

Arrêt

n° 273 152 du 24 mai 2022
dans l'affaire X / VII

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître A. DRIESMANS
Place Georges Ista 28
4030 LIÈGE**

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 9 décembre 2021, par X, qui déclare être de nationalité azerbaïdjanaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de refus de prolongation de son autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 20 octobre 2021 et notifiés le 9 novembre 2021.

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 ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 8 mars 2022 convoquant les parties à l'audience du 26 avril 2022.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. DRIESMANS, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique en septembre 2013.

1.2. Elle a ensuite introduit deux demandes de protection internationale et deux demandes d'autorisation de séjour fondées sur l'article 9 *ter* de la Loi, dont aucune n'a eu une issue positive.

1.3. Le 31 janvier 2020, elle a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée fondée le 11 juin 2020. Elle a alors été mise en possession d'un certificat d'inscription aux registres des étrangers valable du 3 décembre 2020 au 9 novembre 2021.

1.4. Par un courrier daté du 4 octobre 2021, elle a introduit une demande de prolongation de son autorisation de séjour médical.

1.5. Le 20 octobre 2021, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.6. A la même date, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision rejetant la demande visée au point 1.4. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

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

Le médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, l'Azerbaïdjan.

Dans son avis médical rendu le 20.10.2021 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'équilibre thérapeutique difficile qui avait donné lieu [à] une autorisation de séjour n'est plus d'actualité car le traitement entrepris depuis un an donne un équilibre qualifié d'excellent par le médecin spécialiste. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles à la requérante.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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 elle séjourne.

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

1.7. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée 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 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter, datée du 12.10.2021, a été refusée en date du 20.10.2021 ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « la violation :

- Des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs qui imposent à l'autorité de motiver en fait et en droit sa décision, de manière précise et adéquate, en prenant

en considération tous les éléments compte tenu au dossier administratif et sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation ;

- De l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ;
- Des articles 7, 8, 9ter, 13§3, 62 et 74/13 de la [Loi];
- Du principe de proportionnalité ;
- Du devoir de minutie ;
- De l'article 9 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la [Loi] ;
- Du droit d'être entendu en tant que principe général du droit de l'Union européenne et du droit belge et également consacré dans l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ;
- Du devoir de motivation formelle ;
- Du principe de précaution ;
- Des principes généraux du contradictoire et de l'égalité des armes ».

2.2. A titre liminaire, quant à la « prise en compte des éléments postérieurs à la prise de l'acte attaqué », elle expose que « Comme cela sera évoqué ci-après, la requérante dépose quelques éléments qui ont été dressés postérieurement à l'adoption des actes attaqués. La situation médicale et l'équilibre diabétique sont tellement fragiles qu'un suivi régulier, [récurrent] et particulier est nécessaire, ce qui justifie donc l'établissement de nouveaux rapports successifs traduisant donc le caractère fragile et instable de l'état de santé de Madame [N.]. Ces éléments interviennent à la fois au titre de prise en compte du risque de préjudice grave difficilement réparable mais également dans le cadre de l'examen rigoureux et ex nunc imposé par les jurisprudences des deux cours européennes, jurisprudence suivie par Votre Conseil, dans l'affaire Yoh[-]Ekale Mwanje contre Belgique (arrêt du 20 décembre 2011), la Cour européenne des Droits de l'Homme rappelle le caractère fondamental de l'article 3 de la CEDH et la nécessité de procéder à un examen effectif du grief tiré du risque d'être exposé à des traitements inhumains et dégradants. La Cour souligne que « compte tenu de l'importance qu'elle attache à l'article 3 et de la nature irréversible du dommage susceptible d'être causé en cas de réalisation du risque de torture ou de mauvais traitements, l'effectivité d'un recours au sens de l'article 13 exigeait un examen indépendant et rigoureux de tout grief aux termes duquel il existe des motifs de croire à un risque de traitements contraires à l'article 3 et implique, sous réserve d'une certaine marge d'appréciation des Etats, que l'organe compétent puisse examiner le contenu du grief et offrir un redressement approprié ». La Cour poursuit aux § 106 et 107 en soulignant à quel point l'examen médical n'avait pas été satisfaisant compte tenu de l'absence d'une information correcte, information parcellaire que le juge n'a pas pu pallier puisqu'il s'était placé à la date à laquelle la décision avait été prise. La Cour avait conclu que les autorités belges avaient « tout simplement fait l'économie d'un examen attentif et rigoureux de la situation individuelle de la requérante ». La Cour de justice va dans le même sens dans *Abdida* s'appuyant sur la directive retour. Votre Conseil (arrêt n°173.764 du 31 août 2016) a également jugé que « dans le cadre de l'examen d'une demande de suspension, il doit procéder à un examen attentif et rigoureux de tous les éléments de preuve portés à sa connaissance, en particulier ceux qui sont de nature à indiquer qu'il existe des motifs de croire que l'exécution de la décision attaquée exposerait le requérant au risque d'être soumis à la violation des droits fondamentaux de l'homme auxquels aucune dérogation n'est possible en vertu de l'article 15, alinéa 2, de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, qui fait l'objet d'un contrôle attentif et rigoureux » (article 39/82, §4, alinéa 4, de la [Loi] modifié par la loi du 10 avril 2014). Le Conseil fait appel aux travaux préparatoires qui l'autorisent à « de plein droit (...) prendre en compte un nouvel élément de preuve invoqué par la partie requérante lorsqu'il s'agit d'un grief défendable, basé de la violation des droits fondamentaux de l'homme » (projet de loi modifiant la [Loi] et modifiant les lois coordonnées du 12 janvier 1973 sur le Conseil d'Etat, l'exposé des motifs, doc. Pari., Ch. Repr., Sess. Ord. 2013-2014, n°3445/001, page 11). Certes, la Cour constitutionnelle a prononcé un arrêt n° 186/2019 le 20.11.2019 qui reconnaît que la procédure 9ter n'est pas effective au sens de l'article 13 de la CEDH dans la mesure où un tel recours ne permet pas au CCE d'effectuer un contrôle « attentif », complet et rigoureux de la situation mais valide la procédure. Ainsi que l'indique Maître [C.V.] : « Or, ce faisant, la Cour méconnaît l'enseignement de la grande chambre de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *Paposhvili c. Belgique* du 13 décembre 2016 (req. 41738/10) qui : • oblige pourtant clairement l'État à examiner le risque de violation de l'interdiction des traitements inhumains et dégradants et du droit au respect de la vie privée et familiale, • dans toute « décision d'éloignement » indépendamment de la phase d'exécution d'une telle décision. Une « décision d'éloignement » ne se confond pas avec l'« éloignement » proprement dit ou l'exécution de l'éloignement. La décision d'éloignement est « la décision constatant l'illégalité du séjour d'un étranger et imposant une obligation de retour » (par exemple, un ordre de quitter le territoire). L'éloignement est « l'exécution de la décision d'éloignement, à savoir le transfert physique hors du territoire » (article 1, 6° et 7° de la [Loi]) » ((voir <https://www.altea.be/fr/news/la-procedure-9ter-autorisation-de-sejour-pour-raisons-medicales-n-est-pas-effective.html>) - pièce 68. Ces nouveaux éléments sont un rapport du Docteur [T.] dressé le 22.11.2021 (voir pièce 61) suite à la

consultation médicale du 08.11.2021, un rapport du Docteur [M.] du 30.11.2021 (voir pièce 62) ainsi qu'un courriel du Docteur [T.] du 26.11.2021 (voir pièce 63) ».

