

Arrêt

n° 255 223 du 28 mai 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M.-C. WARLOP
Avenue J. Swartebrouck 14
1090 BRUXELLES

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 17 juillet 2020, X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et d'un ordre de quitter le territoire, pris tous deux à son encontre le 4 mai 2020.

Vu le titre Ier 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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 novembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 15 décembre 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. VAN NIJVERSEEL *locum tenens* Me M.-C. WARLOP, avocat, qui comparaît avec la partie requérante, et Me A. PAUL *locum tenens* 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 11 septembre 2003, le requérant a introduit une demande de visa court séjour (de type C) au consulat général de Belgique à Casablanca. La partie défenderesse a refusé cette demande le 6 février 2004.

1.2. Le 31 août 2005, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire, avec décision de remise à la frontière et décision de privation de liberté à cette fin (formulaire A), à l'encontre du requérant.

1.3. Le 1er octobre 2009, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9bis 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). Le 9 juillet 2010, le requérant a été autorisé au séjour temporaire. Le 6 octobre 2010, il a été mis en possession d'un certificat d'inscription au registre des étrangers (carte A), valable jusqu'au 29 septembre 2011, renouvelé le 3 août 2011 jusqu'au 29 mars 2012. La prorogation ultérieure de son autorisation de séjour était conditionnée par la production d'un permis de travail B, de la preuve d'un travail effectif et récent et d'un contrat de travail récent.

1.4. Le 30 juin 2011, le requérant a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 17 novembre 2011, la partie défenderesse a informé le requérant de ce que cette demande portant le défaut substantiel d'absence de signature, il ne pouvait y être donné suite.

1.5. Le 8 décembre 2011, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, demande qu'il a complétée le 14 avril 2012, le 1er juin 2012, le 21 novembre 2012, le 16 janvier 2013, le 21 mai 2013, le 25 mai 2013, le 4 août 2013, le 7 septembre 2013, le 17 septembre 2013, le 26 septembre 2013 et le 8 octobre 2013. Le 30 septembre 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée et a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 202 838 du 24 avril 2018, le Conseil du Contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision du 30 septembre 2013 déclarant la demande d'autorisation de séjour du requérant non fondée.

1.6. Les 19 janvier 2012 et 22 février 2012, le requérant a sollicité la prorogation de son autorisation de séjour, demandes qu'il a complétées le 8 février 2012, le 13 février 2012, le 17 février 2012, le 1er juin 2012, le 26 août 2013, le 13 février 2015 et le 5 mai 2015. Le 29 octobre 2015, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard du requérant. Le Conseil a annulé cette décision dans son arrêt n° 211 066 du 17 octobre 2018.

1.7. Le 12 novembre 2015, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, demande qu'il a complétée le 2 mars 2016 et le 31 août 2016. Le 12 septembre 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Le Conseil a annulé ces décisions dans son arrêt n° 211 067 du 17 octobre 2018.

1.8. Le 16 mai 2017, le requérant a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 18 octobre 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n° 211 068 du 17 octobre 2018, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.9. Le 26 octobre 2018, la partie défenderesse a pris une décision de rejet des demandes de renouvellement d'autorisation de séjour visées au point 1.6. Par un arrêt n° 228 042 du 28 octobre 2019, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.10. Le 27 novembre 2018, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision d'irrecevabilité de la demande visée au point 1.7 ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard du requérant.

1.11. Le 21 décembre 2018, le requérant a complété la demande visée au point 1.7.

1.12. Le 21 février 2019, la partie défenderesse a retiré les décisions visées au point 1.10. Par un arrêt n° 219 830 du 16 avril 2019, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.13. Le 29 avril 2019, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande visée au point 1.7. Cette décision, qui lui a été notifiée le 13 mai 2019, a fait l'objet d'un recours en suspension et annulation devant le Conseil de céans qui a donné lieu à un arrêt de rejet n° 228 043 du 28 octobre 2019.

1.14. Le 18 décembre 2019, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 4 mai 2020, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions ont été notifiées le 18 juin 2020 au requérant.

1.15. La décision d'irrecevabilité constitue le **premier acte attaqué** et est motivée comme suit :

« Motif:

Il ressort de l'avis médical du 30.04.2020 que la demande de régularisation sur base de l'article 9ter introduite en date du 18.12.2019 par Mr [A., A.] contient : d'une part, des éléments qui ont déjà été invoqués dans le cadre d'une autre demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduite en date du 16.05.2017 et, d'autre part, des éléments neufs :

- *En ce qui concerne les premiers [...]*

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.

Les éléments invoqués dans la demande introduite sur base de l'article 9ter en d.d. 18.12.2019 et dans les certificats médicaux joints, ont également été invoqués dans la demande d'autorisation de séjour du 16.05.2017.

Considérant que le ministre ou son délégué déclare la demande irrecevable 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 base de l'Article 9ter §3 – 5° 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.

- *En ce qui concerne les nouveaux éléments [...] ou en ce qui concerne les 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 § 1er, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, 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.

Il ressort de l'avis médical du médecin de l'Office des Etrangers daté du 30.04.2020 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé n'est pas atteint 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 il séjourne.

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

1.16. L'ordre de quitter le territoire constitue le **second acte attaqué** et est motivé comme suit :

« MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article 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, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : le requérant n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable. »

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un **moyen unique** « de la violation de 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, des articles 2 et 3 de la loi du 15 décembre 1980 du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, du devoir de minutie, de légitime confiance, de l'article 41 de la Charte des Droits Fondamentaux au terme duquel il y a une obligation pour l'administration de motiver ses décisions, du respect des droits de la défense consacré par un principe général du droit de l'Union Européenne, du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, article 3 de la CEDH. »

2.2. Elle développe ce moyen dans les termes suivants :

« En ce que la partie adverse déclare la demande de Monsieur [A.] irrecevable au motif que ... » « ...Les éléments invoqués dans la demande introduite en date du 14 décembre 2019 l'ont déjà été dans la demande du 16 mai 2017 !

