 12, paragraphe 1, de la directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 « relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier » (dite la directive « retour »), qui doit être rendue par écrit, doit être motivée et peut faire l'objet d'un recours auprès du Conseil du contentieux des étrangers » (B.10 de l'arrêt n° 186/2019).

Le moyen n'est dès lors pas fondé en ce qu'il est pris de la violation des articles 3 et 13 de la CEDH.

S'agissant enfin de la violation alléguée de l'article 8 de la CEDH, le Conseil doit constater que la partie requérante est en défaut d'exposer de quelle manière cette disposition serait violée en l'espèce.

Le Conseil rappelle enfin que l'article 6 de la CEDH n'est pas applicable aux contestations portant sur des décisions prises en application de la loi du 15 décembre 1980, comme en l'espèce, dès lors qu'elles ne se rapportent ni à un droit civil, ni à une accusation en matière pénale. Cet aspect du moyen manque, en conséquence, en droit.

3.7. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique ne peut être accueilli, en sorte que le recours doit être rejeté.

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

Article unique

La requête en annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-sept septembre deux mille vingt par :

M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY