



## Arrêt

**n° 213 121 du 29 novembre 2018  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. VANCRAEYNEST  
Avenue de Fidevoye, 9  
5530 YVOIR**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la  
Simplification administrative**

### **LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIème CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 11 juin 2015, par X, qui déclare être de nationalité camerounaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 30 avril 2015.

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 11 septembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 3 octobre 2018.

Entendu, en son rapport, S. GOBERT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me V. VELLE *loco* Me P. VANCRAEYNEST, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1 La requérante déclare être arrivée en Belgique le 17 décembre 2009.

1.2 Le 18 décembre 2009, la requérante a introduit une première demande de protection internationale, qui s'est clôturée négativement par un arrêt du Conseil du Contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) n° 50 894 prononcé le 8 novembre 2010, lequel a refusé de lui reconnaître le statut de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.3 Le 30 décembre 2010, la requérante a introduit une seconde demande de protection internationale, qui s'est clôturée négativement par un arrêt du Conseil n° 68 241 prononcé le 11 octobre 2011, lequel a refusé de lui reconnaître le statut de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.4 Le 18 avril 2011, la requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> 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 4 mai 2011, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable sur base de l'article 9<sup>ter</sup>, § 3, 2°, de la loi du 15 décembre 1980. Par un arrêt n° 115 821 du 17 décembre 2013, le Conseil a annulé cette décision.

1.5 Le 15 juin 2012, la requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Le 9 novembre 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable sur base de l'article 9<sup>ter</sup>, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980 et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard de la requérante. Par un arrêt n° 100 302 du 29 mars 2013, le Conseil a annulé ces décisions.

1.6 Le 1<sup>er</sup> juillet 2013, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un nouveau rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la requérante en ce qui concerne la demande visée au point 1.5.

1.7 Le 5 juillet 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant irrecevable sur base de l'article 9<sup>ter</sup>, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, la demande visée au point 1.5, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard de la requérante. Dans son arrêt n° 138 915 prononcé le 20 février 2015, le Conseil a annulé la décision d'irrecevabilité et a rejeté le recours pour le surplus.

1.8 Le 30 janvier 2014, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un nouveau rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la requérante en ce qui concerne la demande visée au point 1.4.

1.9 Le 5 février 2014, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant irrecevable sur base de l'article 9<sup>ter</sup>, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, la demande visée au point 1.4, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13) et une interdiction d'entrée (annexe 13<sup>sexies</sup>) d'une durée de trois ans, à l'égard de la requérante. Par un arrêt n° 150 498 du 7 août 2015, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions.

1.10 Le 29 avril 2015, le médecin conseil de la partie défenderesse a rendu un nouveau rapport d'évaluation médicale de l'état de santé de la requérante en ce qui concerne la demande visée au point 1.5.

1.11 Le 30 avril 2015, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant irrecevable sur base de l'article 9<sup>ter</sup>, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, la demande visée au point 1.5, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13), à l'égard de la requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 12 mai 2015, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : la première décision attaquée) :

*« Article 9<sup>ter</sup> §3 – 4° de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après la loi du 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1<sup>er</sup>, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> 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 29.04.2015 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressée n'est pas atteinte par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection*

représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

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

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

« 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<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : La requérante n'est pas en possession d'un passeport avec un VISA valable ».

## 2. Remarque préalable

En application de l'article 39/59, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de la loi du 15 décembre 1980, la note d'observations déposée par la partie défenderesse doit être écartée des débats. Cet écrit de procédure a en effet été transmis au Conseil le 11 juillet 2015, soit en dehors du délai légal de huit jours à compter de la communication de la requête, laquelle a eu lieu le 2 juillet 2015.

## 3. Exposé des moyens d'annulation

3.1.1 **S'agissant de la première décision attaquée**, la partie requérante prend un premier moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, du « principe de bonne administration », de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), ainsi que de l'adage *audi alteram partem*.

Dans une première branche, intitulée « le Code de Déontologie médical [sic] », après avoir rappelé le prescrit des articles 119 et 124 du Code précité, elle fait valoir « qu'il est indéniable que les missions confiées au médecin conseil de la partie adverse dans le cadre du présent recours sont comprises dans le champ d'application de l'article 119 du Code de Déontologie médicale. Que le médecin conseil de la partie adverse, en s'abstenant d'interroger personnellement la requérante avant de rendre ses avis a, par conséquent, violé les articles 119 et 124 du Code de Déontologie Médicale ».