Le médecin de l'OE indique quant à lui « L'intéressé n'est pas atteint par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou 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 il séjourne. »

Alors que l'article 9 ter, 6^e et, alinéa 1, de la loi du 15/12/1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par « l'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au §2 et qui souffre d'une maladie telle quelle 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 séjourné ».

En l'espèce, le Docteur [V.] - médecin conseiller de l'Office des Etrangers - conclut à un bilan de santé inchangé et traitements équivalents à ceux de la demande 9 ter précédente.

Il considère en outre que les éléments non invoqués antérieurement tels troubles anxieux de type PTSD avec éléments psychotiques n'ont aucune influence.

Il considère par ailleurs qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à voyager.

A aucun moment, le médecin ne se prononce ni sur le risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant ni l'absence de risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas d'arrêt de traitement ou d'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine.

Or, la disposition légale envisage clairement différentes possibilités qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Rien ne permet de conclure que s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine. (CE 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633, CE 16 octobre 2014, n° 228.778 ; CCE, n° 135.037 du 12 décembre 2014)

Bien évidemment que les troubles de Monsieur sont toujours existants mais il n'en demeure pas moins que les médecins qui suivent et examinent Monsieur [A.] sont unanimes (sic) pour déclarer qu'un arrêt des traitements en cours signifierait automatiquement une aggravation des pathologies voire le suicide et donc la mort.

Il n'est dès lors pas permis d'en arriver à la conclusion telle qu'exposée par le médecin de l'Office des Etrangers à savoir que l'état de santé de Monsieur demeure inchangé.

En aucune façon, il ne peut émettre un avis sérieux et circonstancié sans avoir rencontré le patient : depuis quand un médecin juge-t-il de l'état de santé d'un patient sans l'ausculter, sans l'interroger ?

Le médecin de l'Office déclare de manière péremptoire que l'état de santé de Monsieur demeure inchangé faisant fi des rapports de médecins spécialistes qui suivent Monsieur et qui sont nettement plus alarmistes.

C'est d'ailleurs dans ce sens que l'on fait état de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne au terme duquel toute personne a le droit d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre et au terme duquel il y a une obligation pour l'administration de motiver ses décisions.

La CJUE a, dans son arrêt, M.M contre Irlande, du 22 novembre 2012 indiqué ce qui suit « ce droit à une bonne administration comporte notamment le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre, le droit d'accès de toute personne au dossier qui la concerne, dans le respect des intérêts légitimes de la confidentialité et du secret professionnel et des affaires, ainsi que l'obligation pour l'administration de motiver ses décisions »

Il résulte du libellé même de cette disposition que celle-ci est d'application générale.

Ce principe a encore été rappelé par le Conseil d'Etat dans un arrêt en Cassation administrative du 29 octobre 2015 :

« Que dans son arrêt C-249/13 du 11 décembre 2014, en cause Khaled Boudjida, la Cour de Justice de l'UE a indiqué en substance que le droit pour une personne à être entendue par une autorité nationale, avant l'adoption par cette autorité de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable les intérêts de la personne concernée, fait partie du respect des droits de la défense consacré par un principe général du droit de l'UE. Le droit à être entendu avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable les intérêts de l'intéressé, est également consacré par un principe général de droit dans l'ordre juridique interne. » (CE, arrêt n° 232.758, 29/10/2015) (voir rapport du médiateur fédéral, p. 46)

Il ressort du dossier que la partie défenderesse a pris les décisions attaquées en date du 4 mai 2020 sans avoir laissé à Monsieur le soin de s'expliquer, sans l'avoir ausculté.

La partie adverse est restée en défaut de procéder à pareil examen et il y a, par conséquent, une violation de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

Il est bien évident que, si le requérant avait pu être invité à être entendu, la partie adverse aurait pu constater :

- l'état d'extrême fragilité dans lequel le requérant est plongé : état dépressif - idées suicidaires
- troubles psychotiques ;
- une impossibilité de voyager ;
- les examens auxquels il est soumis périodiquement ;

Et ainsi arriver à une conclusion différente ; la procédure administrative aurait pu aboutir à un résultat différent.

Le médecin n'examine nullement la disponibilité de traitement et l'accessibilité des soins au Maroc.

L'on sait que le médecin en charge de Monsieur [A.] met l'accent sur le traitement médicamenteux au long cours et sur une surveillance clinique spécialisée.

Or, l'on sait que le système des soins de santé marocain présente de graves dysfonctionnements et de profondes lacunes :

L'article : Maroc Hebdo (9 mai 2018)

L'OMS accable le système de santé marocain

Une nouvelle vision pour sauver la situation

Pour mettre à niveau un système de santé décrié, le ministre de la Santé, Anas Doukkali, propose un plan prônant plus d'efficience dans les infrastructures et la reddition des comptes de la part des médecins et des responsables. Le moins que l'on puisse dire est que le système de santé marocain est probablement le plus défaillant dans la région. Manque de

moyens humains et logistiques, mauvaise répartition régionale des médecins, faiblesse de l'offre de soins, vieillesse des infrastructures hospitalières et absence de couverture médicale, ce sont là quelques-unes parmi les mille et une failles relevées par l'Organisation mondiale de la santé à l'encontre de notre système de santé dans son dernier rapport, rendu public début avril 2018. Un rapport pour le moins sombre, décrivant une situation chaotique d'un système qui s'est longtemps incliné vers la dérive.

L'OMS explique que le citoyen marocain souffre depuis de longues années d'un système de santé qui, malgré certaines réformes, n'a pas pu produire une offre de soins de qualité, capable d'alléger ses souffrances et répondre à ses attentes. Avec 7 médecins environ pour 10.000 habitants, le Royaume est certainement loin du standard international établi par l'OMS, qui stipule qu'il faut un médecin pour 650 habitants. Son budget de la santé, comptant pour seulement 6% dans le budget de l'Etat, est également en-deçà du niveau standard recommandé par l'organisation mondiale (entre 10 et 12%). Selon les récentes statistiques de 2017, le Maroc compte actuellement 25.000 médecins travaillant dans les deux secteurs public et privé.

