



## Arrêt

**n° 218 603 du 21 février 2019**  
**dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître B. FOSSEUR**  
**Rue de la Science 42**  
**6000 CHARLEROI**

**contre:**

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

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 27 juillet 2015, par X, qui déclare être de nationalité togolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et d'un ordre de quitter le territoire, tous deux pris à son encontre le 25 juin 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 décembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 24 janvier 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me B. FOSSEUR, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. PAUL loco Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

La partie requérante expose être de nationalité togolaise. Elle ne précise pas la date de son arrivée en Belgique.

Par un courrier recommandé daté du 16 mars 2011, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 7 mai 2015, le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse a rendu un avis sur la demande précitée et a conclu que la maladie invoquée ne répondait manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 11 mai 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande irrecevable, par une décision prise sur la base de l'article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 1980. Elle a toutefois retiré cette décision (ainsi que l'ordre de quitter le territoire qui l'accompagnait) le 17 juin 2015.

Le 24 juin 2015, le médecin fonctionnaire de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis sur la demande précitée et a conclu que la maladie invoquée ne répondait manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 25 juin 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande irrecevable, par une décision prise sur la base de l'article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 1980.

Il s'agit de l'acte attaqué, qui est motivé comme suit :

*« Article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après la loi du 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1<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 24.06.2015 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé n'est pas atteint par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.*

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

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

Le 25 juin 2015 également, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante. Il s'agit du second acte attaqué, libellé comme suit :

*« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants: En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : Le requérant n'est pas en possession d'un passeport avec un VISA valable.»*

## **2. Exposé des moyens d'annulation.**

2.1. La partie requérante prend un **premier moyen** de « la violation de l'article 9ter de la Loi du 15/12/1980 (pour l'ordre de quitter le territoire) ». Après un rappel du prescrit de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 précité, la partie requérante s'exprime dans les termes suivants :

*« Dans le cas d'espèce la décision attaquée motive son refus principalement en se référant à l'avis rendu le 24/06/2015 par le Docteur [A.], médecin conseiller pour l'Office des étrangers.*

*La maladie du requérant entre pourtant bien dans le cadre de l'article 9 ter qui permet de tenir compte aussi de toute maladie qui entraîne un risque de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine, quod en l'espèce.*

*Le médecin conseil n'a en effet nullement tenu compte du fait que les différents certificats médicaux 9ter et les pièces médicales du requérant révèlent un asthme permanent, lequel s'aggraverait dangereusement en l'absence de traitement (donc un risque réel de traitement inhumain et dégradant vu l'indisponibilité des soins au pays d'origine). Il ne suffit pas de se borner à analyser la situation du requérant en Belgique (qui a une bonne évolution car bien traité (sic) ici en Belgique ce qui ne sera plus le cas en cas de retour au pays d'origine).*

*Par ailleurs, le médecin Conseil soutient à tort (profitant d'une erreur de rédaction) que le requérant n'aurait quasi plus aucun traitement quod non en l'espèce comme mieux expliqué plus loin dans la requête au point erreur manifeste d'appréciation).*

*Par ailleurs, ni la partie adverse, ni son médecin conseil, ne portent aucune attention aux documents produits en annexe à la requête 9ter quant à la non disponibilité des soins dans le pays d'origine, et plus précisément sur la prise en charge de l'asthme au Togo. Le médecin conseiller, s'il veut remettre en cause ces sources, doit lui-même produire de la littérature en sens contraire, et prouver la disponibilité des soins au Togo, ce qu'il ne prend même pas la peine de faire.*

*Faisant sien l'avis motivation (sic) du médecin Conseil, la décision attaquée viole l'article 9ter de la Loi du 15/12/1980, lequel autorise la prise en compte de toute maladie qui 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 il séjourne. »*

2.2. La partie requérante prend un **deuxième moyen** de l'erreur manifeste d'appréciation. Elle développe ce moyen dans les termes suivants :