Dans une deuxième branche, intitulée « Les Contradictions entre les deux médecins conseils de la partie adverse », la partie requérante soutient que « les médecins conseils de la partie adverse qui ont examiné successivement les certificats médicaux de la requérante ont rendu des avis contradictoires. Que le médecin conseil de la partie adverse indique, dans son avis médical annexé à la décision litigieuse, que « Le trouble du stress post-traumatique avec symptomatologie dépressive n'est pas formellement démontré », « La symptomatologie caractéristique d'un PTSD n'apparaît absolument pas » et remet dès lors en cause la réalité de la pathologie de la requérante. Que cependant, le précédent médecin conseil de la partie adverse qui a rédigé son avis médical en date du 1<sup>er</sup> juillet 2013 et sur lequel se fonde la précédente décision de la partie adverse, annulée par [le Conseil], estime, en ce qui le concerne, la pathologie établie et indique « Il ressort (en parlant des documents médicaux joints par la requérante) qu'il s'agit d'un trouble anxieux post-traumatique et lésions de l'enveloppe cérébrale calcifiée ». Que [le Conseil] confirme, par ailleurs, dans son arrêt du 20 février 2015 (arrêt n°138.915 du 20 février 2015), que le médecin conseil de la partie adverse ne remet pas en cause l'affection dont souffre la requérante mais ne statue pas sur sa gravité. Qu'il existe, par conséquent, une contestation flagrante entre les avis médicaux des médecins conseils de la partie adverse et ce alors qu'ils ont examiné les mêmes certificats médicaux, sans que ceux-ci aient été ni amendés, ni corrigés. Que cela rend la décision litigieuse d'autant moins intelligible pour la requérante. Qu'il y a par conséquent, et à tout le moins, une violation manifeste de l'obligation de motivation formelle ».

Dans une troisième branche, intitulée « L'article 9ter et *audi alteram partem* », la partie requérante fait valoir que « l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 laisse au médecin conseil de la partie adverse la possibilité d'examiner la requérante ou bien, le cas échéant, de solliciter l'avis de médecins experts. Que toutefois, en dépit de la possibilité qui lui est offerte par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le médecin conseil de la partie adverse n'a pas jugé utile de recevoir la requérante en consultation. Que l'attitude du médecin conseil de la partie adverse est d'autant plus interpellante que l'on peut lire, dans le certificat médical [sic] joint en annexe de la décision litigieuse, que « Le trouble de stress post-traumatique avec symptomatologie dépressive n'est pas formellement démontré » ou encore « L'évènement traumatique n'est pas précisé : la nature, les circonstances, le moment de survenue ne sont pas communiqués ainsi que le délai entre l'évènement traumatique et le début des symptômes qui ne devrait pas excéder six mois, car la causalité est en général douteuse au-delà », ... Que l'on comprend dès lors d'autant moins la raison pour laquelle il n'a pas estimé nécessaire de recevoir en consultation la requérante et de procéder à une anamnèse personnelle. [...] Que le médecin conseil de la partie adverse disposait dès lors de la possibilité d'examiner lui-même la requérante avant de rendre son avis, *quod non*. Qu'en s'abstenant de procéder à une telle mesure, la décision litigieuse ne peut être motivée adéquatement au sens de la loi sur la motivation formelle des actes administratifs. Que ces dispositions doivent, par ailleurs, être lues à la lumière de l'arrêt de la CJUE ABDIDA qui impose l'effectivité dans le traitement des demandes d'autorisation de séjour 9ter. Qu'à la lecture de la décision litigieuse, aucun élément ne permet de connaître les motifs justifiant que la requérante n'ait pas été reçue par le médecin conseil de la partie adverse. Qu'en tout état de cause, le médecin conseil de la partie adverse, lorsqu'il a constaté qu'il ne disposait pas de l'ensemble des renseignements nécessaires, aurait dû à tout le moins solliciter de nouveaux documents médicaux ou bien encore recevoir en consultation la requérante. Que de tels éléments sont d'autant plus indispensables qu'il existe une contradiction entre les médecins conseils de la partie adverse ».

Après des considérations théoriques relatives au principe de bonne administration et à l'article 41 de la Charte, notamment le droit d'être entendu, la partie requérante poursuit en indiquant « [q]u'il était dès lors possible, dans le chef de la partie adverse et/ou de son médecin conseil, de solliciter auprès de la requérant [sic] des informations complémentaires. Que cet article est également d'une application de l'adage latin « *audi alteram partem* » ainsi que du principe de bonne administration. [...] Que la partie adverse aurait, préalablement à sa décision, dû rencontrer la requérante ou à tout le moins solliciter de nouveaux documents médicaux, afin de rencontrer un double objectif qui est rappelé de manière constante par la jurisprudence du Conseil d'Etat, à savoir « d'une part, permettre à l'autorité de statuer en pleine et entière connaissance de cause et, d'autre part, permettre à l'administré de faire valoir ses moyens compte tenu de la gravité de la mesure que ladite autorité s'apprête à prendre à son égard ». [...] Qu'il y a donc une violation patente du principe *audi alteram partem* ainsi que du principe de bonne administration, du droit d'être entendu et de l'article 41 de [la Charte]. Qu'en effet, selon la jurisprudence constante de la [Cour de Justice de l'Union européenne (ci-après : la CJUE)], le droit d'être entendu est violé lorsque sans l'irrégularité commise, la décision qui a été prise eut été différente. Qu'en l'espèce, il est indéniable que si la partie adverse avait interrogé la requérante, sa décision eut été différente [...] Qu'en l'espèce, et compte tenu de ce qui précède, il ne fait aucun doute que la décision litigieuse affecte de manière défavorable les intérêts de la requérante et, partant, viole les dispositions visées au moyen. »