Le Royaume espère atteindre en 2020 un ratio de 10 médecins pour 10.000 habitants grâce à un programme de formation de 3.300 nouveaux médecins annuellement, lancé il y a déjà quelques années. Mais, pour les experts, le problème de la couverture sanitaire ne réside pas seulement dans le manque de personnel mais aussi dans l'insuffisance des postes budgétaires ouverts annuellement par le ministère de la Santé: «A quoi sert de former un nombre important de médecins alors que seulement 2.000 postes budgétaires sont consacrés chaque année au secteur de la santé? », s'interroge, ainsi, un spécialiste.

Développement de l'offre

Depuis l'arrivée de Anas Doukkali comme ministre de la Santé, en janvier 2018, la tendance est peut-être à la mobilisation pour sauver ce qu'il y a encore à sauver. C'est ainsi qu'il a présenté devant le dernier conseil de gouvernement, qui s'est tenu jeudi 19 avril 2018, une nouvelle vision du plan de la santé à l'horizon 2025. Animé par des programmes efficaces et appuyé par une bonne gouvernance, «ce nouveau plan ambitionne de consacrer un système sanitaire cohérent prônant une offre organisée, de qualité et à la portée de l'ensemble des citoyens», estime Anas Doukkali.

Ce plan a été élaboré dans un cadre de concertation avec les acteurs au sein de l'écosystème de la santé publique, lequel est suivi d'une opération de concertation plus large avec l'ensemble des acteurs. Ce plan repose sur une vision unique basée sur six valeurs et trois piliers ventilés sur 25 axes et 125 mesures. La nouvelle vision prône, ainsi, pour ses concepteurs, les valeurs de la continuité, de la proximité, de la reddition des comptes, de la solidarité, de l'égalité, de l'efficience et de la qualité des services. Le premier pilier porte sur l'organisation et le développement de l'offre des soins dans un but d'améliorer l'accès aux services de santé, à travers notamment l'organisation de l'offre sanitaire nationale et le développement du réseau national, le renforcement du réseau des établissements de soin de base ainsi que le développement de la santé mobile dans le milieu rural, de la santé de proximité et de la médecine de famille.

Priorité nationale

Le deuxième pilier consiste au renforcement de la santé nationale et des programmes de lutte contre les maladies à travers la consolidation des programmes de la mère et l'enfant en tant que priorité nationale, le renforcement de la santé des personnes à besoins spécifiques, la lutte contre les maladies contagieuses et la mise à jour du plan national de la santé psychique et mentale. Concernant le 3ème pilier, il porte sur le développement de la gouvernance du secteur et la rationalisation de l'usage des ressources, en élargissant la couverture médicale de base, en remédiant au déficit constaté au niveau des ressources humaines, en améliorant les conditions de travail, en consolidant le cadre réglementaire et organisationnel du secteur de la santé.

Si le ministre de la Santé parle de certaines avancées réalisées dans le secteur, notamment en matière de maîtrise et prise en charge des maladies chroniques, l'augmentation du nombre de lits dans les hôpitaux et l'amélioration de l'accès aux services octroyés par les

hôpitaux publics, il n'en demeure pas moins que cette évolution reste insuffisante et que le patient marocain n'est pas encore au cœur des stratégies publiques en matière de santé.

Faisant constat du déficit que connaît le secteur sur le plan des ressources humaines, des infrastructures et des moyens et de gouvernance, le Chef du gouvernement, Saâd Eddine El Othmani, affirme, pour sa part, lors du conseil de gouvernement, que le plan de santé à l'horizon 2025 permettra de proposer des solutions adéquates aux différentes lacunes dont pâtit le secteur de la santé. L'OMS ne peut, en effet, que s'en réjouir, à condition, bien entendu, que les résultats soient concerts et rapides.

L'article : Le Régime d'assistance médicale (RAMED) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme

Jean-Noël Ferrié. Zineb Omari et Othmane Serhan

Dans Revue française des affaires sociales 2018/1. pages 125 à 143

L'article porte sur le Régime d'assistance médical (RAMed) mis en place au Maroc à partir de 2011. Ce régime accorde la gratuité des soins dans le système hospitalier. Proposant un avantage indéniable à une importante population de pauvres et de vulnérables, il présente, toutefois, d'importantes faiblesses, notamment en ce qui concerne la continuation des paiements des ménages, les files d'attentes et les transports des patients. De plus, le mécanisme de financement du dispositif n'a jamais été mis en oeuvre, amenant celui-ci à fonctionner, pour l'essentiel, sur les subventions normales des hôpitaux. Cette situation met en question la soutenabilité du RAMed. De ce point de vue, nous soulignons l'impact de deux attitudes négatives liées à l'organisation de l'action publique : le volontarisme, consistant à croire que les insuffisances d'un dispositif disparaîtront dans le cours de sa mise en oeuvre, et l'opportunisme, poussant les promoteurs des politiques publiques à promettre plus qu'ils ne peuvent tenir »

Il s'avère dès lors que Monsieur [A.], dans de telles conditions, n'aurait nullement accès aux soins et à un suivi indispensable pour lui.

Il est évident qu'un retour au Maroc s'apparenterait à un traitement inhumain et dégradant et qu'il y aurait violation de l'article 3 de la CEDH. En effet, Monsieur [A.] serait seul au Maroc et ne recevrait donc aucune aide de qui que ce soit.

Il y a un risque réel de violation de l'article 3 de la CEDH.