2.3. Dans une première branche, après avoir reproduit des extraits de la motivation du premier acte attaqué et l'article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la Loi ainsi que rappelé en substance la portée de l'obligation de motivation formelle qui incombe à la partie défenderesse, des devoirs de minutie et de prudence et du contrôle de légalité qui appartient au Conseil, elle développe que « Dans son avis, le médecin-conseil de la partie adverse, qui est un médecin généraliste (voir pièce 69) qui n'a pas pris la peine de consulter directement le Docteur [T.], médecin spécialiste en endocrinologie et diabétologie qui suit la requérante depuis 2013, rappelle que l'équilibre difficile du diabète ayant donné lieu à un changement de traitement avait justifié l'autorisation de séjour l'année dernière. Le médecin-conseil liste ensuite les différents rapports médicaux qui ont été transmis par la requérante dans le cadre de la demande de prolongation et épingle les rapports médicaux où il est indiqué que l'équilibre du diabète est « actuellement excellent », soit le rapport du Dr [T.] du 08.01.2020, 21.01.2021. Sur base de ces deux rapports, il en conclut que le déséquilibre du diabète ayant justifié l'autorisation de séjour n'est plus d'actualité. Il considère dès lors que ce changement de circonstances présente un caractère suffisamment radical et non temporaire (voir art. 9 de l'arrêté royal du 17.05.2007). [...] La requérante conteste cette appréciation du médecin-conseil qui ne prend pas en considération certains éléments qui ont pourtant été communiqués à la partie adverse dans le cadre de la demande de renouvellement. Le médecin-conseil effectue une lecture partielle et systématiquement défavorable à la requérante des rapports médicaux. En effet, si certes, il est permis de constater, actuellement, une évolution favorable grâce au suivi spécialisé et régulier actuellement mis en place en Belgique, il est évident que le prétendu changement, utilisé par la partie adverse pour conclure que l'équilibre est excellent et qui justifie l'absence de prolongation du titre de séjour, n'a pas un caractère suffisamment radical et non temporaire comme prescrit par l'article 9 de l'arrêté royal du 17.05.2007. [...] Il y a lieu d'épingler certains éléments et de rappeler l'historique médical de la requérante dont l'équilibre diabétique est très fragile, ce qui avait, d'ailleurs, justifié l'autorisation de séjour. Pour rappel, peu après son arrivée, la requérante a été hospitalisée dans le service de diabétologie - endocrinologie du 30.09.2013 au 08.10.2013 suite à une prise en charge en unité de soins intensifs au CHR de la Citadelle où elle était prise en charge pour une acidocétose diabétique sur arrêt de ses antidiabétiques oraux. Elle souffre d'un diabète de type 2 difficile à équilibrer. À l'admission, l'hémoglobine glycosylée est mesurée à 12,3 %. Au niveau de l'équilibration des glycémies, un traitement par insuline de type Novomix 30 en schéma de 2 injections est rapidement instauré en association avec le Glucophage, ce qui a permis de bons contrôles glycémiques. Est également mis en évidence une gastrite chronique plutôt atrophique et une biopsie est réalisée. Un traitement par IPP 40 mg a rapidement été instauré. Au niveau biologique, la requérante présentait une dyslipidémie avec un LDL cholestérol majoré à 138 mg/dl. Un traitement par statines est maintenu. Le médecin relève également la persistance d'un QT limite long malgré la correction des troubles ioniques, de sorte qu'il convient d'éviter tout traitement pouvant allonger le QT comme les antidépresseurs tricycliques. Depuis ce moment, la requérante est suivie de manière récurrente par le Docteur [T.], spécialiste en endocrinologie et diabétologie environ tous les 4 à 6 mois afin de l'aider à équilibrer son diabète. La requérante dépose de nombreux documents médicaux afin d'étayer la pathologie grave dont elle souffre (voir pièces 8 à 63). Il ressort de l'ensemble des rapports déposés que l'équilibre du diabète est très difficile à trouver et nécessite un suivi régulier et constant. Elle est également suivie par le Docteur [F.L.], médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique. Elle doit encore être suivie par le service neurologie du CHR de la Citadelle pour traitement, suivi et prise en charge de céphalées importantes. Le 29.04.2015, le Docteur [T.] constate que l'équilibre du diabète est toujours insuffisant (voir pièce 25). Le 08.03.2016, le Docteur [T.] réitère ses constats (voir pièce 32). Le 02.06.2017, le Docteur [T.] constate que l'équilibre du diabète s'est de nouveau détérioré (voir pièce 36). Le 22.09.2017, le Docteur [M.] atteste que le diabète n'est toujours pas équilibré (voir pièce 37). Du 16.04.2018 au 20.04.2018, la requérante a été hospitalisée pour assurer la prise en charge d'un déséquilibre de diabète de type 2 (voir pièce 43). L'état de santé de la requérante s'est encore dégradé dans le courant de l'année 2019, raison pour laquelle elle a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour. Elle appuyait cette demande par un certificat médical rédigé par le Dr [M.] le 29.11.2019, selon lequel Madame [N.] souffre d'un diabète insulino-requérant difficile à équilibrer. Il s'agit d'un diabète de type 2, qui nécessite un suivi régulier, en ce compris par les soins d'une infirmière à domicile. En termes d'antécédents médicaux, le certificat médical fait état : - Hypertension artérielle ; - Kyste mammaire ; - Malaises hypo et hyper glycémiques ; - Nodule thyroïdien. Il est encore fait état du fait que le diabète est difficile à équilibrer, pour lequel elle a d'ailleurs été hospitalisée à plusieurs reprises. S'agissant d[u] diabète, le traitement devra se poursuivre à vie. La demande d'autorisation de séjour introduite sur pied de l'article 9ter mentionne également que l'état de santé présente un risque en cas de voyage dans la mesure où la requérante est victime de crises d'hypo ou d'hyperglycémie, ce qui peut conduire à des pertes de