*« La partie adverse a fort mal apprécié la situation du requérant en se basant sur un avis médical erroné, essayant de faire croire à tort que le requérant est guéri, alors qu'il souffre d'un asthme permanent, lequel s'aggraverait dangereusement en l'absence de traitement au pays d'origine (Togo). E (sic) médecin Conseil ne peut soutenir non plus raisonnablement que le requérant n'est quasi plus traité pour l'asthme et les sinusites alors que le Docteur [C.] nous indique dans le certificat 9 ter de du (sic) 19/06/2014 (la dernière pièce médicale en date du dossier du requérant) qu'il est sous duvent, ventolin et symbicort, outre du nasonex. Le requérant prend donc 4 médicaments ! La partie adverse semble vouloir tirer parti de ce qui est visiblement une erreur de rédaction malheureuse du Docteur [C.] lorsqu'il écrit, un mois plus tôt, le 15/05/2014 : « il n'a quasi plus de traitement d'asthme » ... au lieu d'écrire « il n'y a quasi plus que le traitement de l'asthme... les sinusites conséquences de l'asthme étant, elles, mieux maîtrisées). Cela ne fait aucun doute que le médecin a fait une erreur en début de lettre puisque ailleurs dans le texte, il indique que le requérant est traité par aérosolthérapie et urfamycine. Le requérant n'est donc pas guéri et toujours bien sous traitement, ce que vient encore nous démontrer le certificat médical 9ter rédigé un mois plus tard comme expliqué ci-dessus. La partie adverse semble bien vite profiter d'une erreur de rédaction pour tirer des conclusions erronées.*

*Par ailleurs, la partie adverse et son médecin conseil n'ont même pas cherché à s'informer sur la disponibilité des soins au pays d'origine (Togo), ne fournissent aucune ligne de motivation, preuve, ou documentation médicale, de la prise en charge adéquate de l'asthme au Togo, ne contredisant pas les certificats médicaux et la documentation médicale du requérant quant à la non disponibilité de traitement, et la mauvaise prise en charge de l'asthme au Togo. »*

2.3. La partie requérante prend un **troisième moyen** du « principe de bonne administration de motivation adéquate ». Elle développe ce moyen dans les termes suivants :

*« Le (sic) site internet de l'ombudsman fédéral, ce principe est défini comme suit :*

*« Tout acte administratif doit être fondé sur des motifs qui doivent être acceptables et raisonnables, en droit comme en fait.*

*Les administrés doivent comprendre les raisons pour lesquelles ils reçoivent une décision déterminée, ce qui implique que la motivation doit être reprise dans la décision qui leur est notifiée. Cette exigence va cependant au-delà de la seule motivation formelle et s'attache à la qualité de la motivation. Une décision bien motivée est une décision compréhensible. Le recours à des formulations standards ou trop générales est par conséquent inadéquat. Une motivation concise peut suffire si elle est claire et appropriée au cas de l'administré ».*

*Dans le cas d'espèce la motivation est lacunaire, se contenant de se référer à l'avis du médecin conseiller qui n'est pas l'autorité administrative qui doit prendre la décision. Il appartient à l'autorité administrative qui prend la décision de motiver cette décision, et pas de reporter cette tâche sur l'avis médical du médecin Conseil, lequel rend un avis médical, mais pas spécifiquement un avis en matière de droit au séjour. C'est la décision de séjour qui doit être motivée. La décision attaquée n'explique pas en quoi la maladie du requérant ne présente pas 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.*

Par ailleurs, ni la partie adverse, ni sous (sic) médecin Conseil, ne nous donnent la moindre ligne de motivation quant non (sic) disponibilité de traitement, et la mauvaise prise en charge de l'asthme au Togo. Le médecin Conseil se borne de qualifier de « non contributif » la dernière pièce versée par le requérant à ce sujet, alors que la conclusion de cette pièce est : « l'asthme est mal pris en charge au Togo ». Par ailleurs, aucune motivation, ni contradiction quant aux autres pièces du dossier du requérant, que ce soient des pièces médicales ou documentaires sur la situation médicale au Togo.(sic) »

2.4. La partie requérante prend un **quatrième moyen** du « principe de bonne administration de gestion consciencieuse ». Elle développe ce moyen dans les termes suivants :

« Enfin ce dernier principe s'énonce comme suit :

« Toute administration doit agir et prendre ses décisions de manière consciencieuse. Cela implique tout d'abord qu'elle doit s'informer suffisamment pour prendre une décision en connaissance de cause. L'administration doit disposer de toutes les données juridiques et factuelles nécessaires lors de la prise de décision ».

Dans la prise de décision l'administration doit s'attacher aux faits vérifiables, prendre en compte les dispositions applicables et tous les éléments pertinents dans le dossier, et écarter ceux qui ne le sont pas.

Le principe de précaution fait partie intégrante de l'exigence de gestion consciencieuse. »

Dans le cas d'espèce la partie adverse est loin d'avoir agi de manière consciencieuse, laquelle n'a pas cherché à documenter médicalement son dossier quant aux possibilités de traitements au Togo. Elle n'a pas non plus agi de manière consciencieuse lorsqu'elle prétend que le requérant n'a quasi plus aucun traitement alors qu'il est sous duovent, ventolin et symbicort, outre du nasonex, ce que lui apprend pourtant la pièce médicale la plus récente versée au dossier.