Ainsi, selon l'Arrêt PAPOSHVILI du 13 décembre 2016. «

La Cour entend souligner, en conséquence, que la protection de l'article 3 CEDH ne se limite pas aux étrangers confrontés à un risque imminent de mourir', contrairement à ce que certains arrêts porteraient à croire, mais bénéficie également à ceux qui risquent d'être exposés à un déclin grave, rapide et irréversible' de leur état de santé en cas de renvoi. (CEDH, Paposhvili, §183)

Selon la Cour, il revient au premier chef aux autorités nationales d'opérer pareille évaluation. Elle insiste : L'obligation de protéger l'intégrité des intéressés que l'article 3 fait peser sur les autorités s'exécute en premier lieu par voie de procédures adéquates permettant un tel examen.

Cette évaluation doit porter sur le degré de souffrance qu'engendrerait l'absence de traitement adéquat, premièrement, et sur la possibilité effective d'accéder à un traitement adéquat dans le pays d'origine, deuxièmement :

- en ce qui concerne le degré de souffrance, la Cour rappelle qu'il ne s'agit pas de déterminer si le requérant bénéficiera, dans le pays de renvoi, de soins équivalents à ceux dispensés dans le pays d'accueil. Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'Etat de renvoi, mais bien le degré de gravité consacré par l'article 3 CEDH, soit un engagement de pronostic vital ou un déclin grave, rapide et irréversible, de l'état de santé.

- en ce qui concerne l'accessibilité à un traitement adéquat, elle doit s'analyser en tenant compte du coût des médicaments et traitements, de l'existence d'un réseau social et familial, de la distance géographique pour accéder aux soins requis. En cas de sérieux doutes, il revient à l'Etat de renvoi de solliciter de l'Etat d'accueil des assurances individuelles et suffisantes relatives à l'accessibilité des soins... »

Monsieur le Président RAIMONDI dans son allocution d'ouverture le précise encore :

The judgment in Paposhvili v. Belgium, delivered last December, has already received widespread coverage. It is noteworthy in several respects. Firstly in its content, and secondly, from the perspective of our relationships with the national supreme courts.

The background to this case is relevant. You will remember that in 2008 the Court had held, in the case of N. v. the United Kingdom, that it was possible to expel a Ugandan national suffering from Aids to her country of origin, without this entailing a violation of Article 3. It had found at that time that a State could only be prevented from expelling a sick alien "in very exceptional cases, where the humanitarian grounds against removal" were compelling. This case-law attracted criticism. The Court's approach was subsequently reaffirmed in several Chamber judgments. Nonetheless, the judges who had expressed their views in a separate opinion, like the legal theorists, voiced the hope that the Grand Chamber would one day return to this question.

This has now been done, and the Paposhvili judgment departs from the N. v. the United Kingdom case-law, clarifying it in a manner that is more favourable for applicants. The applicant in this case, who was suffering from a very serious illness and whose condition was life-threatening, did not wish to be deported to Georgia. The Court considered that in the absence of any assessment by the domestic authorities of the risk facing him in Georgia, with due regard to his state of health and of whether or not there existed appropriate treatment in the destination country, the Belgian domestic authorities did not have available to them sufficient information to conclude that the applicant, if returned to Georgia, would not run a real and concrete risk of treatment contrary to Article 3 of the Convention.

The Paposhvili judgment provides important explanations and clarifies the approach followed to date. Admittedly, the threshold of severity for preventing the deportation of an alien suffering from an illness remains high. However, the work of assessment is primarily for the national authorities, who must put in place adequate procedures in order to evaluate the risks run in the event of deportation. This is proper implementation of the principle of subsidiarity. The assessment must take account both of the general situation in the receiving State and of the alien's particular case. It is necessary to obtain assurances that medical treatment will be available and accessible to the person concerned.

However, this case also warrants examination in terms of our relationship with the Supreme Courts. In practice, the N. v. the United Kingdom judgment had led the Belgian authorities to grant leave to remain only in really very exceptional circumstances, where the individual concerned was close to death. Yet the Belgian supreme courts considered that wider protection ought to be provided. We see here a very interesting dialogue between the domestic court and our Court, in which it is the national court which, as it were, asks us to adopt a less restrictive position, one that is more protective of the rights of applicants.

The voices raised in Brussels have thus been heard in Strasbourg.

Tel est bien le cas en l'espèce. À défaut de traitement, c'est l'intégrité physique et psychique de Monsieur [A.] qui risque d'être fortement hypothéquée. Sans nul doute, nous assisterions, en cas de renvoi au Maroc, à un risque réel d'être exposé à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie.

La partie adverse, à dessein, ne prend en considération qu'une partie des éléments, soit ceux qui la confortent dans sa thèse, en omettant de prendre l'ensemble des éléments portés à sa connaissance, violant par là le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause.

La partie adverse n'a pas fait oeuvre de minutie dans la rédaction de sa décision litigieuse.

En tout état de cause, avant de se prononcer, le médecin de l'OE aurait dû examiner de visu le, requérant : (article 124 du Code de déontologie lequel stipule « Ces médecins, lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic, ne peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont fait procéder à des examens spécialisés ou ont disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins »)

La partie adverse aurait dû dès lors convoquer la partie requérante et procéder à un examen complet de la situation.

La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et elle statue en violation des principes de bonne administration puisque ne prend pas en considération tous les éléments liés à Monsieur [A.] dès lors que le médecin en charge du patient insiste sur la nécessité d'un traitement médicamenteux au long cours et une surveillance clinique spécialisée.

Ainsi, le Docteur [O.O.], du Centre Médical [...], indique dans son rapport du 7 novembre 2019 que « Monsieur [A. A.] est suivi depuis de nombreuses années au centre médical pour de multiples affections médicales notamment dépression majeure accompagnée d'idée suicidaire. Le sujet souffre également d'hépatite B ... »

Le Docteur [O.O.], précise encore au niveau des besoins spécifiques en matière de suivi médical « suivi psychologique très approfondi ». (pièce 2+ annexes = 5 pages)

A défaut de traitement, le Docteur [O.O.], prédit qu'un arrêt du traitement provoquerait une aggravation de ces symptômes physiques.