connaissance ou des crises nécessitant l'intervention rapide d'un tiers, ce qui met à mal la capacité de la requérante à voyager. À cet égard, la partie adverse, ayant autorisé la requérante au séjour, a donc consenti au motifs et explications de la demande d'autorisation de séjour et a donc reconnu que la requérante n'était pas apte à voyager et s'opposait donc à un retour au pays d'origine. Le 03.06.2020, l'Office des étrangers reconnaît la gravité de la pathologie de la requérante et conclut ce qui suit : « Le certificat et les autres documents médicaux fournis permettent d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne momentanément un risque réel pour sa vie et son intégrité physique de telle sorte que d'un point de vue médical un retour dans le pays d'origine ou de provenance est momentanément (pour un an) contre indiqué. En effet le diabète est difficile à équilibrer et le changement d'insuline ayant mené à une stabilisation est récent. Un recul d'un an est nécessaire pour évaluer la situation en vue d'un retour dans le pays d'origine » (voir pièce 4). Lors de la consultation du 17.05.2021, le Docteur [T.] constate que l'équilibre du diabète se détériore encore (voir pièce 57). La partie adverse, alors qu'elle en avait connaissance de ce rapport, se contente de le lister mais n'évoque pas son contenu et ne mentionne même pas la détérioration de l'équilibre, se contentant de pointer le peu de rapports où l'on peut voir que l'équilibre du diabète est « actuellement excellent ». Le terme « actuellement excellent » utilisé par le Dr [T.] montre bien qu'il ne s'agit pas d'un changement radical et non-temporaire. Ce rapport du 17.05.2021 évoque pourtant une détérioration de l'équilibre du diabète de la requérante et préconise « (...) de maintenir le schéma thérapeutique actuel inchangé mais d'essayer de réaliser des correctifs insuliniques de Novorapid plus systématiquement au lever en cas d'hyperglycémie (phénomène de l'aube[])] » [...]. Contrairement à ce qu'indique donc la partie adverse, nul ne permet de constater que le changement dont elle se prévaut pour retirer le séjour présente un caractère suffisamment radical et non temporaire tel que prescrit par l'article 9 de l'arrêté royal du 17.05.2007. [...] Dans le rapport du Docteur [M.] du 15.09.2021 (communiqué à la partie adverse), médecin généraliste qui suit mensuellement la requérante depuis de nombreuses années, il est fait état que la requérante « souffre d'un diabète insulino-requérant dont l'équilibration est difficile. Elle est suivie régulièrement par le Docteur [T.] (...) » (voir pièce 59). Le Docteur [M.] indique également que la durée du traitement est prévue à vie, « (...) la patiente nécessite à vie son traitement par insuline, elle a également besoin d'un suivi médical régulier pour l'adaptation de son traitement ». Le Docteur [M.] poursuit et explique qu'en cas d'arrêt du traitement « (...) ou un moindre suivi médical pourrait à nouveau entraîner une acidocétose, un coma puis la mort de la patiente » précisant également que « le diabète insulino-requérant est une pathologie chronique qui ne peut pas s'améliorer et encore moins se guérir » (voir pièce 59). Si certes, « actuellement » et au moment de la demande de renouvellement, la situation diabétique est meilleure, il s'agit d'une situation temporaire et actuelle. Les rapports sur lesquels se base la partie adverse indiquent d'ailleurs systématiquement que la situation est « actuellement » excellente, ce qui signifie que l'équilibre diabétique est toujours aussi fragile qu'au moment [de] l'inscription au registre des étrangers. Il ne ressort pas des rapports du médecin spécialiste que le changement est radical et non temporaire, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation. [...] À l'instar du Dr [T.], le Docteur [M.] est loin d'affirmer, contrairement au médecin-conseil de la partie adverse, que l'équilibre est excellent et que cet équilibre présente un caractère suffisamment radical et non-temporaire. Dans une seconde attestation du 15.09.2021, le Docteur [M.] atteste que « Malheureusement l'équilibration de son diabète est complexe et nécessite un suivi régulier des infirmières notamment. Elle alterne des hypoglycémie avec chutes et des hyperglycémie. Récemment, elle a pu bénéficier d'un lecteur de glycémie sans piqûre. Outre le diabète, elle est aussi traitée pour des pour des hypothyroïdie, hypercholestérolémie, du reflux gastro-œsophagien, migraine. Non seulement elle risquerait sa vie si elle retourne dans son pays mais aussi elle ne pourrait pas bénéficier du suivi nécessaire ce qui la mettrait également en danger » (voir pièce 60). Le médecin-conseil de la partie adverse, qui est médecin généraliste et donc dépourvu d'une quelconque spécialisation en endocrinologie et diabétologie, aurait dû prendre la peine de contacter les médecins traitants de la requérante pour s'enquérir des risques, pourtant connu du médecin-conseil, de rechute de la requérante au lieu de conclure hâtivement que son état médical ne justifiait plus une prolongation de séjour (voy. not. en ce sens, CCE, arrêt n° 173.764 du 31.08.2016). [...] Outre ce rapport du 17.05.2021 qui montre une détérioration de l'équilibre, la requérante dépose un rapport récent dressé par le Docteur [T.] qui atteste qu'actuellement, « L'équilibre du diabète de Madame [N.] est actuellement insuffisant » et qui nécessite une nouvelle adaptation du traitement (voir pièce 61). Le Docteur [T.], dans son rapport du 22.11.2021 (établi suite à une consultation du 8 novembre 2021), indique ce qui suit : « Je conseille de majorer la Toujeo à 10U le matin. Le schéma correcteur au moment des repas a également été majoré d'1U le matin et d'1 U au souper. Elle doit essayer de réaliser les injections d'insuline rapide systématiquement avant le repas. J'ai conseillé un contrôle au fond de l'œil en février 2022, avant un prochain rendez-vous en consultation de Diabétologie. Je rappelle que, dans le cadre d'un diabète comme celui de Madame [N.], un suivi en Endocrinologie tous les 4 mois est souhaitable pour maintenir une bonne équilibration au long cours » (voir pièce 61). Ce rapport, établi postérieurement à la prise des actes attaqués, a été envoyé à la partie adverse par le conseil de la

requérante mais aucune suite n'a été réservée à ce courrier. Cette nouvelle « rechute » et déséquilibre thérapeutique qui a justifié, à l'époque, l'autorisation de séjour semble donc toujours d'actualité contrairement à ce que prétend le médecin généraliste de l'Office des étrangers qui n'a, comme exposé, entrepris qu'une lecture partielle des rapports médicaux qui est systématiquement défavorable au maintien de l'autorisation de séjour. Le caractère suffisamment radical et non temporaire du prétendu changement n'est donc pas établi comme le prescrit l'article 9 de l'arrêté royal du 17.05.2007, de sorte que cette disposition, de même que l'article 9ter de la [Loi], ainsi que le devoir de motivation et de minutie ont été violés en l'espèce. [...] Afin d'étayer la situation de santé actuelle, la requérante dépose un rapport très récent dressé par le Docteur [M.] qui fait état de la situation médicale actuelle (voir pièce 59). Elle explique, à nouveau, que le diabète est particulièrement difficile à équilibrer. La requérante a manifesté, à plusieurs reprises, des hypoglycémies avec chutes. Pour un même schéma, les glycémies peuvent varier énormément. C'est d'ailleurs pour cette raison que le type d'insuline a été modifié récemment. Pour rappel, lors de l'autorisation de séjour, le traitement avait également récemment été changé, ce qui avait donné lieu à l'autorisation de séjour. La requérante a dû être hospitalisée en 2018. Le Docteur [M.] explique encore que la requérante, seule, n'est pas capable d'adapter son schéma et consulte la maison médicale régulièrement à cette fin. Elle poursuit et explique que la requérante a également recours à des services infirmiers (donc, aide de tierce personne) et qu'elle consulte le Docteur [T.] tous les 3 à 4 mois. Une absence de soins adéquats créerait un coma hypo ou hyperglycémique et peut causer le décès de la requérante. Le Docteur [M.] (voir pièce xxx) fait également état des autres problèmes de santé : « hypothyroïdie avec nodule à suivre régulièrement par échographie ; une rhinite allergique ; Hypercholestérolémie ; syndrome du QT long ; des migraines, un Dupuytren ; kyste mammaire qui a dû être ponctionné et doit être suivie annuellement ; métaplasie digestive, un contrôle de la gastroscopie est demandé tous les 3 ans ; gêne oculaire d'origine non encore déterminée ; cervicalgie ; neutropénie, elle a été vue en hématologie, un suivi régulier est nécessaire également, tuméfaction de la joue droite avec un Ct scanner rassurant et avis en dentisterie également, un suivi est également nécessaire » (voir pièce 62). Le traitement actuel est composé des éléments suivants : - Asaflow 80 ; - Glucophage 850 ; - L-Thyroxine 50 et 75 ; - Pantoprazol ; - Novorapid Flexpen ; - Toujeo Solostar ; - Zocor ; - Sumatriptan ; - Lecteur de glycémie sans piqûre. Dans un mail du 26.11.2021, le Docteur [T.] indique que : « J'ai pris connaissance de la décision prise en la défaveur de Madame [N.] et ne comprends pas cette décision. Il s'agit d'une patiente volontaire, régulière dans son suivi, avec un diabète variable, difficile à équilibrer et qui y parvient, vaille que vaille, grâce à une implication importante dans la gestion de celui-ci. D'autre part, elle avance dans l'apprentissage du français grâce à son assiduité à l'école, est bénévole à l'église et est fort appréciée par son entourage et voisinage pour son grand cœur et sa générosité malgré le peu de moyen à sa disposition. Étant son médecin depuis le début de sa maladie, je crains fort pour l'évolution de la santé générale de madame [N.] en cas de retour dans son pays d'origine. Les moyens à disposition ne me semblent pas opportuns pour maintenir une équilibration stable au long cours. Je ne comprends pas pourquoi le fait d'avoir mentionné à un moment dans un rapport que l'équilibration était meilleure grâce à la prise en charge actuelle et intensive de son diabète ait été retenu comme un facteur de bon pronostic pour l'évolution. Bien au contraire, le fait de ne plus avoir accès à ce suivi pourrait donc mettre en péril son équilibre. La déduction (et la décision) a pour moi été un peu trop hâtive » (voir pièce 63). [...] Il est difficile de croire qu'entre le mois d'octobre 2020, date à laquelle la requérante a été mise en possession d'un CIRE et le mois d'octobre 2021, la situation aurait radicalement changé à un point tel que l'autorisation de séjour ne se justifie plus. La partie adverse manque de sérieux et agit en défaut de précaution et commet une erreur d'appréciation. Comme cela ressort du rapport [T.], il y a donc fort à craindre qu'en [c]as de retour dans son [pays] d'origine, la requérante serait exposée à une dégradation manifeste de son état de santé et serait donc exposée à un risque de traitement inhumain et dégradant contraire à l'article 3 de la CEDH. [...] S'agissant des éléments déposés et qui sont postérieurs à la prise de l'acte attaqué, la requérante se réfère au point VII 1. de la présente requête et entend formuler plusieurs observations. Outre que le rapport du 17.05.2021 n'a pas été correctement pris en compte par la partie adverse, ce rapport du 22.11.2021 s'inscrit dans le prolongement du rapport du 17.05.2021 puisqu'il vient confirmer la tendance à la déstabilisation de l'équilibre diabétique de Madame [N.]. Ce déséquilibre diabétique complexe avec changement de traitement qui avait donné lieu à l'autorisation de séjour semble donc s'affirmer à nouveau et s'inscrit dans le prolongement de la rechute du mois de mai 2021 dont la partie adverse avait connaissance au moment de l'adoption de l'acte attaqué. La requérante rappelle les termes de l'arrêt n° 173.764 prononcé par Votre Conseil le 31 août 2016 selon lequel : « (...) il doit procéder à un examen attentif et rigoureux de tous les éléments de preuve portés à sa connaissance, en particulier ceux qui sont de nature à indiquer qu'il existe des motifs de croire que l'exécution de la décision attaquée exposerait le requérant au risque d'être soumis à la violation des droits fondamentaux de l'homme auxquels aucune dérogation n'est possible en vertu de l'article 15, alinéa 2, de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, qui fait l'objet d'un contrôle attentif et rigoureux » (article 39/82, §4, alinéa 4, de la [Loi] modifié par la loi du 10 avril 2014). Le Conseil fait

