



Arrêt

**n° 149 658 du 14 juillet 2015
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

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

LE PRÉSIDENT DE LA VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 11 mars 2015, par X, qui déclare être de nationalité russe, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 9 février 2015.

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observation et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 8 mai 2015 convoquant les parties à l'audience du 4 juin 2015.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, président de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me M. KALIN loco Me L. HANQUET, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS loco Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 27 février 2001, le requérant a sollicité l'asile auprès des autorités belges. Le 5 mars 2001, l'Office des Etrangers a pris une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire, à son égard. Le 20 avril 2001, le Commissaire Général aux Réfugiés et aux Apatrides a confirmé cette décision. Le recours introduit à l'encontre de cette dernière décision a été rejeté par le Conseil d'Etat, le 15 février 2006, aux termes d'un arrêt n°154.980.

Le 27 juin 2003, le requérant a introduit une deuxième demande d'asile auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée par un arrêt n° 20 524, rendu par le Conseil de céans, le 16 décembre 2008.

1.2. Le 11 février 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9 bis 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 30 octobre 2009, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision de rejet de cette demande, prise par la partie défenderesse, le 13 mai 2009.

Le 14 juillet 2009, le requérant a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour, sur la même base. Le 21 novembre 2013, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision de rejet de cette demande, prise par la partie défenderesse, le 22 septembre 2009.

1.3. Le 28 décembre 2010, le requérant a introduit une demande de carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union, en qualité de conjoint de Belge. Le 16 mai 2011, la partie défenderesse a pris une décision de refus de séjour de plus de trois mois sans ordre de quitter le territoire, à son égard. Le recours introduit contre cette décision auprès du Conseil de céans, a été rejeté aux termes d'un arrêt n° 114 099, rendu le 21 novembre 2013.

Le 11 décembre 2012, le requérant a introduit une demande de carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union, en qualité d'ascendant de Belges. Le 4 juin 2013, la partie défenderesse a pris, à son égard, une décision de refus de séjour de plus de trois mois sans ordre de quitter le territoire. Le recours introduit contre cette décision auprès du Conseil de céans, a été rejeté aux termes d'un arrêt n° 114 100, rendu le 21 novembre 2013.

1.4. Le 25 mars 2014, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 23 juin 2014, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée. Cette décision ayant été retirée, le Conseil de céans a constaté, le 2 mars 2015, aux termes d'un arrêt n° 140 007, que le recours introduit contre cette décision était devenu sans objet.

1.5. Le 9 février 2015, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande, visée au point 1.4., recevable mais non fondée. Cette décision, qui a été notifiée à une date indéterminée, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un 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 requérant] a introduit une demande sur base de l'article 9ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat encas de retour dans son pays d'origine.

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 ou de séjour a été saisi afin de remettre un avis à propos d'un retour possible en Russie.

Dans son avis médical rendu le 07.08.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que ce dossier médical ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n°26565/05, N v. United Kingdom ;CEDH 2 mai 1997, n°30240/96, D.v. United Kingdom).

Le médecin de l'OE constate qu'en le cas d'espèce, il n'est pas question d'une maladie visée au §1, alinéa 1^{er} de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et qui puisse entraîner l'octroi d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de l'article précité.

Dès lors,

D'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine ou elle séjourne. Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni [à] l'article 3 CEDH.

Il n'y a donc pas lieu de rechercher la disponibilité et l'accessibilité des soins en Russie.»

2. Exposé du moyen d'annulation.

2.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après: la CEDH), des articles 9 ter 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, et « du principe général de droit de bonne administration qui impose à la partie défenderesse d'agir de manière raisonnable et de procéder à un examen particulier et complet du cas d'espèce », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.1.2. Dans ce qui peut être tenu pour une première branche, elle fait valoir que « Le médecin-conseiller de la partie défenderesse se contente d'invoquer qu'avec l'appareillage, la marche est autonome. La partie défenderesse ne se prononce cependant pas sur la nécessité d'une revalidation et d'une rééducation. Pourtant, le Docteur [X.X.] dans le [certificat médical type du 18 mars 2014] indique que la marche du requéran[t] est impossible sans une aide technique et une revalidation. Il indique, en termes de besoins spécifiques en matière de suivi, que le requéran[t] nécessite un suivi en consultation d'appareillage en médecine physique et une revalidation fonctionnelle. Dans le rapport annexé, il est spécifiquement prévu, à titre de « plan et objectifs de la réadaptation », notamment : une prise en charge en hydrothérapie, une prise en charge en ergothérapie fonctionnelle, une guidance psychologique et un encadrement social. Le médecin-conseiller de la partie défenderesse ne tient pas compte de ces éléments et n'a par ailleurs pas pris la peine d'examiner le requérant ».