Dans son rapport du 5 novembre 2019, le Docteur [X.H.] fait le même constat et souligne la nécessité d'un traitement psychotrope adapté, d'un suivi mensuel ad minima ainsi que d'une prise en charge adéquate sur le plan physique, (annexes à la pièce 2)

De même, dans son rapport 6 novembre 2019, le Docteur [F.M. T.] indique également que Monsieur [A. A.] présente une dépression profonde ainsi qu'une série d'affections décrites supra, (pièce 3 + annexes = 21 pages)

A défaut d'un traitement adéquat, le Docteur [F.M. T.] mentionne que le patient risque la cécité, une crise d'épilepsie avec des séquelles neurologiques pouvant mener le sujet dans le coma, ou un passage à l'acte en s'ôtant la vie (suicide).

Au vu de ces nombreux rapports médicaux, La partie adverse n'a dès lors pas correctement évalué la situation de Monsieur [A.].

La motivation de la décision querellée n'est nullement adéquate, correcte et précise dès lors qu'il n'y a aucun examen de la disponibilité des soins et de leur accessibilité au Maroc.

Les décisions violent les dispositions reprises au moyen ; il y a lieu de les annuler. »

3. Discussion.

3.1. Le Conseil précise tout d'abord qu'il ne peut avoir égard à la pièce déposée par la partie requérante au greffe le 11 décembre 2020, étant un certificat médical du 9 novembre 2020 du Docteur H. Le Conseil rappelle que la jurisprudence constante du Conseil d'Etat, que le Conseil fait sienne, enseigne : « [...] qu'il ne peut être reproché à la partie adverse de ne pas avoir tenu compte d'éléments qui ne lui ont pas été présentés en temps utiles, la légalité d'un acte administratif s'apprécient en fonction des éléments dont l'autorité a connaissance au moment où elle statue [...] » (C.E., arrêt n°93.593 du 27 février 2001 ; dans le même sens également : C.E., arrêt n°87.676 du 26 août 1998, C.E., arrêt n°78.664 du 11 février 1999, C.E., arrêt n°82.272 du 16 septembre 1999). Le Conseil rappelle également qu'il est compétent pour exercer un contrôle de la légalité de la décision administrative attaquée et qu'à ce titre, il ne lui appartient nullement de substituer, dans le cadre de l'examen du recours, son appréciation à celle de l'administration, fut-ce à la lumière d'un ou plusieurs élément(s) nouveau(x).

3.2. Le Conseil rappelle que lorsque la partie requérante expose les moyens appuyant sa requête, elle est tenue d'indiquer expressément non seulement les dispositions légales et principes généraux de droit qui seraient violés par l'acte attaqué mais aussi la manière dont ces dispositions et principes seraient violés. *In casu*, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière l'acte attaqué procéderait de la violation du principe de légitime confiance. Le moyen est donc irrecevable quant à ce.

3.3. 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'article 9ter, § 3, de la loi du 15 décembre 1980 dispose que la demande peut être déclarée 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 » (point 4°) ou « 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 [...] » (point 5°). L'objectif de cette dernière disposition est de « décourag[er] l'abus de diverses procédures ou l'introduction de demandes de régularisation successives dans lesquelles des éléments identiques sont invoqués (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. 12) ». Le Conseil entend souligner, quant à ce, que lorsqu'un étranger introduit des demandes d'autorisation de séjour successives, l'objectif de ces démarches ne doit pas être de pallier les lacunes qui auraient entaché la première demande, mais bien de faire valoir un changement des faits l'ayant fondée.

En outre, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative, en vertu des diverses dispositions légales visées au moyen, 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 ses 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.

3.4. En l'espèce, le Conseil observe que le premier acte attaqué repose sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse, établi le 30 avril 2020, qui mentionne, notamment, ce qui suit :

« *Dans sa demande du 18/12/2019, l'intéressé produit :*

*Rapport médical du 20/05/2019 du DR [J.] (stomatologie)
Rapport médical du 27/05/2019 du Dr [K.] (ORL)
Attestation médicale du 13/06/2019 du Dr [R.] (généraliste)
Protocole du 24/06/2019 du Dr [D.] (radiologie) : CT sinus
Rapport médical du 26/06/2019 du Dr [R.] (non inscrit à l'Ordre des médecins)
Protocole du 05/07/2019 du Dr [N.] (radiologie) : IRM genou
Rapport médical du 07/08/2019 du Dr [I.] (orthopédie)
Rapport médical du 19/10/2019 du Dr [T.] (urgences) avec biologie
Certificat médical du 05/11/2019 du Dr [H.] (psychiatrie)
Certificat médical du 06/11/2019 du Dr [T.] (gastro-entérologie)
Certificat médical du 07/11/2019 du Dr [O.] (généraliste)
Facture entre avocats du 18/12/2019 »*

La partie requérante ne conteste nullement la liste ainsi dressée des documents médicaux qu'elle avait produits dans le cadre de sa demande du 18 décembre 2019.

3.5.1. Le médecin conseil de la partie défenderesse a entendu ensuite distinguer les éléments relevés dans les documents médicaux produits par la partie requérante à l'appui de sa demande, séparant ceux

qui, à son estime, révèlent que « l'état de santé de l'intéressé est inchangé » et ceux « qui n'étaient pas invoqués antérieurement ».