appel aux travaux préparatoires qui l'autorisent à « de plein droit (...) prendre en compte un nouvel élément de preuve invoqué par la partie requérante lorsqu'il s'agit d'un grief défendable, basé de la violation des droits fondamentaux de l'homme » (projet de loi modifiant la [Loi] et modifiant les lois coordonnées du 12 janvier 1973 sur le Conseil d'Etat, l'exposé des motifs, doc. Pari., Ch. Repr., Sess. Ord. 2013-2014, n°3445/001, page 11). Manifestement, le déséquilibre diabétique de la requérante qui a donné lieu à l'autorisation de séjour est donc bien réel et donc, en cas de retour dans son pays d'origine, la requérante serait exposée au risque d'être soumise à une violation de l'article 3 de la CEDH. La partie adverse manque à son devoir de minutie, de motivation formelle et contrevient à l'article 9ter de la [Loi]. Ces éléments, qui ont été communiqués in tempore non suspecto à la partie adverse doivent donc être pris en compte par votre Conseil ».

2.4. Dans une deuxième branche, elle argumente que « Le devoir de minutie ressortit aux principes généraux de bonne administration et oblige l'autorité à procéder à une recherche minutieuse des faits, à récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce. La partie adverse n'a pas procédé à un examen rigoureux et minutieux de tous les éléments qui ont été portés à sa connaissance par la requérante. La partie adverse estime, sur base de l'avis de son médecin-conseil, que la requérante est capable de voyager, qu'elle n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication au retour dans le pays d'origine. Dans son avis, le médecin-conseil, indique simplement et d'une manière réductrice « Sur base des données médicales fournies, il peut être affirmé que l'intéressé peut voyager et qu'elle n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne, d'un point de vue médical ». Le médecin-conseil fait fi des rapports médicaux qui lui ont été communiqués et la partie ne motive pas correctement et légalement sa décision. [...] Premièrement, dans la demande de prolongation, la requérante rappelait les termes de la demande d'autorisation de séjour de la sorte : « Il est manifeste que les pathologies dont souffre Madame [N.] mettent en danger sa vie et son intégrité physique. Un retour dans son pays d'origine n'est pas envisageable. Tout d'abord, l'état physique de Madame [N.] présente un risque en cas de voyage dans la mesure où celle-ci fait régulièrement des crises d'hyper et hypo-glycémie, ce qui peut conduire à des pertes de connaissance ou des crises nécessitant l'intervention rapide d'un tiers spécialisé ». La partie adverse, ayant dans un premier temps autorisé la requérante au séjour et ayant donc estimé qu'elle n'était pas apte à voyager vu l'état de santé problématique, ne dit mot et ne répond pas à ces informations en termes de décisions. Ensuite, le rapport du 17.05.2021 évoque une détérioration de l'équilibre du diabète de la requérante et préconise « (...) de maintenir le schéma thérapeutique actuel inchangé mais d'essayer de réaliser des correctifs insuliniques de Novorapid plus systématiquement au lever en cas d'hyperglycémie (phénomène de l'aube » [...]. Dans le rapport du Docteur [M.] du 15.09.2021 (communiqué à la partie adverse), il est fait état que la requérante « souffre d'un diabète insulino-requérant dont l'équilibration est difficile. Elle est suivie régulièrement par le Docteur [T.] (...) » (voir pièce 59). Le Docteur [M.] indique également que la durée du traitement est prévue à vie, « (...) la patiente nécessite à vie son traitement par insuline, elle a également besoin d'un suivi médical régulier pour l'adaptation de son traitement ». Le Docteur [M.] poursuit et explique qu'en cas d'arrêt du traitement « (...) ou un moindre suivi médical pourrait à nouveau entraîner une acidocétose, un coma puis la mort de la patiente » précisant également que « le diabète insulino-requérant est une pathologie chronique qui ne peut pas s'améliorer et encore moins se guérir » (voir pièce 59). Si certes, « actuellement » et au moment de la demande de renouvellement, la situation diabétique est meilleure, il s'agit d'une situation temporaire et actuelle. Dans une seconde attestation du 15.09.2021, le Docteur [M.] atteste que « Malheureusement, l'équilibration de son diabète est complexe et nécessite un suivi régulier des infirmières notamment. Elle alterne des hypoglycémie avec chutes et des hyperglycémie. Récemment elle a pu bénéficier d'un lecteur de glycémie sans piqûre. Outre le diabète, elle est aussi traitée pour des pour des hypothyroïdie, hypercholestérolémie, du reflux gastro-œsophagien, migraine. Non seulement elle risquerait sa vie si elle retourne dans son pays mais aussi elle ne pourrait pas bénéficier du suivi nécessaire ce qui la mettrait également en danger » (voir pièce 60). Comme indiqué, précédemment, le médecin-conseil de la partie adverse, qui est médecin généraliste et donc dépourvu d'une quelconque spécialisation en endocrinologie et diabétologie, aurait dû prendre la peine de contacter les médecins traitants de la requérante pour s'enquérir des risques, pourtant connu du médecin-conseil, de rechute de la requérante au lieu de conclure hâtivement que son état médical ne justifiait plus une prolongation de séjour (voy. not. en ce sens, CCE, arrêt n° 173.764 du 31.08.2016). Outre ce rapport du 17.05.2021 qui montre une détérioration de l'équilibre, la requérante dépose un rapport récent dressé par le Docteur [T.] qui atteste qu'actuellement, « L'équilibre du diabète de Madame [N.] est actuellement insuffisant » et qui nécessite une nouvelle adaptation du traitement (voir pièce 61). Afin d'étayer la situation de santé actuelle, la requérante dépose un rapport très récent dressé par le Docteur [M.] qui fait état de la situation médicale actuelle (voir pièce 59). Elle explique, à nouveau, que le diabète est particulièrement difficile à équilibrer.