2.1.3. Dans ce qui peut être tenu pour une deuxième branche, la partie requérante fait valoir l'éthylisme chronique du requérant et argue à cet égard qu'en ce que la partie défenderesse « conclut que cette affection n'est plus active actuellement, le requérant ne bénéficiant pas ou plus d'un quelconque traitement spécifique pour l'instant [et invoque que] cet éthylisme est « invoqué mais non confirmé » et qu'il n'a jamais été démontré », elle « remet en cause les constatations objectives du Docteur [X.X.] ». La partie requérante fait valoir que le « Docteur [X.X.] indique la prise de Befact dans le traitement médicamenteux suivi par le requérant. Ce médicament est généralement prescrit aux personnes alcooliques, souffrant d'éthylisme chronique et ce afin de combler des carences en vitamine B notamment. Le requérant a donc un suivi médicamenteux dans le cadre de l'éthylisme chronique, contrairement à ce qui est invoqué de part adverse. Par ailleurs, le Docteur [X.X.] mentionne à titre de besoins spécifiques en matière de suivi médical une aide au sevrage d'alcool et constate un risque de rechute. Le médecin conseiller de la partie défenderesse refuse manifestement de tenir compte de ces éléments et se bornent à invoquer que l'éthylisme est non confirmé et non démontré [...] ».

2.2. Sous un titre intitulé « exposé du risque de préjudice grave difficilement réparable », la partie requérante fait valoir qu'en l'espèce, « à l'appui de sa demande de protection subsidiaire fondée sur l'article 3 de [la CEDH], la partie requérante a invoqué un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour dans son pays d'origine. [...] En l'absence d'effet suspensif du présent recours, une mesure d'exécution forcée peut être prise à l'encontre de la partie requérante en violation de ces dispositions, sans que le grief défendable tiré de la violation de l'article 3 de la CEDH soit examiné par un Tribunal compétent à cet effet. La partie requérante pourrait être expulsée sans que les éléments médicaux invoqués (voir dossier administratif) par elle n'ai[ent] été dûment et rigoureusement examinés par un juge au regard d'un risque réel de traitement inhumain ou dégradant [...] ».

3. Discussion.

3.1.1. Sur le moyen unique, en ses deux branches, réunies, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1, alinéa 1^{er}, 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 9ter, § 1, alinéa 1er, 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) 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 9ter 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).

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 9ter, § 1, alinéa 1er, 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 Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

En ce qui concerne la référence par la partie défenderesse à la jurisprudence de la Cour E.D.H. relative à l'article 3 de la CEDH et aux travaux préparatoires de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le Conseil observe que cela ne permet pas de considérer que le seuil élevé fixé par la jurisprudence de cette Cour – à savoir que l'affection représente un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie – réduirait ou serait déterminant pour l'application de l'article 9ter dans son ensemble. Le champ d'application de cette disposition ne coïncide pas avec les situations dans lesquelles, selon la Cour E.D.H., un éloignement est contraire à l'article 3 de la CEDH.

3.1.2. Le Conseil rappelle par ailleurs que 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, 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 ont été soumis.

3.2. En l'espèce, force est de constater que l'acte attaqué se fonde sur l'avis médical du fonctionnaire médecin, daté du 7 août 2014, qui relate les constats suivants :

« [...] »

Certificats médicaux versés au dossier

31.01.2014 : Certificat médical du Dr [X.X.], médecine générale au Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle de Fraiture : rapport d'hospitalisation pour revalidation de difficultés de marche séquellaires d'amputation de cuisse gauche (contexte d'écrasement sous un train) du 13.01.2014.

Antécédents : ulcères gastro-duodénaux ; éthylysme chronique actif ; tabagisme actif.

Examen clinique général et neurologique sans particularité ; état psychique sans particularité ; examen du site d'amputation : absence de plaie, cicatrice opératoire correcte, absence de douleur.

Traitement actuel : Dafalgan, Contramal, Neurontin, Rivotril, Befact, Fraxiparine.

Observations du 18.03.14 : « autonomie de chaussement de la prothèse d'entraînement acquise : le patient marche avec deux cannes retournées sur une distance de 2x90m, y compris les escaliers et les plans inclinés.

Livraison de la prothèse semi-définitive ce jeudi 20.03.14.

Résultats biologiques annexés.