3.5.2. Il précise au sujet des éléments qui révèlent que « l'état de santé de l'intéressé est inchangé » :

« Il ressort de ces documents médicaux que l'état de santé de l'intéressé et le traitement inhérent sont inchangés par rapport aux documents médicaux joints à la demande 9ter du 16/05/2017 en ce qui concerne les affections suivantes :

Trouble dépressif avec idées suicidaires, traités par antidépresseurs + antipsychotiques + anxiolytiques/benzodiazépines

Hépatite B chronique avec fatigue chronique, sans traitement, et antécédent d'hépatite C
Cervicalgies sur discopathie cervicale, traitées par des antalgiques Duodénite et RGO, traités par IPP

Maladie coeliaque, traitée par un régime (avec manque de compliance)

Corps flottant physiologique du vitré, sans traitement

Statut post fracture du plancher orbitaire avec ostéosynthèse

Antécédent de tendinite

Mention d'épilepsie, non confirmée par des éléments cliniques et paracliniques (examen probant) et sans traitement

En ce qui concerne ces affections déjà reprises dans la demande 9ter précédente, l'état de santé de l'intéressé est inchangé et les traitements indiqués sont équivalents à ceux indiqués dans la demande 9ter précédente. »

3.5.3. Il précise au sujet des éléments « qui n'étaient pas invoqués antérieurement » :

« Par contre, les documents médicaux présentés par l'intéressé contiennent également des éléments qui n'étaient pas invoqués antérieurement, à savoir :

Notion de bradycardie / cardiopathie : aucune affection cardiaque précise confirmée et étayée par un rapport médical d'un spécialiste ou par un examen probant, pas de traitement. Aucun élément dans ce dossier pour étayer la réalité d'une affection cardiaque représentant le moindre risque pour la vie ou l'intégrité physique.

Le psychiatre ajoute des troubles anxieux de type PTSD avec éléments psychotiques rapportés, en complément des troubles dépressifs. Cet élément n'a pas d'influence sur le traitement et le suivi nécessaires qui sont ceux déjà mentionnés dans la demande 9ter précédente.

Douleur du genou en août 2019, sans lésion sévère à l'IRM et qui a été traitée par 3 infiltrations en août 2019 suivie de kiné. Ce n'est pas une affection grave au sens de l'article 9ter.

Ces nouvelles affections évoquées ne constituent pas un risque, ni pour la vie ni pour l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en l'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine. »

3.5.4. La partie requérante ne fait aucune distinction dans ses arguments entre ces deux catégories de pathologies. Elle ne tient en réalité nullement compte dans sa requête de la nature spécifique de la décision à savoir une décision d'irrecevabilité pour deux raisons totalement distinctes.

3.5.5. Cela étant, force est de constater que la partie requérante ne conteste pas concrètement le fait que les maladies listées par le médecin conseil de la partie défenderesse en page 1 de son avis du 30 avril 2020 (cf. point 3.5.2. ci-dessus) avaient déjà été invoquées dans sa demande antérieure du 16 mai 2017 et que le traitement y afférent n'a entre-temps pas été modifié.

Elle ne conteste pas davantage concrètement le fait que les « nouvelles affections évoquées » (listées par le médecin conseil de la partie défenderesse en page 2 de son avis du 30 avril 2020 - cf. point 3.5.3. ci-dessus) « ne constituent pas un risque, ni pour la vie ni pour l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en l'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine. »

Le Conseil ne peut donc qu'en conclure que la partie requérante acquiesce aux constatations opérées dans son avis par le médecin conseil de la partie défenderesse.

3.6. La partie requérante ne contestant pas adéquatement l'affirmation du médecin conseil de la partie défenderesse selon laquelle les « *nouvelles affections évoquées ne constituent pas un risque, ni pour la vie ni pour l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en l'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine* », ce qui correspond au prescrit de l'article 3 de la CEDH, elle admet de ce fait que les nouvelles affections évoquées ne peuvent entraîner une violation de cette disposition.

Il convient par ailleurs d'observer que le risque de violation de l'article 3 de la CEDH a pu être examiné dans le cadre de l'examen des demandes antérieures d'autorisation de séjour médicales de la partie requérante, s'agissant des pathologies et traitements associés que le médecin conseil renseigne comme ayant déjà été invoqués antérieurement (voir ainsi la décision du 30 septembre 2013 déclarant non fondée la demande du 8 décembre 2011).

Les griefs de la partie requérante relatifs à une violation de l'article 3 de la CEDH sont donc sans fondement, ainsi que l'invocation de jurisprudence dans ce cadre.

3.7. Le fait allégué par la partie requérante que « *les médecins qui suivent et examinent Monsieur [A.] sont unamines (sic) pour déclarer qu'un arrêt des traitements en cours signifierait automatiquement une aggravation des pathologies voire le suicide et donc la mort* » (requête p.5.), n'empêche nullement, contrairement à ce que soutient la partie requérante, le médecin conseil de la partie défenderesse de constater que « *l'état de santé de Monsieur demeure inchangé* » (requête p.6.), si la situation était déjà telle lors de la demande précédente. Or, la partie requérante ne prétend pas qu'il s'agirait d'un élément nouveau depuis sa demande précédente.

Il ne peut être réservé suite à l'affirmation de la partie requérante selon laquelle « *Le médecin de l'Office déclare de manière péremptoire que l'état de santé de Monsieur demeure inchangé faisant fi des rapports de médecins spécialistes qui suivent Monsieur et qui sont nettement plus alarmistes* » (requête p. 6). En effet, le médecin conseil de la partie défenderesse ne soutient pas que l'état de santé de la partie requérante est en tous points inchangé (il évoque aussi des pathologies nouvelles). Par ailleurs, la partie requérante ne précise nullement que, s'agissant des pathologies déjà évoquées dans sa demande antérieure, les rapports médicaux qu'elle a produits dans le cadre de sa demande établiraient un changement de sa situation médicale. Il convient enfin de remarquer que la partie requérante ne détaille pas concrètement sur quels points ses médecins seraient « *plus alarmistes* » que le médecin conseil de la partie défenderesse.

La partie requérante semble perdre de vue que la première décision attaquée intervient en réponse à une demande ayant été précédée d'autres demandes d'autorisation de séjour pour raisons médicales formulées par elle et décisions administratives et juridictionnelles subséquentes, à savoir :

- sa demande du 8 décembre 2011, ayant donné lieu à une décision la déclarant non fondée (après examen de la disponibilité et de l'accessibilité, dans le pays d'origine de la partie requérante, des soins et traitement requis par les pathologies évoquées à l'époque) le 30 septembre 2013, ayant fait l'objet d'un recours devant le Conseil de céans rejeté par un arrêt n° 202 838 du 24 avril 2018.
- sa demande du 16 mai 2017, ayant donné lieu à une décision d'irrecevabilité sur pied de l'article 9ter §3 - 4^e et 5^e de la loi du 15 décembre 1980 (comme en l'espèce) ayant fait l'objet d'un recours devant le Conseil de céans rejeté par un arrêt n° 211 068 du 17 octobre 2018.