La requérante a manifesté, à plusieurs reprises, des hypoglycémies avec chutes. Pour un même schéma, les glycémies peuvent varier énormément. C'est d'ailleurs pour cette raison que le type d'insuline a été modifié récemment. Pour rappel, lors de l'autorisation de séjour, le traitement avait également récemment été changé, ce qui avait donné [M.] explique encore que la requérante, seule, n'est pas capable d'adapter son schéma et consulte la maison médicale régulièrement à cette fin. Elle poursuit et explique que la requérante a également recours à des services infirmiers (donc, aide de tierce personne) et qu'elle consulte le Docteur [T.] tous les 3 à 4 mois (voir pièce 62). Une absence de soins adéquats créerait un coma hypo ou hyperglycémique et peut causer le décès de la requérante. Dans un mail du 26.11.2021, le Docteur [T.] indique que : « J'ai pris connaissance de la décision prise en la défaveur de Madame [N.] et ne comprends pas cette décision. Il s'agit d'une patiente volontaire, régulière dans son suivi, avec un diabète variable, difficile à équilibrer et qui y parvient, vaille que vaille, grâce à une implication importante dans la gestion de celui-ci. D'autre part, elle avance dans l'apprentissage du français grâce à son assiduité à l'école, est bénévole à l'église et est fort appréciée par son entourage et voisinage pour son grand cœur et sa générosité malgré le peu de moyen à sa disposition. Étant son médecin depuis le début de sa maladie, je crains fort pour l'évolution de la santé générale de madame [N.] en cas de retour dans son pays d'origine. Les moyens à disposition ne me semblent pas opportuns pour maintenir une équilibration stable au long cours. Je ne comprends pas pourquoi le fait d'avoir mentionné à un moment dans un rapport que l'équilibration était meilleure grâce à la prise en charge actuelle et intensive de son diabète ait été retenu comme un facteur de bon pronostic pour l'évolution. Bien au contraire, le fait de ne plus avoir accès à ce suivi pourrait donc mettre en péril son équilibre. La déduction (et la décision) a pour moi été un peu trop hâtive » (voir pièce 63). Comme cela ressort du rapport [T.], il y a donc fort à craindre qu'en [c]as de retour dans son pays d'origine, la requérante serait exposée à une dégradation manifeste de son état de santé et serait donc exposée à un risque de traitement inhumain et dégradant contraire à l'article 3 de la CEDH. Contrairement à ce qu'indique le médecin-conseil, la requérante n'est pas capable de voyager, a besoin de l'aide de tierce personne et il y a une contre-indication à un retour au pays d'origine tel que cela ressort des éléments déposés. La partie adverse, en fondant sa décision sur un avis du médecin-conseil n'ayant pas pris en compte l'ensemble des éléments du dossier communiqué, n'a donc pas légalement motivé sa décision et contrevient à son devoir de motivation formelle et de minutie et viole l'article 9ter de la [Loi] ».

2.5. Dans une troisième branche, elle fait valoir qu'« Aux termes de l'article 9 ter, § 1er, de la Loi, « L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément ou § 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 cinquième alinéa de ce paragraphe dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ». L'obligation de motivation formelle implique l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative 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'explicitement 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. Les principes généraux du contradictoire et de l'égalité des armes supposent que la requérante ait accès aux bases de données utilisées par la partie adverse et son expert pour conclure à la disponibilité de soins médicaux (médicaments et traitements). A défaut, la requérante est dans l'incapacité de contester les affirmations figurant dans la décision querrellée. En ce qui concerne l'adéquation du traitement, elle doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc. Le Directeur de l'Office des étrangers a fait référence à cette condition de disponibilité concrète et réelle lors de son audition au Parlement indiquant : « L'accessibilité effective dans une infrastructure et la possibilité médicale de recevoir un traitement et des médicaments sont également prises en compte » (Doc. Pari., Chambre, Sess. Ord. 2005-2006, n°2478/008, exposé introductif, p. 137). « Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la Loi que le « traitement adéquat » mentionné dans cette

disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour)), et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur ». (Projet de loi modifiant la [Loi], Exposé des motifs, Doc. Pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande (voir, not. CCE 27.03.2014) ». [...] Quant à la disponibilité des soins [...] Il ressort de l'avis du médecin-conseil qu'une part des sources mentionnées ne sont pas consultables et, dès lors, ne peuvent pas être utilisées. En effet, la requérante et son conseil n'ont aucun accès à la base de données MedCoi dont il est impossible de vérifier sur quelles informations précises elle se fonde. La décision querellée indique d'ailleurs que la base de données sur laquelle elle se fonde n'est pas publique. Une telle méthode doit être écartée en ce qu'elle viole le principe contradictoire et empêche tout contrôle du respect des dispositions visées au moyen. Par ailleurs, le site Internet indiqué par la partie adverse qui concernerait les pharmacies en ligne Farmalad est intégralement rédigé en langue russe. Ce site Internet qui n'est pas rédigé dans la langue de la procédure doit être également écarté. La partie adverse, afin de démontrer la disponibilité des médicaments dont a besoin la requérante se réfère donc à la base de données MedCoi non publique et en reproduit certains extraits éparses et incompréhensibles. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne le Zocor, il n'est pas disponible mais la partie adverse considère qu'il peut être remplacé par de l'Atorvastatine qui serait équivalent mais n'explique nullement en quoi ce médicament constitue un équivalent thérapeutique efficace. Comme indiqué, le médecin-conseil, qui est généraliste, n'a pas pris la peine d'examiner la requérante ou d'interpeller ses médecins traitants afin de s'assurer que ce prétendu équivalent thérapeutique serait adéquat au traitement de la pathologie de la requérante. [...] Quant à l'accessibilité des soins [...] La partie adverse estime donc que les soins seront accessibles à la requérante en cas de retour dans son pays d'origine. Sur base de l'avis de son médecin-conseil, elle écarte purement et simplement les considérations de la requérante formulées dans ses demandes au motif que ces considérations seraient d'ordre général et ne visent pas personnellement la requérante. Dans son avis, le médecin conseil indique, ensuite, ce qui suit : « En avril 2021, l'[Azerbaïdjan] a annoncé que la couverture sanitaire universelle serait effective dans tout le pays, y compris à Bakou, ce qui signifie que les citoyens azerbaïdjanais pourraient bénéficier gratuitement de 2550 services de santé dans près de 3500 hôpitaux. Auparavant, le système était appliqué comme programme pilote dans certaines parties du pays seulement. Les services d'assurance maladie obligatoires comprennent, en autres, les premiers secours, les soins médicaux d'urgence, les soins ambulatoires spécialisés, les services de laboratoire, les services de physiothérapie, les services de radiologie invasive et les traitements institutionnels. En outre, les traitements plus de 3500 maladies sont couvertes dont l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies coronariennes, l'insuffisance cardiaque et autres maladies cardiovasculaires, les maladies gastro-intestinales, les maladies urologiques, les maladies infectieuses et parasitaires, ainsi que les blessures, les brûlures et les intoxications. En outre, l'ensemble de services couvre environ 1100 opérations chirurgicales, y compris vitales, visant à assurer la santé et le bien-être de la population azerbaïdjanaise. En Azerbaïdjan, le ministère de la Santé est responsable du système de santé : les services sont gratuits dans les hôpitaux publics et les unités de soins en fournissant une pièce d'identité nationale valide. La majorité des établissements médicaux, qui comprennent des hôpitaux publics ainsi que des polycliniques pédiatriques et adultes, appartiennent à l'Etat et les services sont gratuits. Vu la gratuité des soins, nous pouvons conclure que les soins sont accessibles à la requérante ». [...] À l'appui de sa demande d'autorisation de séjour et de la demande de prolongation de séjour, la requérante faisait valoir que : « Par ailleurs, comme indiqué dans la demande d'autorisation de séjour introduite sur pied de l'article 9 ter le 31 janvier 2020, la situation sanitaire et sociale dans la région d'origine de Madame [N.], l'Azerbaïdjan, ne permettrait absolument pas à cette dernière de recevoir les soins dont elle a impérativement besoin. En effet, il y a lieu de rappeler que ses problèmes de santé sont postérieurs à son arrivée en Belgique et le suivi a donc toujours été réalisés au sein de notre pays. L'Azerbaïdjan est l'un des pays les plus corrompus au monde, se classant 129ème sur 180 au classement de Transparency International. Il ressort également de la documentation fiable que ce pays connaît un gouvernement autoritaire, pour ne pas dire dictatorial. Le pouvoir est concentré dans les mains d'une élite qui accapare la richesse du pays. Selon Human Right Watch, le pays n'a pas connu un tel autoritarisme depuis la chute de l'URSS¹¹². Le système de soins de santé ne peut dès lors être considéré comme efficace. En effet, les hôpitaux publics sont largement corrompus. Quant aux cliniques privées, elles sont très coûteuses eu égard au coût de la vie en Azerbaïdjan ». La partie adverse ne relève même pas, dans sa décision, la corruption qui ronge le système politique et, par conséquent, le système de soins de santé. Cette corruption constitue, pourtant, une situation de commune renommée en Azerbaïdjan. La requérante invoquait également que : « Il convient encore de noter que Madame [N.] est âgée de presque 61 ans et