18.03.2014 : Certificat médical du Dr [X.X.], médecine générale au Centre Neurologique et de Réadaptation

Fonctionnelle de Fraiture : rappel de l'écrasement de la jambe gauche ayant donné lieu à une amputation et de l'éthylysme chronique.

Histoire Clinique

Le requérant est âgé de 53 ans.

Il a subi un écrasement de la jambe gauche le 13.01.2014 avec fracture ouverte comminutive du tiers moyen et tiers distal tibia-péroné ; ces lésions ont donné lieu à une amputation subtotale au niveau de la jambe gauche.

Suivi de la mise en place d'un appareillage avec prothèse d'entraînement et rééducation à la marche avec évaluation des aides techniques nécessaires.

En date du 18.03.2014, l'autonomie de chaussement de la prothèse d'entraînement est acquise.

Il a été prévu que la prothèse semi-définitive soit livrée le 20.03.2014.

L'évolution est favorable avec une autonomie de la marche avec la prothèse.

A noter, dans un souci d'exhaustivité, des antécédents de :

- Ulcères gastro-duodénaux qui ne bénéficient actuellement d'aucun traitement spécifique, ce qui confirme la notion d'antécédent et non de pathologie active.

- Ethylisme chronique actif : cette « particularité comportementale volontaire dans le chef du patient » est également mentionnée dans les antécédents du requérant. Il est utile de préciser qu'elle ne bénéficie pas non plus d'un quelconque traitement spécifique pour limiter les consommations. Il est ainsi permis de conclure, de surcroît en l'absence de tout rapport médical émanant d'un médecin spécialisé dans la prise en charge des assuétudes, que l'éthylysme - évoqué mais non confirmé n'est plus une particularité active actuellement. On notera encore que, dans le certificat du 18.03.14, cet éthylysme chronique a même perdu sa connotation d'« activité » (qui n'a par ailleurs jamais été démontrée). Une hypothétique « rechute en l'arrêt de traitement » (sic) a été évoquée dans ce document. A ce propos, il est intéressant de préciser qu'aucun traitement spécifique d'aide à la diminution de consommation n'a jamais été évoqué. Il est donc techniquement impossible d'évoquer un risque de « rechute en l'arrêt de traitement » (sic) dans un contexte d'absence de traitement antérieur...

Enfin, à l'analyse des paramètres biologiques annexés au certificat du 31.01.14, il appert que l'hypothétique consommation éthylique ne perturbe pas, de façon manifeste, les divers paramètres hépatiques et lipidiques, marqueurs fiables dans ce type de circonstances.

- Tabagisme actif : cette seconde particularité comportementale volontaire dans le chef du patient - également mentionnée dans les antécédents du requérant - ne constitue en rien une maladie présentant un risque pour la vie et/ou l'intégrité physique du requérant, au sens de l'article 9ter. Qui plus est, la consommation tabagique relève d'un choix personnel volontaire conscient et - normalement - éclairé en ce qui concerne les facteurs de risque de développement hypothétique de certaines affections favorisées par cette habitude comportementale.

On notera également qu'il semblerait que cette particularité comportementale ait disparu - tout bénéficie pour le requérant, a fortiori dans le cadre d'une revalidation post-amputation - dans le certificat du 18.03.14, sa notion d'activité.

Pathologie consolidée

Fracture tibia-péroné gauche suivie d'une amputation appareillée.

Traitement mentionné le 18.03.2014 ;

Dafalgan

Contramal

Neurotin

Rivotril

Befact

Fraxiparine

Conclusion

Ce dossier médical ne permet donc pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n° 26565/05, N v. United Kingdom ; CEDH 2 mai 1997, n° 30240/96, D. v. United Kingdom).

Avec l'appareillage, la marche est autonome.

Et les autres systèmes : cardio-vasculaire, respiratoire, gastro-intestinal, génito-urinaire, endocrinien, neurologique et psychique sont sans particularité.

Rappelons ici qu'il n'incombe pas au médecin de l'Office des Etrangers, dans l'exercice de sa mission, de supputer la possibilité de l'aggravation ultérieure d'une pathologie et en ce, la probabilité de survenue d'hypothétiques complications, mais de statuer, sur base des documents médicaux qui lui ont été transmis, si ces pathologies peuvent actuellement être considérées comme des maladies visées au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article.

Au regard du dossier médical, il apparaît qu'il n'existe :

- Pas 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. Le système cardio-vasculaire et respiratoire est normal.*
- Pas d'état critique : un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ou une hospitalisation permanente ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital du concerné.*
- Pas de stade très avancé de la maladie : la lésion est consolidée et appareillée.*

D'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Dès lors du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au retour dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Par conséquent, je constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1er alinéa 1er de l'article 9ter 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 ».