De plus, la partie adverse a démontré qu'elle ne gérait pas de manière consciencieuse ce dossier en répondant plus de 4 années après l'introduction de la demande 9ter... ».

2.5. La partie requérante prend un **cinquième moyen** de la violation du « principe de bonne administration du délai raisonnable ». Elle développe ce moyen dans les termes suivants :

« Ce Principe est défini (sic) par le médiateur fédéral de la manière suivante : Toute demande doit être traitée par l'administration dans un délai raisonnable.

Le délai raisonnable s'apprécie au regard de la situation concrète envisagée : il sera fonction du caractère urgent de la demande, de sa complexité, ainsi que des éventuelles conséquences négatives pour le citoyen d'une réponse tardive. Ainsi, le délai raisonnable impose dans certaines circonstances à l'administration de prendre sa décision dans un délai plus court que le délai maximum prévu par la loi.

En l'absence de délai légal, la « Charte pour une administration à l'écoute des usagers » doit servir de ligne directrice à l'administration : lorsque l'administration n'est pas en mesure de répondre à une demande dans un délai de trois semaines, elle doit en informer la personne intéressée par l'envoi d'un accusé de réception et lui indiquer un délai approximatif de réponse. Elle doit s'efforcer de prendre sa décision dans un délai de quatre mois, voire huit mois en cas de dossier particulièrement complexe.

Ce principe a été grandement bafoué. L'administration a mis plus de 4 ans pour répondre (décision de juin 2015) à la demande introduite par le requérant en mars 2011!

La partie requérante estime que les moyens sont sérieux.

La demande d'annulation des décisions entreprises est dès lors fondée. »

### 3. Discussion.

3.1. Sur les moyens réunis, il convient de rappeler que l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, 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, 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. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et 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 Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), 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. CE 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. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), 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. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 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, 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, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 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.

3.2. 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.* »

C'est donc logiquement, au vu de ce texte, que la partie défenderesse s'est référée à l'avis de son médecin conseiller, joint en copie à la décision attaquée, pour déclarer la demande irrecevable. La partie requérante ne saurait être suivie lorsqu'elle voit dans la rédaction de l'acte attaqué un problème de motivation (cf. le troisième moyen).

3.3. L'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fut-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 ont été soumis.

3.4. Le Conseil observe que l'avis du fonctionnaire médecin, établi le 24 juin 2015, sur lequel repose l'acte attaqué, relate les constats suivants :

« [...] »

### **Conclusions**

*Le requérant est âgé de 38 ans et originaire du Togo.*

*Les différentes pièces médicales versées à ce dossier ne mettent pas en évidence :*

- *De menace directe pour la vie du concerné.*
- *Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril.*
- *Un état de santé critique.  
Un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent n'est pas nécessaire pour garantir le pronostic vital du concerné.*
- *Quant à un risque de traitement inhumain ou dégradant ou encore de risque pour l'intégrité physique notamment en l'absence de traitement, rien dans ce dossier ne le démontre, pas plus d'ailleurs que n'est démontrée la notion d'état critique actuel.*

*Les derniers certificats médicaux font état d'une nette amélioration : « belle évolution symptomatique ; le patient va bien ; il n'a quasi plus de traitement » (sic).*

*Par ailleurs, le requérant a bénéficié d'un traitement étiologique (ethmoïdectomie bilatérale) en janvier 2014.*

*En juin 2015, et ce en l'absence de tout nouveau document médical pertinent récent, il est donc permis de conclure que les affections précitées ne sont plus actives.*

*Les informations médicales réunies au sein des certificats fournis par le requérant ne démontrent donc pas formellement que celui-ci 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 en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans la pays où il séjourne.*

*Le requérant reste en défaut d'établir in concreto le risque de traitement inhumain ou dégradant qu'il pourrait encourir en cas de retour au pays d'origine.*

*Il appert que rien dans ce dossier ne démontre que la situation médicale du requérant témoigne à l'heure actuelle d'un état critique.*

*Rappelons ici qu'il n'incombe pas au médecin de l'Office des Etrangers dans l'exercice de sa mission, de supputer la survenue hypothétique de complications ultérieure, l'aggravation subséquente potentielle inéluctable de toute affection et l'éventuelle nécessité d'un traitement ultérieur mais de déterminer, sur base des documents médicaux lui ayant été transmis, si les pathologies dont question peuvent être actuellement considérées comme des maladies visées au §1<sup>er</sup> alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 et qui peuvent donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article.*

*[...] »*

S'agissant du fait que la partie défenderesse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation, il convient de relever que les documents médicaux suivants (outre d'autres, plus anciens) figurent au dossier administratif :