qu'elle se trouve en Belgique depuis 2013. Elle n'a plus de famille dans son pays d'origine dans lequel elle n'est jamais retournée depuis son arrivée sur le territoire de la Belgique. Eu égard à ces circonstances, et à son état de santé, il est manifeste qu'il lui serait très difficile de trouver un emploi rémunéré dans son pays. Dans ces circonstances, il ne peut être considéré que les soins dont Madame [N.] a un besoin vital sont disponibles et accessibles dans son pays d'origine. Il découle de ce qui précède qu'en cas de retour dans son pays d'origine, la requérante serait exposée à des traitements inhumains et dégradants contraires à l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme ». À nouveau, la partie adverse est peu prolixe quant à ces informations qui ont été portées à sa connaissance in tempore non suspecto. [...] Afin de démontrer que les soins dont a besoin de manière vitale la requérante sont disponibles, la partie adverse liste plusieurs sources issues de sites Internet et effectue une sélection des informations bien précise et systématiquement défavorable au maintien du titre de séjour de la requérante. Notamment, le site Internet intitulé « Azerbaijan Health Insurance - Pacific Prime Simplifying Insurance » indique ce qui suit : « In the city of Baku, medical facilities offer a wide variety of services, but it is advised to only use them for basic healthcare needs. In the case of serious medical emergency, the nearest healthcare facility capable of providing sufficient treatment might not be within Azerbaijan, so a traveler or expatriate will need to consider medical transportation and an international health insurance plan that incorporates medical evacuation in its coverage. To get more information on medical care centers in rural and remote areas, contact your embassy prior to your visit ». Ce même site Internet explique encore que : « The standard benefits package under the mandatory health insurance system in Azerbaijan consist of medical services such as : • Emergency (including ambulance service); • Primary healthcare (family physician); • Outpatient services; • Inpatient services; • Instrumental diagnostics (USI, CT, MRT, etc.); • Physiotherapy; • Laboratory; • Pregnancy and delivery; • Urgent vaccinations (anti-rabic, anti-tetanus, anti-snake venom, etc.); • Scheduled child vaccinations; • Surgeries (including expensive heart surgeries, cochlear implantations, etc.); • Specialized continuing healthcare. There are also 1186 exclusions not covered by the benefit package. To use these services, citizens must make individual payments ». Cette liste ne comprend donc pas spécifiquement les soins pour la pathologie dont est atteinte la requérante. Dès lors qu'il existe 1186 exclusions non couvertes par le package, il appartenait à la partie adverse de vérifier in concreto, si la requérante aura accès aux soins dont elle a besoin sous couvert de la couverture d'assurance santé. [...] Le site Internet Azernexs.az intitulé « Azerbaijan to apply mandatory health insurance from 2021 » dont se prévaut la partie adverse pour conclure que les soins sont accessibles indique ce qui suit : « En outre, les traitements plus de 3500 maladies sont couvertes dont l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies coronariennes, l'insuffisance cardiaque et autres maladies cardiovasculaires, les maladies gastro-intestinales, les maladies urologiques, les maladies infectieuses et parasitaires, ainsi que les blessures, les brûlures et les intoxications. En outre, l'ensemble de services couvre environ 1100 opérations chirurgicales, y compris vitales, visant à assurer la santé et le bien-être de la population azerbaïdjanaise » Cette liste de pathologie ne concerne donc en aucun cas la maladie dont est atteinte la requérante qui souffre de diabète de type 2. Afin de motiver légalement sa décision, il appartenait à la partie adverse de vérifier, in concreto, que la requérante, qui n'est plus retournée dans son pays d'origine depuis 2013, qui n'a plus de famille dans son pays et qui est âgée de 61 ans, aura accès aux soins en cas de retour dans son pays d'origine. En cas de retour, vu les considérations générales émises par la partie adverse, il n'existe aucune certitude concrète que la requérante pourra bénéficier des soins dont elle a besoin. [...] La requérante dépose encore un rapport de l'OSAR dont l'original est en allemand, ([l]a requérante ayant fait une traduction libre) daté du mois d'août 2021 qui indique que : « Les investissements de l'État dans les secteurs de l'éducation et de la santé sont relativement faibles. Dans un article de 2016 publié dans le Caucasus Analytical Digest de l'université de Brême, [S.M.] indique que les investissements de l'État azerbaïdjanais dans les secteurs de l'éducation et de la santé sont relativement faibles par rapport à ceux des autres États issus de l'ex-Union soviétique. Les revenus du secteur pétrolier de l'Azerbaïdjan ne se traduiraient pas par une augmentation des dépenses dans le secteur de la santé. [A.G.], chirurgien et professeur à l'Université de médecine d'Azerbaïdjan, cité par Eurasianet, affirme que les dépenses de santé de l'État azerbaïdjanais sont inférieures à celles d'autres États ex-soviétiques en termes de produit intérieur brut. Des lacunes dans l'enseignement ayant un impact sur la qualité de la formation. [M.] fait remarquer que l'Azerbaïdjan présente des lacunes dans le domaine de l'enseignement supérieur. Selon [M.], la qualité de l'enseignement n'a cessé de se dégrader au fil des années. Dans l'étude PISA de 2009, l'Azerbaïdjan a obtenu certains des plus mauvais résultats en lecture, en mathématiques et en sciences parmi les 65 pays étudiés. En outre, selon [M.], les données de la Commission nationale d'admission des étudiants, qui supervise et gère les examens d'entrée à l'université, montrent que de nombreux candidats n'obtiennent même pas le score minimum requis pour réussir les examens. En 2015, 37 % de tous les candidats à l'université ont obtenu moins de 100 points à l'examen, dont le maximum possible est de 700 points. Négligence du secteur de la santé, focalisation sur les infrastructures. Selon [M.], le faible niveau des dépenses de l'Azerbaïdjan dans le secteur de la santé est un indicateur du fait que les services et le