La partie requérante en conclut que « le moyen est fondé et justifie l'annulation de la décision litigieuse ».

**3.1.2 S'agissant de la première décision attaquée**, la partie requérante prend un second moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs.

Dans une première branche, intitulée « le lien de causalité entre les problèmes psychologiques de la requérante et son pays d'origine », la partie requérante soutient que « la requérante présente de nombreux problèmes psychologique [sic] liés aux événements vécus au pays. Qu'il est bien clair qu'un retour au pays ne fera qu'aggraver sa santé psychologique déjà fort fragile. Que force est de constater que la partie adverse et/ou son médecin fonctionnaire ne se sont pas prononcés sur cet aspect. Que pourtant, ce lien de causalité avait été mis en évidence de façon explicite dans la demande

d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter par la requérante [...] Que les requérants [sic] ignorent [sic] donc les motifs de la décision attaquée ». Elle se réfère sur ce point à la jurisprudence du Conseil (arrêts n°74 021 du 27 janvier 2012 et 104 232 du 31 mai 2013). Elle en conclut que « le médecin fonctionnaire n'y fait toutefois pas allusion, ce qui démontre qu'il n'a pas examiné l'entière de ce dossier ».

Dans une deuxième branche, intitulée « le seuil de gravité de la maladie de la requérante », elle soutient que « le médecin conseil de la partie adverse estime que la pathologie dont souffre la requérante n'est pas établie et que à la considérer établie elle « n'entraîne pas un risque 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 elle séjourne ». Que le médecin, en se fondant sur une revue de médecin [sic] générale indique que « L'intérêt de prolonger ce traitement au-delà n'apparaît, d'autant que la durée moyenne d'une dépression traitée en médecine générale est de trois mois ». Qu'il ne s'agit toutefois, en l'espèce, pas d'une simple dépression, mais bien d'un syndrome de stress post traumatique, consécutif aux événements subis dans son pays d'origine par la requérante. Qu'en outre, la requérante, si la décision litigieuse venait à être mise à exécution, serait plongée dans le milieu traumatogène, ce qui accroîtrait, encore d'avantage, la gravité de sa pathologie. Que le médecin conseil de la partie adverse statue sur la gravité de la pathologie de la requérante, sur la base de certificats médicaux de trois ans et sans avoir jamais rencontré la requérante, alors qu'il ressort du n°241 de la revue de médecin générale, numéro vanté par le médecin conseil de la partie adverse, que « Il nous semble que la connaissance du patient est, en médecine générale, un guide complémentaire très utile dans le diagnostic ; cet élément n'est cependant pas évalué ». Que par ailleurs, comme souligné ci-dessus, il existe un lien de causalité étroit entre l'état de santé de la requérante et les événements vécus au CAMEROUN. Que c'est la raison pour laquelle le médecin de la requérante a insisté sur la nécessité de pouvoir être suivie en BELGIQUE, à l'écart du milieu traumatogène. Qu'il est indéniable qu'une fois replongée dans ledit milieu traumatogène, l'état de santé de la requérante connaîtra une aggravation brutale et importante. Que dès lors le médecin de la requérante indiquait qu'en cas d'arrêt du traitement, et alors que la requérante se trouve en BELGIQUE, il y aurait des idées suicidaires. Qu'il est indéniable que si la requérante est plongée dans le milieu traumatogène sans traitement et sans encadrement médical elle mettra fin à ses jours ».