3.8.1. En citant, en page 11 de sa requête, des extraits des certificats médicaux qu'elle a produits dans le cadre de sa demande, la partie requérante procède à une répétition de certains des éléments de sa demande mais ne critique nullement les constats opérés par le médecin conseil de la partie défenderesse en réponse à celle-ci. La partie requérante, ce faisant, prend le contre-pied de la première décision attaquée et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse (ce que le Conseil ne peut faire dans le cadre du contentieux de l'annulation comme en l'espèce) et ne démontre nullement une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière.

3.8.2. Surabondamment, au terme d'une lecture bienveillante de la requête, il convient de relever que ces extraits apparaissent tous afférents à des pathologies (et traitements associés) qui sont classées par le médecin conseil de la partie défenderesse comme ayant déjà été invoqués antérieurement.

Ainsi :

- en relevant que « *le Docteur [O.O.], du Centre Médical [...], indique dans son rapport du 7 novembre 2019 que « Monsieur [A. A.] est suivi depuis de nombreuses années au centre médical pour de multiples affections médicales notamment dépression majeure accompagnée d'idée suicidaire. Le sujet souffre également d'hépatite B ... », que « Le Docteur [O.O.], précise encore au niveau des besoins spécifiques en matière de suivi médical « suivi psychologique très approfondi ». (pièce 2+ annexes = 5 pages) » et que « A défaut de traitement, le Docteur [O.O.], prédit qu'un arrêt du traitement provoquerait une aggravation de ces symptômes physiques », la partie requérante évoque manifestement des pathologies et traitements y afférents qui sont classées par le médecin conseil de la partie défenderesse comme ayant déjà été invoqués antérieurement.*

- la mention du fait que « *Dans son rapport du 5 novembre 2019, le Docteur [X.H.] fait le même constat et souligne la nécessité d'un traitement psychotrope adapté, d'un suivi mensuel ad minima ainsi que d'une prise en charge adéquate sur le plan physique, (annexes à la pièce 2)* » semble en effet afférent de toute évidence également au « *Trouble dépressif avec idées suicidaires, traités par antidépresseurs + antipsychotiques + anxiolytiques/benzodiazépines* » renseigné par le médecin conseil de la partie défenderesse comme ayant déjà été invoqué antérieurement. Certes, le médecin conseil de la partie défenderesse relève par ailleurs comme élément nouveau, que ce même certificat du Docteur H., psychiatre, fait état de « *troubles anxieux de type PTSD avec éléments psychotiques rapportés, en complément des troubles dépressifs.* » mais relève que « *Cet élément n'a pas d'influence sur le traitement et le suivi nécessaires qui sont ceux déjà mentionnés dans la demande 9ter précédente* », ce que la partie requérante ne conteste à aucun moment dans sa requête.

- le rapport du 6 novembre 2019 du Docteur F.M. T. cité par la partie requérante (« *[...] dans son rapport 6 novembre 2019, le Docteur [F.M. T.] indique également que Monsieur [A. A.] présente une dépression profonde ainsi qu'une série d'affections décrites supra, [...]. A défaut d'un traitement adéquat, le Docteur [F.M. T.] mentionne que le patient risque la cécité, une crise d'épilepsie avec des séquelles neurologiques pouvant mener le sujet dans le coma, ou un passage à l'acte en s'ôtant la vie (suicide)* ») ne fait état d'aucune des pathologies renseignées comme étant une de celles « *qui n'étaient pas invoqués antérieurement* » dans l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse.

Dès lors, en citant ces extraits, il ne peut qu'être supposé par le Conseil, à défaut pour la partie requérante d'être plus précise, qu'elle entend viser l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse en ce qu'il porte sur le fait que des éléments invoqués à l'appui de cette demande d'autorisation de séjour ont déjà été invoqués dans le cadre d'une demande précédente d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 (article 9ter, § 3, 5° de la loi du 15 décembre 1980), c'est-à-dire en l'espèce sur la première partie de la première décision attaquée et non en ce que cet avis contient une analyse des nouvelles pathologies qu'elle a invoquées. La partie défenderesse opère d'ailleurs la même analyse en page 9 de sa note d'observations.

La partie de la requête contenant les extraits précités, outre le fait que n'y est pas opérée une critique concrète de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse ou de la première décision attaquée et que la partie requérante tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, comme relevé ci-dessus, s'avère dès lors sans pertinence. La seule question est en effet à ce stade et sur ce point, non pas celle de savoir si les pathologies de la partie requérante sont graves et les risques en cas d'arrêt de ses traitements importants, seule question que la partie requérante aborde dans cet aspect de son recours, mais celle de savoir si c'est à juste titre que le médecin conseil de la partie défenderesse a considéré que « *l'état de santé de l'intéressé et le traitement inhérent sont inchangés par rapport aux documents médicaux joints à la demande 9ter du 16/05/2017 en ce qui concerne les affections suivantes* » (que le médecin conseil liste en page 1 de son avis), question que la partie requérante n'aborde pas, clairement en tout cas, dans sa requête.

3.9. La partie requérante argue que « *La partie adverse, à dessein, ne prend en considération qu'une partie des éléments, soit ceux qui la confortent dans sa thèse, en omettant de prendre l'ensemble des éléments portés à sa connaissance, violent par là le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause.* » (requête p.