système de santé en général souffrent de la négligence et de l'absence de considération de la part des autorités. La plupart des investissements dans le secteur de la santé sont orientés vers des projets d'infrastructure et de construction, tels que la construction de nouveaux hôpitaux et l'acquisition de nouveaux équipements, ajoute-t-elle. Dans un article de l'Institute for War and Peace Reporting, [G.A.], président de l'Association des médecins d'Azerbaïdjan, est cité comme disant qu'un problème central est le manque de gestion efficace au sein du système de santé azerbaïdjanais. Selon [G.], environ 70 pour cent du budget est consacré à l'équipement, aux cliniques et à la construction de nouveaux hôpitaux, alors que très peu a été consacré au paiement des salaires du personnel médical. Corruption, manque de formation du personnel médical, les appareils médicaux modernes ne peuvent souvent pas être utilisés de manière professionnelle. [K.H.], médecin et membre du mouvement alternatif républicain d'opposition (ReAI), a déclaré à l'Institute for War and Peace Reporting que la corruption était la principale raison du mauvais état du système de santé azerbaïdjanais. Ainsi, les pots-de-vin jouent un rôle essentiel dans l'obtention d'une qualification médicale en Azerbaïdjan. Selon [H.], à l'université de médecine d'Azerbaïdjan, comme dans toutes les autres universités d'État, les étudiants paient des pots-de-vin pour obtenir de bonnes notes. En ce qui concerne l'accent mis sur les infrastructures dans les dépenses de santé de l'État, [M.] indique que même s'il est important de remplacer les équipements obsolètes et de réparer les murs des hôpitaux qui s'effritent, la majorité du personnel médical n'est pas suffisamment formé pour utiliser correctement ces nouvelles installations. La personne de contact C, experte en Azerbaïdjan et se basant sur les données actuelles d'un médecin spécialisé en oncologie travaillant dans une institution renommée en Azerbaïdjan, a également indiqué à l'OSAR que l'accent était souvent mis sur l'acquisition d'appareils modernes dans le secteur de la santé. Cependant, très peu de professionnels de la santé peuvent réellement utiliser les appareils et les installations modernes. L'une des raisons est que les universités médicales présentent des lacunes en matière de formation. Ainsi, une formation adéquate pour l'utilisation professionnelle des appareils modernes fait souvent défaut. Les bas salaires dans le secteur de la santé entraînent des violations de l'éthique médicale, la corruption lors de l'occupation des postes de santé. Selon [G.A.], président de l'Association des médecins d'Azerbaïdjan, qui s'est confié à IWPR, le salaire moyen d'un professionnel de la santé dans un hôpital public se situe entre 130 et 450 manats (entre 74,70 et 258,60 CHF), selon les qualifications. [A.] a déclaré que les bas salaires sont l'une des principales raisons pour lesquelles les médecins et les infirmiers/infirmières violent souvent l'éthique médicale. Selon différentes sources, le personnel médical des établissements de santé verse des pots-de-vin pour obtenir un emploi. Ensuite, ils reçoivent des pots-de-vin de la part des patients pour payer à nouveau un pot-de-vin afin de pouvoir conserver ce poste. Tout cela provoque une méfiance envers le système de santé du pays » (voir pages 4 à 6). Cet article de l'OSAR indique encore que : « Mise en œuvre de l'assurance maladie jusqu'à présent insuffisante. Les patients doivent continuer à payer eux-mêmes les frais médicaux et les coûts informels. Selon les indications de la personne de contact C, l'assurance-maladie obligatoire n'est pas encore bien mise en œuvre malgré son introduction officielle en avril 2021. Ainsi, les patients doivent encore payer eux-mêmes les traitements dispensés par des professionnels de la santé et acheter eux-mêmes les médicaments. Les traitements dans les hôpitaux devraient également être payés par les patients eux-mêmes. A cela s'ajoutent, selon la personne de contact C, les paiements informels nécessaires pour raccourcir le temps d'attente avant un traitement et pour obtenir un traitement de meilleure qualité. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre précédent, les pots-de-vin versés au personnel médical sont courants et largement répandus en Azerbaïdjan ». Il est encore indiqué que : « Les services médicaux doivent toujours être payés dans la réalité, extrême Ampleur des "Out-of-Pocket Payments" (OOP) en Azerbaïdjan. Selon le rapport de l'ONG azerbaïdjanaise Citizens' Labor Rights Protection League (2019) publié par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, les services de santé ne sont gratuits que sur le papier. Selon [M.], les services de santé en Azerbaïdjan sont officieusement "privatisés". Dans les faits, tous les services médicaux en Azerbaïdjan doivent être payés. La plupart du temps, ce paiement se fait de manière informelle. Selon les informations d'Eurasianet, les patients doivent payer un "supplément" ou un pot-de-vin pour obtenir les soins médicaux de base. Dans un article publié dans le Caucasus Analytical Digest de l'université de Brême, le professeur [N.H.] et [A.A.] de l'école de travail social de l'université de Windsor¹⁹ indiquent que, selon des études menées dans 29 pays post-communistes étudiés, l'Azerbaïdjan présentait le taux le plus élevé de ce que Ton appelle les "out-of-pocket payments" (OOP). Ainsi, environ 74 pour cent des patients interrogés en Azerbaïdjan auraient indiqué qu'ils devaient payer des OOP pour l'utilisation des services médicaux. Selon [M.], la part des OOP représente jusqu'à 89 pour cent des dépenses de santé privées. Selon [H.]/[A.], le fait qu'en Azerbaïdjan, le secteur de la santé reste organisé selon l'ancien modèle soviétique, ce qui explique qu'il soit fortement confronté à l'inefficacité et à la corruption, et que les OOP jouent un rôle important dans le financement des services de santé, contribue à la large diffusion des OOP. En outre, le niveau de corruption serait généralement élevé en Azerbaïdjan. Selon différentes sources, le faible revenu moyen du personnel de santé contribue à la large diffusion des POP. Un(e) infirmier(ère), par exemple, ne gagnerait que 150 dollars US (soit environ 138

CHF) par mois » (voir pages 8 à 9). Il ressort de ce rapport que la situation en termes d'accessibilité aux soins en Azerbaïdjan n'est pas aussi idéale que tente de le faire croire la partie adverse. Contrairement aux sources utilisées par la partie adverse, ce rapport est diffusé publiquement et la partie adverse y avait donc accès. Alors que cette corruption est patente, la partie adverse n'en dit mot et ne répond donc pas à son obligation de motivation qui doit analyser l'accessibilité des soins adéquats au cas par cas en tenant compte de la situation individuelle de la requérante qui est âgée de 61 ans et qui n'est plus retournée dans son pays depuis 2013 et n'est dès lors plus inscrite dans les registres de la population en Azerbaïdjan (Projet de loi modifiant la [Loi], Exposé des motifs, Doc. Pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). [...] Il y a également lieu de rappeler les termes du courriel du Docteur [T.] du 26.11.2021 selon lequel : « Étant son médecin depuis le début de sa maladie, je crains fort pour l'évolution de la santé générale de madame [N.] en cas de retour dans son pays d'origine. Les moyens à disposition ne me semblent pas opportuns pour maintenir une équilibration stable au long cours ». Il y a lieu de rappeler également l'attestation du 15.09.2021 dans laquelle le Docteur [M.] atteste que « Malheureusement, l'équilibration de son diabète est complexe et nécessite un suivi régulier des infirmières notamment. Elle alterne des hypoglycémie avec chutes et des hyperglycémie. Récemment, elle a pu bénéficier d'un lecteur de glycémie sans piqûre. Outre le diabète, elle est aussi traitée pour des pour des hypothyroïdie, hypercholestérolémie, du reflux gastro-œsophagien, migraine. Non seulement elle risquerait sa vie si elle retourne dans son pays mais aussi elle ne pourrait pas bénéficier du suivi nécessaire ce qui la mettrait également en danger » (voir pièce 60). [...] Assurément, il n'existe aucune certitude et assurance concrète que la requérante aura accès aux soins adéquats ce qui l'expose donc à la mort et à des traitements inhumains ou dégradants contraires à l'article 3 de la CEDH. Au vu de ces éléments, la partie adverse n'a pu, sans commettre une erreur manifeste, ni violer les articles 9ter et 13, §3 de la [Loi] et article 3 de la CEDH, décider que la requérante, compte tenu de son état de santé et du suivi tout à fait particulier et spécialisé dont elle a besoin ne serait pas soumise à des traitements inhumains ou dégradants en cas de retour dans son pays d'origine ».