Dans une troisième branche, intitulée « l'accessibilité et la disponibilité des soins au CAMEROUN », la partie requérante reproche au médecin conseil et à la partie défenderesse d'avoir considéré que la requérante ne souffrait pas d'une maladie visée au § 1<sup>er</sup>, article 1<sup>er</sup>, de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle estime que « cette affirmation ne repose sur aucune donnée objective, dans la mesure où le médecin conseil de la partie adverse n'a pas, dans son avis médical, examiné la question de la disponibilité et de l'accessibilité des soins dans son pays d'origine ». Elle soutient que « la requérante a pourtant joint, en annexe de sa demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, de nombreux documents démontrant l'impossibilité, pour elle, d'être soignée dans son pays d'origine. Que sans que ces documents aient été examinés par la partie adverse ou bien par son médecin conseil, ils ont conclu que la requérante ne souffre pas d'une pathologie entraînant « 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 ». [...] Que tel ne sera vraisemblablement pas le cas au CAMEROUN. Qu'il va de soi que le risque de subir un mauvais traitement doit s'apprécier par rapport à la situation de la requérante dans l'hypothèse où elle retournerait dans son pays d'origine ou de séjour ». Elle se réfère à cet égard à un arrêt de la Cour Constitutionnelle du 13 juin 1997, non autrement identifié, dont elle cite un extrait. Elle poursuit en indiquant « que la partie adverse ou son médecin conseil ne pouvait, dès lors, pas se contenter d'examiner l'état médical de la requérante en Belgique mais devait également s'assurer que celle-ci pourra être soignée correctement au CAMEROUN et dans la négative, en tirer les conclusions nécessaires ». Elle se réfère sur ce point à la jurisprudence du Conseil (arrêts n°85 445 du 31 juillet 2012 et n°90 213 du 24 octobre 2012). Elle en conclut que le moyen est fondé.

**3.2 S'agissant de la seconde décision attaquée**, la partie requérante affirme qu'elle est connexe à la première décision attaquée et « [q]u'il convient, compte tenu de ce qui précède d'annuler cette décision. Qu'il y a dès lors lieu également d'annuler l'ordre de quitter le territoire qui y est connexe ».

#### 4. Discussion

4.1.1 Sur les deux moyens réunis, le Conseil rappelle que l'article 9<sup>ter</sup>, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une demande d'autorisation de séjour est déclarée irrecevable « lorsque le fonctionnaire médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume ».

L'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 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 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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement 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 (cf. C.E., 19 juin 2013, n° 223.961, C.E., 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et C.E., CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la [CEDH] (cf. C.E., CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après : la Cour EDH), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. C.E., 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9<sup>ter</sup> dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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°2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. C.E., 16 octobre 2014, n° 228.778 et C.E., 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073 ).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, C.E., 19 juin 2013, n° 223.961 ; C.E., 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que 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. 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.

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

4.1.2 En l'occurrence, le Conseil constate que la première décision attaquée est fondée sur l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, daté du 29 avril 2015 et joint à cette décision, lequel indique, notamment que *« l'affection qui motivait la demande 9ter est un trouble du stress post-traumatique avec symptomatologie dépressive et un méningiome calcifié. Le trouble du stress post-traumatique avec symptomatologie dépressive n'est pas formellement démontré. L'événement traumatique n'est pas précisé : la nature, les circonstances, le moment de survenue ne sont pas communiqués ainsi que le délai entre l'événement traumatique et le début des symptômes qui ne devrait pas excéder six mois, car la causalité est en général douteuse au-delà. Or, selon le dossier médical, le premier traitement date d'avril 2011 et l'arrivée en Belgique du 18.12.2009 soit un intervalle de plus d'un an. La symptomatologie caractéristique d'un PTSD n'apparaît absolument pas : reviviscence permanente de l'événement traumatique (souvenirs récurrents, cauchemars de l'événement,...), stratégie d'évitement des stimuli associés au traumatisme, symptômes persistants de sensibilisation émotionnelle (irritabilité, crises de colère, hypervigilance, sursaut exagéré). Aucun signe de sévérité de la dépression n'est objectivé dans le dossier médical par un test psychométrique. Il n'y a pas de suivi spécialisé en psychiatrie rapporté. Le caractère de gravité n'est pas démontré par une hospitalisation préventive ou par toute autre mesure de protection. Il n'y a pas d'élément psychotique ou d'idées suicidaires ou tout autre événement aigu ou grave qui soit rapporté dans le dossier médical. D'autre part, le traitement comporte un antidépresseur (Sipraléxa) et un antipsychotique (Abilify). Abilify, suivant la notice, est indiqué « dans le traitement de la schizophrénie et des épisodes maniaques modérés à sévères des troubles bipolaires de type I ». Ces diagnostics ne sont pourtant pas évoqués et encore moins démontrés dans le dossier médical. Le CMT précise d'ailleurs que « l'épreuve de la réalité est intacte ». Son indication ne peut donc plus être retenue. Concernant Sipraléxa, suivant la notice, « généralement, l'effet antidépresseur est obtenu après 2 à 4 semaines de traitement. Après disparition des symptômes, un traitement d'au moins 6 mois est nécessaire pour la consolidation de la réponse ». L'intérêt de prolonger ce traitement au-delà n'apparaît [sic], d'autant que la durée moyenne d'une dépression traitée en médecine générale est de trois mois. Paracétamol est un antalgique de confort n'ayant aucun caractère essentiel. La psychothérapie à long terme n'a pas fait preuve de son efficacité. Elle peut être arrêtée d'autant qu'aucun élément dans le dossier ne permet de démontrer la réalité de cette prise en charge. On peut donc considérer que la dépression, sur PTSD non démontré, est guérie et que la requérante ne présente plus cette pathologie active. Le méningiome calcifié de 5 mm est une « probabilité » suivant le radiologue. La présence de calcifications montre la nature séquellaire et cicatricielle de la lésion. Aucun examen de contrôle n'a été rapporté, aucun avis spécialisé n'est communiqué [sic], aucun symptôme clinique ni aucune complication, aucun traitement n'est rapporté. Il s'agit bien d'une affection bénigne non évolutive. Concernant le risque élevé de morbidité et de mortalité, il est du domaine des hypothèses. Aucun élément objectif dans le dossier médical ne permet de conforter ces spéculations. Il n'y a aucune raison permettant d'affirmer que l'arrêt du traitement entraînerait une décompensation psychiatrique actuellement. Les risques de tumeur maligne ou bénigne de l'épilepsie, une paralysie, une hémiplégie ne sont nulle part objectivés ou confirmés par un avis spécialisé ni même par le moindre élément clinique. Il n'y a aucune mesure médicamenteuse ou chirurgicale proposée pour prévenir ou traiter ces risques avancés dans les CMT. La nécessité de suivi spécialisé n'est pas non plus motivée. Ce suivi n'est d'ailleurs pas concrétisé suivant les documents remis ».*