10) mais ne précise nullement quels éléments concrets portés à sa connaissance la partie défenderesse n'aurait pas pris en considération. Certes, plus loin dans sa requête (p. 11), la partie requérante argue que la partie défenderesse « *ne prend pas en considération tous les éléments liés à Monsieur [A.] dès lors que le médecin en charge du patient insiste sur la nécessité d'un traitement médicamenteux au long cours et une surveillance clinique spécialisée* » mais force est de constater qu'elle ne démontre nullement en quoi concrètement, compte tenu de la nature de la première décision attaquée, précisée ci-dessus, la partie défenderesse n'aurait pas tenu compte de « *la nécessité d'un traitement médicamenteux au long cours et [d'] une surveillance clinique spécialisée* » et ce d'autant plus que la partie requérante ne précise pas si sa critique est afférente à une maladie déjà évoquée par elle dans sa demande antérieure ou à une nouvelle affection évoquée pour la première fois dans sa demande ici en cause (ou les deux). Au vu de son imprécision, il ne peut être réservé suite à une telle argumentation.

3.10. S'agissant du grief fait au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné les possibilités de traitement et leur accessibilité dans le pays d'origine de la partie requérante, force est de constater que, le médecin conseil ayant conclu, pour les raisons susmentionnées, non valablement contestées par la partie requérante, que la demande était irrecevable, il n'avait, par voie de conséquence, pas à s'interroger sur la disponibilité et l'accessibilité des soins au pays d'origine et son avis et/ou la décision attaquée ne devai(en)t pas être motivé(s) sur ce point.

Le Conseil rappelle que la première décision attaquée doit être lue non pas de manière isolée mais bien dans le contexte des différentes demandes d'autorisation de séjour pour raisons médicales formulées par la partie requérante et décisions administratives et juridictionnelles subséquentes, à savoir :

- sa demande du 8 décembre 2011, ayant donné lieu à une décision la déclarant non fondée (après examen de la disponibilité et de l'accessibilité, dans le pays d'origine de la partie requérante, des soins et traitement requis par les pathologies évoquées à l'époque) le 30 septembre 2013, ayant fait l'objet d'un recours devant le Conseil de céans rejeté par un arrêt n° 202 838 du 24 avril 2018.
- sa demande du 16 mai 2017, ayant donné lieu à une décision d'irrecevabilité sur pied de l'article 9ter §3 - 4° et 5° de la loi du 15 décembre 1980 (comme en l'espèce) ayant fait l'objet d'un recours devant le Conseil de céans rejeté par un arrêt n° 211 068 du 17 octobre 2018.

3.11. Le Conseil souligne par ailleurs que le médecin conseil donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de sa demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin conseil d'examiner le demandeur, de consulter son médecin traitant ou de demander l'avis complémentaire d'experts. Le Conseil rappelle que l'article 9ter §1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 précise que « *Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts.* » (le Conseil souligne). Il n'y avait donc pas d'obligation pour le médecin conseil de la partie défenderesse, qui ne conteste pas l'existence des pathologies décrites dans les certificats médicaux produits par la partie requérante, même si pour certaines il les met en perspective, d'examiner la partie requérante, de prendre contact avec le(s) médecin(s) traitant(s) de la partie requérante et/ou de consulter un médecin spécialiste.

Par ailleurs, le Conseil constate que la partie requérante ne démontre pas en quoi le Code de déontologie constituerait un moyen de droit pertinent applicable en l'espèce. En effet, les dispositions du Code de déontologie ne constituent pas des normes légales susceptibles de fonder un moyen de droit devant lui, aucun arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres n'ayant donné force obligatoire au Code de déontologie et aux adaptations élaborées par le conseil national de l'Ordre des médecins conformément à l'article 15 de l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins. C'est donc en vain que la partie requérante invoque dans son moyen une violation de l'article 124 du Code de déontologie, les éventuels manquements au Code de déontologie étant uniquement sanctionnés par les autorités ordinaires dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

3.12. S'agissant du droit à être entendu, en ce que le moyen est pris de la violation de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, le Conseil observe que la Cour de Justice de l'Union européenne a indiqué, dans un arrêt C-166/13, rendu le 5 novembre 2014, qu'« *il résulte clairement du libellé de l'article 41 de la Charte que celui-ci s'adresse non pas aux États membres, mais uniquement aux institutions, aux organes et aux organismes de l'Union [...]* » (§ 44). Partant, le demandeur d'un titre de séjour ne saurait tirer de l'article 41, paragraphe 2, sous a), de la Charte un droit

d'être entendu dans toute procédure relative à sa demande » (§ 44). Dès lors, le moyen manque en droit en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition.

Si la Cour estime qu' « Un tel droit fait en revanche partie intégrante du respect des droits de la défense, principe général du droit de l'Union. Le droit d'être entendu 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 » (§§ 45 et 46), elle précise toutefois que « L'obligation de respecter les droits de la défense des destinataires de décisions qui affectent de manière sensible leurs intérêts pèse ainsi en principe sur les administrations des États membres lorsqu'elles prennent des mesures entrant dans le champ d'application du droit de l'Union » (§ 50).

En l'occurrence, s'agissant de la réponse à une demande de la partie requérante, qui pouvait joindre à celle-ci tout document jugé utile et qui pouvait à tout moment compléter sa demande, le médecin conseil de la partie défenderesse (ou celle-ci) ne devait pas interpeller la partie requérante avant de rendre son avis (ou de prendre sa décision), avis qui a été rendu sur base d'éléments dont la partie requérante ne peut nier avoir connaissance dès lors qu'elle les a déposés elle-même. Les griefs de la partie requérante relatifs à son droit d'être entendu sont donc sans pertinence.

3.13. S'agissant de l'**ordre de quitter le territoire** notifié à la partie requérante en même temps que la décision relative à sa demande d'autorisation de séjour, il s'impose de constater que cet ordre de quitter le territoire ne fait l'objet en lui-même d'aucune critique spécifique par la partie requérante. Partant, dès lors qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard de la première décision attaquée et que la motivation du second acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

4. Débats succincts

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

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

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

Article unique.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-huit mai deux mille vingt-et-un par :

M. G. PINTIAUX, président f.f., juge au contentieux des étrangers,
M. A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, Le président,

A.D. NYEMECK G. PINTIAUX