2.6. Dans une quatrième branche ayant trait à l'ordre de quitter le territoire querellé, elle avance que « La possibilité de mettre fin au séjour ne peut primer sur celle de vérifier si la mesure d'éloignement prise en conséquence n'est pas de nature à entraîner une possible violation d'un droit fondamental reconnu et/ou d'effet direct en Belgique. Suivant l'article 74/13 : « Lors de la prise d'une décision d'éloignement le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné ». Suivant la directive retour, « Les États membres devraient veiller à ce que, en mettant fin au séjour irrégulier de ressortissants de pays tiers, ils respectent une procédure équitable et transparente. Conformément aux principes généraux du droit de l'Union européenne, les décisions prises en vertu de la présente directive devraient l'être au cas par cas et tenir compte de critères objectifs, ce qui implique que l'on prenne en considération d'autres facteurs que le simple fait du séjour irrégulier. Lorsqu'ils utilisent les formulaires types pour les décisions liées au retour, c'est-à-dire les décisions de retour et, le cas échéant, les décisions d'interdiction d'entrée ainsi que les décisions d'éloignement, les États membres devraient respecter ce principe et se conformer pleinement à l'ensemble des dispositions applicables de la présente directive » (considérant 6). Par ailleurs, le Conseil d'Etat rappelait ceci : « Ce droit à 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. 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. Le droit à être entendu avant l'adoption d'une telle décision doit permettre à l'administration nationale compétente d'instruire le dossier de manière à prendre une décision en pleine connaissance de cause et de motiver cette dernière de manière appropriée, afin que, le cas échéant, l'intéressé puisse valablement exercer son droit de recours. Le devoir de minutie ressortit aux principes généraux de bonne administration et oblige l'autorité à procéder à une recherche minutieuse des faits, à récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce. Ce principe général et ces dispositions supranationales et légales imposent à la partie adverse une véritable obligation prospective d'examen global du cas avant de statuer. Elle ne peut se contenter de constater l'irrégularité du séjour pour imposer le retour. [...] La décision, imposant à la requérante de quitter le territoire constitue une violation de l'article 8 CEDH dans la mesure où elle vit en Belgique depuis 8 ans et qu'elle y a développé des attaches sociales et culturelles importantes. Un nombre important d'attestations démontrant la parfaite intégration de la requérante ont été communiquées à la partie dans le cadre de la demande de prolongation mais la partie adverse n'en a en aucun cas tenu compte dans le cadre de

l'adoption de l'ordre de quitter le territoire ; La motivation de cet ordre de quitter le territoire n'est pas légalement correcte puisqu'elle ne prend pas en compte l'ensemble des éléments déposés. La décision ne respecte pas la vie privée en violation de l'article 74/13 de la loi et de l'article 8 CEDH. Elle ne respecte pas plus l'article 3 de la CEDH en mettant un terme à son traitement et suivis réguliers dont elle a assurément besoin pour survivre. Par ailleurs, Votre Conseil a jugé dans une cause analogue qu'il ne ressortait effectivement d'aucun élément du dossier que la partie adverse ait tenu compte de la vie privée et de l'état de santé des requérants. La partie adverse ne saurait apporter une observation postérieure quant à ces éléments partant la décision doit être annulée puisqu'elle ne respecte pas le prescrit de l'article 74/13 de la [Loi] (voir CCE n° 144.095 du 24 avril 2015). La décision est constitutive d'erreur manifeste, n'est ni légalement ni adéquatement motivée et méconnaît les articles 62 et 74/13 de la loi, le principe de bonne administration et de motivation formelle visés au moyen ».

3. Discussion

3.1. Sur la première branche du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, « *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 cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « *L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil rappelle également qu'aux termes de l'article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la Loi « *L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire* ».

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cfr dans le même sens : C.E., 6 juil. 2005, n° 147 344 ; C.E., 7 déc. 2001, n° 101 624).

3.2. En l'occurrence, le Conseil observe que la partie défenderesse a fondé la première décision entreprise sur la considération suivante : « *Dans son avis médical rendu le 20.10.2021, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'équilibre thérapeutique difficile qui avait donné lieu [à] une autorisation de séjour n'est plus d'actualité car le traitement entrepris depuis un an donne un équilibre qualifié d'excellent par le médecin spécialiste. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles à la requérante. Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine. Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006*

modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire. Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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 elle séjourne ».

Le Conseil souligne que le rapport du fonctionnaire médecin de la partie défenderesse, daté du 20 octobre 2021, auquel renvoie la première décision contestée, mentionne quant à lui que « *Un avis a déjà été rendu auparavant sur base d'un diabète insulino-requérant, d'hypertension artérielle, de céphalée de tension, d'arthralgies, de nodule thyroïdien, de micro-calcification au sein G ; une autorisation de séjour a été accordée étant donné le changement de traitement récent et l'équilibre difficile du diabète* » et conclut que « *En 2020, la requérante présentait diverses pathologies dont, à titre principal, un diabète dont l'équilibre thérapeutique était difficile et dont le traitement venait d'être modifié. Cela a justifié l'autorisation de séjour à cette époque. En X/2021, le dossier fait état d'un diabète dont l'équilibre est qualifié d'excellent par le médecin spécialiste ; le traitement est maintenant en cours depuis plus d'un an. L'ensemble constitue de facto une nette amélioration de la situation clinique de la requérante ; ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire. [...] Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé, qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007). Il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour de la requérante* ».

Pour information, l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse du 4 juin 2020 ayant mené à l'autorisation de séjour du 11 juin 2020 concluait quant à lui que « *Le certificat et les autres documents médicaux fournis permettent d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne momentanément un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique de telle sorte que d'un point de vue médical, un retour dans le pays d'origine ou de provenance est momentanément (pour un an) contre indiqué. En effet, le diabète a été difficile à équilibrer et le changement d'insuline ayant mené à une stabilisation est relativement récent. Un recul d'un an est nécessaire pour évaluer la situation en vue d'un retour dans le pays d'origine* ».

Le Conseil observe que si, comme mentionné par le médecin-conseil de la partie défenderesse dans son avis du 20 octobre 2021, les rapports de consultation du Docteur [V.T.] datés du 8 janvier 2020, du 23 juin 2020 et du 21 janvier 2021 font état d'un équilibre actuellement excellent du diabète de la requérante, cette dernière a également fourni à l'appui de sa demande des éléments plus récents, à savoir un rapport de consultation du 27 mai 2021 du même Docteur ainsi qu'un certificat médical type du 15 septembre 2021 et une attestation médicale du même jour émanant du Docteur [I.M.], desquels il résulte que l'équilibre du diabète de la requérante s'est légèrement détérioré et est difficile et complexe. De plus, le rapport du 27 mai 2021 indique « *Je conseille de maintenir le schéma thérapeutique actuel inchangé mais d'essayer de réaliser des correctifs insuliniques de Novorapid plus systématiquement au lever en cas d'hyperglycémie (phénomène de l'aube)* ».

Ainsi, force est de constater que l'équilibre du diabète de la requérante peut toujours être fragile et que son traitement peut encore être ajusté.

En conséquence, le Conseil considère que la partie défenderesse ne semble pas avoir tenu compte de la teneur des documents médicaux plus récents précités et n'a pas justifié à suffisance en quoi il peut être conclu à un changement radical et non temporaire des circonstances ayant mené à l'autorisation de séjour médical du 11 juin 2020.

3.3. Partant, la partie défenderesse, par l'intermédiaire de son médecin-conseil, a violé l'article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 et a manqué à son obligation de motivation formelle.

3.4. Au vu de ce qui précède, la première branche du moyen unique est fondée et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué. Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande de prolongation de l'autorisation de séjour médical redevient pendante. L'ordre de quitter le territoire entrepris n'étant pas compatible avec une telle demande, il s'impose de l'annuler également pour des raisons de sécurité juridique. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner les autres branches du moyen unique qui à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt.

4. Débats succincts

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

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

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

Article 1.

La décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 20 octobre 2021, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme C. DE WREEDE, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

C. DE WREEDE