Au vu de ces éléments, le médecin conseil en conclut *« qu'il n'est manifestement pas question 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 elle séjourne (une maladie visée au §1<sup>er</sup> alinéa 1<sup>o</sup> de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980) et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article ».*

Il ressort clairement de cet avis que le médecin conseil a estimé que les troubles invoqués, non seulement n'entraînaient aucun risque vital dans le chef de la requérante, mais ne présentaient en outre pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

Cette motivation n'est pas utilement contestée par la partie requérante, qui se borne à cet égard à prendre 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, sans toutefois démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière.

4.1.3.1 Sur la première branche du premier moyen, s'agissant du grief fait au médecin conseil de s'être abstenu d'interroger personnellement la requérante avant de rendre son avis et d'avoir violé, ce faisant, les articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, le Conseil observe que ledit médecin a donné un avis sur l'état de santé de la requérante, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande visée au point 1.5, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9<sup>ter</sup> 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 de rencontrer le demandeur ou, qui plus est, de l'examiner (dans le même sens : C.E., 29 octobre 2010, n°208.585).

Au surplus, le Conseil constate que la partie requérante ne démontre pas en quoi le Code de déontologie médicale constituerait un moyen de droit pertinent applicable en l'espèce. En effet, les dispositions du Code de déontologie médicale 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 médicale 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 des articles 119 et 124 du Code de déontologie médicale, les éventuels manquements à ce Code étant uniquement sanctionnés par les autorités ordinales dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

4.1.3.2 Sur la deuxième branche du premier moyen, s'agissant de l'argumentation aux termes de laquelle la partie requérante soutient que « les médecins conseils de la partie adverse qui ont examiné successivement les certificats médicaux de la requérante ont rendu des avis contradictoires », faisant valoir une contestation flagrante entre les avis médicaux du 1<sup>er</sup> juillet 2013 et du 29 avril 2015, le Conseil constate, à l'examen du dossier administratif, que, le 15 juin 2012, la requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, visée au point 1.5 du présent arrêt.

La partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable le 9 novembre 2012, se basant sur un avis du médecin conseil daté du 6 novembre 2012, avis qui ne fait toutefois quant à lui l'objet d'aucune critique de la part de la partie requérante. Cette décision a été annulée par le Conseil dans un arrêt n° 100 302 du 29 mars 2013.

La partie défenderesse a une nouvelle fois déclaré cette demande irrecevable le 5 juillet 2013, se basant sur un avis du médecin conseil daté du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Cet avis indique notamment que la requérante « souffre d'un trouble anxieux post-traumatique et lésions de l'enveloppe cérébrale calcifiée. La présence de calcifications montre la nature séquellaire et cicatricielle de l'affection. Elle ne nécessite plus de traitement. Et la littérature médicale précise que les chances de guérison sont meilleures dans le pays d'origine même en l'absence de tout traitement dans le pays d'origine dans le cas de troubles anxieux post-traumatiques ». Cette décision a été annulée par le Conseil dans un arrêt n° 138 915 prononcé le 20 février 2015, au motif que « S'il ressort de l'avis du médecin fonctionnaire précité une remise en cause claire de la gravité du méningiome calcifié, dès lors qu'il est mentionné le caractère séquellaire et cicatricielle [sic] de ladite pathologie – indications qui ne sont pas spécifiquement contestées par la partie requérante - il n'en va pas de même s'agissant du trouble de stress post-