Le Conseil observe, d'une part, que les conclusions du fonctionnaire médecin, reprises dans l'avis joint à l'acte attaqué, et reproduites ci-avant, sont conformes aux pièces déposées par la partie requérante à l'appui de sa demande. Ledit avis lui ayant été notifié en même temps que l'acte attaqué, il lui permet ainsi de saisir la totalité des motifs ayant justifié cet acte.

3.3. Sur la première branche du moyen, quant à la nécessité d'une revalidation et d'une rééducation, le Conseil observe qu'il ressort de l'avis du fonctionnaire médecin que celui-ci a examiné cet aspect médical et estimé que « en date du 18.03.2014, l'autonomie de chaussement de la prothèse d'entraînement est acquise. Il a été prévu que la prothèse semi-définitive soit livrée le 20.03.2014. L'évolution est favorable avec une autonomie de la marche avec la prothèse ». Le Conseil estime dès lors que la partie requérante ne peut

être suivie lorsqu'elle reproche à la partie défenderesse de ne pas se prononcer sur la nécessité d'une revalidation et d'une rééducation. Cet aspect du moyen manque en fait.

S'agissant du grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas « avoir pris la peine d'examiner le requérant », le Conseil observe que celui-ci a donné un avis sur la situation médicale de celui-ci, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande introduite, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou au fonctionnaire médecin de rencontrer le demandeur ou de solliciter l'avis complémentaire de ses médecins traitants (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

3.4. D'autre part, quant à « l'éthylisme chronique » du requérant, invoqué en termes de requête, le Conseil n'aperçoit aucune contradiction entre les documents médicaux joints à la demande d'autorisation de séjour et l'avis du fonctionnaire médecin, ce dernier n'ayant aucunement remis en cause cet éthylisme, mais uniquement apprécié ses caractéristiques. La circonstance que le requérant prenne « du Befact », afin de combler les carences en vitamine B, n'énervé en rien les constats posés dans cet avis et n'est pas de nature à établir la gravité de l'éthylisme invoqué.

Le Conseil ne saurait, au demeurant, considérer que l'argumentation de la partie requérante développée en termes de requête est susceptible de pouvoir mettre à mal le bien-fondé des motifs de l'acte attaqué, sans substituer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente, ce qui excède manifestement les compétences qui lui sont dévolues dans le cadre du contrôle de légalité, telles qu'elles ont été rappelées dans les lignes qui précèdent. Aussi, à défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse, la partie requérante ne peut être suivie en ce qu'elle tente de faire accroire que « le médecin conseiller de la partie défenderesse refuse manifestement de tenir compte de ces éléments et se born[e] à invoquer que l'éthylisme est non confirmé et non démontré ».

3.5. S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour européenne des droits de l'homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son

territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Unis, §§42-45).

En l'occurrence, la partie requérante n'établit pas l'existence des considérations humanitaires impérieuses requises et, partant, la partie défenderesse n'a pas porté atteinte à cette disposition en adoptant l'acte attaqué.

En tout état de cause, dans la mesure où la partie défenderesse a pu, à juste titre, considérer que la maladie alléguée ne consistait pas en une maladie telle que prévue à l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi précitée du 15 décembre 1980, la partie requérante ne saurait faire utilement valoir que l'éloignement du requérant vers son pays d'origine emporterait un risque de violation de l'article 3 de la CEDH au regard dudit état de santé.

Pour le surplus, le Conseil ne peut que s'interroger sur l'intérêt de la partie requérante à cette argumentation, l'acte attaqué n'étant assorti d'aucune mesure d'éloignement. Il rappelle, en toute hypothèse, que l'examen, au regard de cette disposition, de la situation d'un étranger, dont la demande d'autorisation de séjour a été déclarée irrecevable, devra, le cas échéant, se faire au moment de l'exécution forcée d'une éventuelle mesure d'éloignement prise à son encontre et non au moment de sa délivrance (dans le même sens : C.E., arrêts n° 207.909 du 5 octobre 2010 et n° 208.856 du 29 octobre 2010). Le moyen est dès lors prématuré à cet égard.

3.6. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique n'est fondé en aucune de ses branches.

4. Débats succincts.

4.1. 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.

4.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

Article unique.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quatorze juillet deux mille quinze,
par :

Le greffier, Le président,

N. RENIERS