- La copie d'une lettre du 15 mai 2014 du Docteur H.C. (O.R.L.) adressée au Docteur S.C. précisant comme motif de consultation : « *postop à 5 mois. Il va bien. Il n'a quasi plus de traitement de l'asthme* ». Au titre de « *conclusions* » le médecin indique ceci : « *Belle évolution symptomatique et fibroscopique ORL d'une sinusopathie (très probable a posteriori). Aérosolthérapie, URFAMYCINE* ».
- Un certificat médical type (dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980) du 19 juin 2014 du Docteur H.C. (O.R.L.) où apparaît, au titre de diagnostic, « *sinusite et hypersensibilité aux moisissures et asthme allergique* » tandis qu'à titre de « *traitement actuel* » (« *traitement médicamenteux/matériel médical* ») est mentionné : « *NASONEX - DUOVENT / VENTOLIN / SYMBICORT* ».

En ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse de prendre en considération la mention dans la lettre du 15 mai 2014 de ce que la partie requérante n'a « *quasi plus de traitement de l'asthme* » alors que le certificat médical type rédigé un mois plus tard fait mention de la prise de quatre médicaments, force est de constater que cette mention figure textuellement dans la lettre précitée du 15 mai 2014 que la partie requérante, à qui la charge de la preuve incombe, a décidé de produire et de produire sans émettre la moindre réserve ou préciser qu'elle contenait une erreur de plume. Au demeurant, l'erreur de plume n'est pas évidente dès lors que les termes « *quasi plus de traitement de l'asthme* » (le Conseil souligne) ne sont pas incompatibles avec la prise de quatre médicaments (qui pourraient par exemple être pris à des doses beaucoup plus faibles qu'auparavant) et que ces termes figuraient dans un document faisant état d'une évolution favorable (cf. les termes « *Il va bien* », « *Belle évolution symptomatique et fibroscopique [...]* »).

Quoi qu'il en soit, le médecin conseiller de la partie défenderesse ne déduit pas des pièces médicales qui lui ont été produites une absence de prise de médicaments au moment où elles ont été établies. Il conclut en réalité, après avoir également constaté que « *le requérant a bénéficié d'un traitement étiologique (ethmoïdectomie bilatérale) en janvier 2014* », que « *En juin 2015, et ce en l'absence de tout nouveau document médical pertinent récent, il est donc permis de conclure que les affections précitées ne sont plus actives.* ». La partie requérante, se focalisant sur le fait que ses pièces de mai et juin 2014 établissaient bel et bien une prise de médicaments, ne conteste pas dans sa requête le raisonnement de la partie défenderesse ayant mené à conclure à l'absence d'actualité, en juin 2015, des pathologies invoquées. Le Conseil ne peut conclure à l'annulation de la décision attaquée sur la base des documents médicaux produits à l'audience et démontrant que la partie requérante, en avril 2018, était toujours sous traitement. Le Conseil rappelle en effet que la jurisprudence constante du Conseil d'Etat, que le Conseil fait sienne, enseigne : « [...] qu'il ne peut être reproché à la partie adverse de ne pas avoir tenu compte d'éléments qui ne lui ont pas été présentés en temps utiles, la légalité d'un acte administratif s'appréciant en fonction des éléments dont l'autorité a connaissance au moment où elle statue [...] » (C.E., arrêt n°93.593 du 27 février 2001 ; dans le même sens également : C.E., arrêt n°87.676 du 26 août 1998, C.E., arrêt n°78.664 du 11 février 1999, C.E., arrêt n°82.272 du 16 septembre 1999). Le Conseil rappelle pour sa part qu'il est compétent pour exercer un contrôle de la légalité de la décision administrative attaquée et qu'à ce titre, il ne lui appartient nullement de substituer, dans le cadre de l'examen du recours, son appréciation à celle de l'administration, fut-ce à la lumière d'un ou plusieurs élément(s) nouveau(x).

Quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir examiné « *les possibilités de traitement, leur accessibilité dans le pays d'origine ou dans le pays où la requérante séjourne* », force est de constater que, le fonctionnaire médecin ayant conclu, pour les raisons susmentionnées, que la partie requérante ne souffrait pas d'une pathologie de nature à donner lieu à l'octroi d'une autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, il n'avait, par voie de conséquence, pas à s'interroger sur la disponibilité et l'accessibilité des soins au pays d'origine (cf. 2eme paragraphe, *in fine*, du point 3.1. ci-dessus) et son avis et/ou la décision attaquée ne devait pas être motivée sur ce point. La mention dans l'avis du médecin conseiller de la partie défenderesse de ce qu'est « *non contributif* » le descriptif de la situation du traitement de l'asthme au Togo produit par la partie requérante n'est donc pas malvenue.