traumatique, le médecin conseil ne se prononçant en effet nullement sur la question de savoir si ledit trouble atteint, en lui-même, le seuil de gravité requis par l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, en se bornant à indiquer que les chances de guérison de cette maladie seraient plus grandes dans le pays d'origine, même sans traitement, alors même que les documents médicaux produits renseignaient notamment un risque de suicide à défaut de traitement. Le Conseil estime dès lors, et indépendamment même des spécialisations de médecins s'étant prononcé en la présente cause, qu'il n'est pas établi que le médecin conseil ait pris en compte l'ensemble des éléments médicaux présents au dossier, ni, à supposer qu'il l'ait fait, qu'il ait pu en conclure, suite à la confrontation desdits éléments, que le trouble de stress post-traumatique de la partie requérante ne répond manifestement pas à une maladie pouvant donner lieu à l'octroi d'une autorisation de séjour sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, étant rappelé qu'est « manifeste » ce qui est évident et indiscutable ».

Au vu de ce qui précède, le Conseil observe que les conclusions auxquelles les médecins conseils de la partie défenderesse ont abouti dans leurs avis respectifs du 1<sup>er</sup> juillet 2013 et du 29 avril 2015 n'apparaissent pas contradictoires, dès lors qu'ils visent en réalité deux objets différents. Le premier de ces avis n'envisage en effet que les « chances de guérison » d'un trouble anxieux post-traumatique, sans se prononcer sur l'existence même de ce trouble dans le chef de la requérante ni sur son degré de gravité – ce dernier élément ayant mené à l'annulation de la décision que cet avis fonde –, tandis que le second de ces avis estime que le « trouble du stress post-traumatique avec symptomatologie dépressive » n'est pas démontré.

Force est en outre de constater que la circonstance que le Conseil ait relevé dans son arrêt n°138 915 du 20 février 2015 que le médecin conseil ne s'était nullement prononcé sur la gravité du trouble de stress post-traumatique allégué par la requérante dans sa demande ne permet pas de se prononcer sur la réalité de cette pathologie, contrairement à ce que prétend la partie requérante.

En tout état de cause, le Conseil observe que la décision du 5 juillet 2013, se fondant sur l'avis du médecin conseil du 1<sup>er</sup> juillet 2013, a été annulée par le Conseil dans son arrêt n°138 915 du 20 février 2015, que l'autorité de chose jugée qui s'attache à un arrêt d'annulation interdit à l'autorité de reprendre le même acte sans corriger l'irrégularité qui a entraîné l'annulation (dans le même sens, notamment : C.E., 17 octobre 2012, n° 221.068) et que la première décision attaquée est fondée quant à elle sur le seul avis du médecin conseil du 29 avril 2015.

4.1.3.3 Sur la troisième branche du premier moyen, s'agissant de la violation alléguée de l'adage *audi alteram partem*, du droit d'être entendu et de l'article 41 de la Charte et de l'argumentation aux termes de laquelle la partie requérante reproche au médecin conseil de ne pas avoir examiné la requérante ou, le cas échéant, de ne pas avoir sollicité l'avis de médecins experts ou de nouveaux documents médicaux et informations complémentaires auprès de la requérante, le Conseil précise tout d'abord qu'ainsi que la CJUE l'a rappelé dans un arrêt récent, l'article 41 de la Charte s'adresse non pas aux États membres, mais uniquement aux institutions, aux organes et aux organismes de l'Union. Si la CJUE 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 », elle précise également 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 » (CJUE, 5 novembre 2014, *Mukarubega*, C-166/13, §44 à 46 et 50).

A ce sujet, le Conseil observe que la prémisse sur laquelle la partie requérante base son raisonnement manque en droit, dès lors qu'il ressort de la jurisprudence de la CJUE que la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9<sup>ter</sup> ne peut donner lieu à l'octroi du statut de la protection subsidiaire (CJUE, Grande Chambre, 18 décembre 2014, *M'Bodj*, C-542/13). La première décision attaquée n'entre pas dans le champ d'application du droit de l'Union européenne et le droit d'être entendu en tant que principe général de droit de l'Union européenne n'est donc pas applicable en l'espèce.

Le moyen manque dès lors en droit, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 41 de la Charte.

Quant à la violation du droit d'être entendu et de l'adage *audi alteram partem*, le Conseil observe que la partie défenderesse a examiné la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, introduite par la requérante, au regard des éléments produits à l'appui de cette demande. Dans le cadre de cette demande, le Conseil observe que la requérante a été en mesure, s'agissant d'une demande émanant de sa part et qu'elle pouvait au besoin actualiser, de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative. En outre, il rappelle que la charge de la preuve repose sur la requérante et non sur la partie défenderesse. En effet, c'est à l'étranger qui prétend satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve; l'administration n'étant, quant à elle, pas tenue d'engager avec l'étranger un débat sur la preuve des circonstances dont celui-ci se prévaut sous peine d'être placée dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (voir, notamment, C.E., 7 août 2002, n°109.684 et C.C.E., 26 avril 2012 n° 80.207 et 27 mai 2009, n° 27 888).

De même, la partie défenderesse n'est pas tenue de solliciter de nouveaux documents ou des informations complémentaires auprès de la requérante, cette dernière étant tenue de les produire de sa propre initiative.

L'invocation en termes de requête de « l'arrêt de la CJUE ABDIDA » n'est pas de nature à énerver les constats qui précèdent, la partie requérante restant en défaut de préciser son argumentation sur ce point.

En outre, le Conseil constate que la partie requérante ne précise pas ce que la requérante aurait pu indiquer à la partie défenderesse dont elle n'avait pas déjà connaissance – la partie requérante se bornant à affirmer « qu'il est indéniable que si la partie adverse avait interrogé la requérante, sa décision eut été différente » sans expliciter son propos – et qui aurait été de nature à mener à une décision différente de la première décision attaquée.

Quant au grief fait au médecin conseil de ne pas avoir rencontré la requérante et de ne pas avoir sollicité l'avis de spécialistes, le Conseil renvoie à ce qui a été exposé *supra* en ce qui concerne l'examen de la requérante par le médecin conseil et souligne en ce qui concerne l'avis de spécialistes que ni l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de demander l'avis complémentaire d'experts, lorsqu'ils ne l'estiment pas nécessaire (dans le même sens : C.E., 29 octobre 2010, n°208.585).

4.1.3.4 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son premier moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

4.1.4.1 Sur la première branche du second moyen, s'agissant du grief fait à la partie défenderesse et à son médecin conseil de ne pas s'être prononcés sur le lien de causalité entre les problèmes psychologiques de la requérante et son pays d'origine, alors que « ce lien de causalité avait été mis en évidence de façon explicite dans la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter par la requérante », le Conseil constate que ce grief manque en fait.

En effet, il ressort de l'avis du médecin conseil du 29 avril 2015 que ce dernier a indiqué que « *Le trouble du stress post-traumatique avec symptomatologie dépressive n'est pas formellement démontré. L'événement traumatique n'est pas précisé : la nature, les circonstances, le moment de survenue ne sont pas communiqués ainsi que le délai entre l'événement traumatique et le début des symptômes qui ne devrait pas excéder six mois, car la causalité est en général douteuse au-delà. Or, selon le dossier médical, le premier traitement date d'avril 2011 et l'arrivée en Belgique du 18.12.2009 soit un intervalle de plus d'un an. La symptomatologie caractéristique d'un PTSD n'apparaît absolument pas : reviviscence permanente de l'événement traumatique (souvenirs récurrents, cauchemars de l'événement,...), stratégie d'évitement des stimuli associés au traumatisme, symptômes persistants de sensibilisation émotionnelle (irritabilité, crises de colère, hypervigilance, sursaut exagéré)* » et qu'il s'est donc prononcé sur le lien de causalité invoqué.

4.1.4.2 Sur la deuxième branche du second moyen, outre ce qui a été exposé *supra* aux points 4.1.4.1, 4.1.3.1 et 4.1.3.3 au sujet du lien de causalité allégué par la requérante et de l'absence d'examen de la requérante par le médecin conseil, le Conseil constate, tout d'abord, qu'en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse de s'être basée sur des documents médicaux datant de trois ans, elle se borne à ériger en griefs les conséquences de ses propres négligences, cette dernière étant restée en défaut d'actualiser sa demande ou de fournir toutes informations complémentaires.

Le Conseil ne peut que rappeler, comme exposé *supra*, que cette argumentation va à l'encontre de l'enseignement de la jurisprudence administrative constante, dont il ressort que c'est à la requérante, qui a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, d'apporter la preuve qu'elle satisfait aux conditions légales dont elle allègue l'existence, à savoir, en l'occurrence, les conditions de recevabilité prescrites par l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, tandis que l'administration n'est, quant à elle, pas tenue d'engager avec l'intéressée un débat sur la preuve des circonstances dont celle-ci se prévaut, dès lors que les obligations qui lui incombent en la matière doivent s'interpréter de manière raisonnable, sous peine de la placer dans l'impossibilité de donner suite dans un délai admissible aux nombreuses demandes dont elle est saisie (voir, notamment, C.E., 7 août 2002, n°109.684 et C.C.E., 26 avril 2012 n° 80.207 et 27 mai 2009, n° 27 888). Le Conseil souligne que la partie défenderesse n'est pas tenue d'effectuer des recherches complémentaires ni même de demander à la requérante de compléter sa demande *a posteriori*.

Par ailleurs, s'agissant de l'appréciation du seuil de gravité du trouble du stress post traumatique avec symptomatologie dépressive allégué par la requérante, le Conseil observe, à la lecture de l'avis du médecin conseil du 29 avril 2015, que ce dernier a estimé que le trouble du stress post-traumatique n'est pas formellement démontré et y a explicité les raisons pour lesquelles la pathologie invoquée par la requérante – en l'espèce la symptomatologie dépressive sous-jacente au trouble du stress post-traumatique – n'atteignait pas le seuil de gravité requis par l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 et que la requérante ne présente plus cette pathologie active.

Le médecin conseil a en effet indiqué à cet égard qu' « Aucun signe de sévérité de la dépression n'est objectivé dans le dossier médical par un test psychométrique. Il n'y a pas de suivi spécialisé en psychiatrie rapporté. Le caractère de gravité n'est pas démontré par une hospitalisation préventive ou par toute autre mesure de protection. Il n'y a pas d'élément psychotique ou d'idées suicidaires ou tout autre événement aigu ou grave qui soit rapporté dans le dossier médical. D'autre part, le traitement comporte un antidépresseur (Sipralexa) et un antipsychotique (Abilify). Abilify, suivant la notice, est indiqué « dans le traitement de la schizophrénie et des épisodes maniaques modérés à sévères des troubles bipolaires de type I ». Ces diagnostics ne sont pourtant pas évoqués et encore moins démontrés dans le dossier médical. Le CMT précise d'ailleurs que « l'épreuve de la réalité est intacte ». Son indication ne peut donc plus être retenue. Concernant Sipralexa, suivant la notice, « généralement, l'effet antidépresseur est obtenu après 2 à 4 semaines de traitement. Après disparition des symptômes, un traitement d'au moins 6 mois est nécessaire pour la consolidation de la réponse ». L'intérêt de prolonger ce traitement au-delà n'apparaît, d'autant que la durée moyenne d'une dépression traitée en médecine générale est de trois mois. Paracetamol est un antalgique de confort n'ayant aucun caractère essentiel. La psychothérapie à long terme n'a pas fait preuve de son efficacité. Elle peut être arrêtée d'autant qu'aucun élément dans le dossier ne permet de démontrer la réalité de cette prise en charge. On peut donc considérer que la dépression, sur PTSD non démontré, est guérie et que la requérante ne présente plus cette pathologie active » (le Conseil souligne).

Quant au risque élevé de morbidité et de mortalité allégué, le médecin conseil a précisé qu'il « est du domaine des hypothèses. Aucun élément objectif dans le dossier médical ne permet de conforter ces spéculations. Il n'y a aucune raison permettant d'affirmer que l'arrêt du traitement entraînerait une décompensation psychiatrique actuellement. Les risques de tumeur maligne ou bénigne de l'épilepsie, une paralysie, une hémiplégie ne sont nulle part objectivés ou confirmés par un avis spécialisé ni même par le moindre élément clinique. Il n'y a aucune mesure médicamenteuse ou chirurgicale proposée pour prévenir ou traiter ces risques avancés dans les CMT. La nécessité de suivi spécialisé n'est pas non plus motivée. Ce suivi n'est d'ailleurs pas concrétisé suivant les documents remis ».

Il a de la sorte remis en cause la gravité de la maladie essentiellement par l'absence d'élément concret permettant de la corroborer, et notamment par l'absence d'un suivi psychiatrique, d'hospitalisation préventive, de toute autre mesure de protection et d'élément psychotique ou d'idées suicidaires ou tout autre événement aigu ou grave, considérations qui ne sont pas utilement contestées par la partie requérante.

Or, l'absence de gravité manifeste, qui n'est pas utilement contestée par la partie requérante en l'espèce, justifie que la demande d'autorisation de séjour soit déclarée irrecevable sur la base de l'article 9ter, § 3, 4° de la loi du 15 décembre 1980.

4.1.4.3 Sur la troisième branche du second moyen, il convient de constater qu'en l'espèce, le médecin conseil, qui a pu conclure, pour les raisons susmentionnées, que les pathologies invoquées ne présentaient pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, n'avait, par voie de conséquence, pas à s'interroger sur la disponibilité et l'accessibilité des soins dans ce pays.

4.1.4.4 Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans son second moyen, de sorte que celui-ci n'est pas fondé.

4.2 Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la requérante, qui apparaît clairement comme l'accessoire de la première décision attaquée et qui constitue la seconde décision attaquée par le présent recours, le Conseil observe que la partie requérante n'expose ni ne développe aucun moyen pertinent à son encontre.

Aussi, 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, d'autre part, la motivation de la seconde décision attaquée 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.

## **5. Débats succincts**

5.1 Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

5.2 Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande en 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-neuf novembre deux mille dix-huit par :

Mme S. GOBERT, présidente f. f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

S. GOBERT