



Arrêt

**n°151 855 du 7 septembre 2015
dans l'affaire X / VII**

En cause : 1. X

2. X

agissant en nom propre et en qualité de représentants légaux de :

X

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 F.F. DE LA VIII CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 10 mars 2015 , en leur nom personnel et au nom de leurs enfants mineurs, par X et X, qui déclarent être de nationalité azerbaïdjanaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 3 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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 16 avril 2015 convoquant les parties à l'audience du 19 mai 2015.

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

Entendu, en leurs observations, Me P. DELGRANGE loco Me H. VAN VRECKOM, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me N. SCHYNTS loco Me D. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Les requérants ont déclaré être arrivés en Belgique le 4 octobre 2012.

1.2. Le 5 octobre 2012, les premier et deuxième requérants ont introduit une première demande d'asile, et le 18 décembre 2012, deux décisions de refus de séjour et de protection subsidiaire ont été prises par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil de céans dans son arrêt n°101 571 du 25 avril 2013.

1.3. Le 12 juin 2013, les premier et deuxième requérants ont introduit une seconde demande d'asile, et le 24 décembre 2013, deux décisions de refus de séjour et de protection subsidiaire ont été prises par le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions devant le Conseil de céans semble toujours pendant à la suite de l'arrêt n°122 511 du 16 avril 2014 ordonnant la réouverture des débats.

1.4. Le 29 janvier 2013, les requérants ont introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi, et le 11 mars 2013, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse.

1.5. Le 15 avril 2013, les requérants ont introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi, et le 25 avril 2013, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse.

1.6. Le 6 juin 2013, les requérants ont introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi, et le 24 septembre 2013, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de céans dans son arrêt n°118 341 pris en date du 4 février 2014.

1.7. Le 28 avril 2014, les requérants ont introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi, et le 3 février 2015, une décision d'irrecevabilité de la demande a été prise par la partie défenderesse.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif:

Article 9^{ter} §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^{er}, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, alinéa 1er 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 02.02.2015 (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 9^{ter} §3.

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

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de « [...] l'erreur manifeste d'appréciation, du défaut de motivation matérielle constituant une violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, ainsi que de la violation de l'obligation de motivation formelle pris des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, l'article 3 CEDH, des principes de bonne administration, dont le principe du raisonnable, de la minutie, la préparation soigneuse des actes administratifs et l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause ».

2.1.1. Dans ce qui s'apparente à une première branche, elle rappelle l'énoncé de l'article 9^{ter} de la Loi, qu'il s'agit d'une transposition de l'article 15 de la Directive Qualification n°2004/83/CE, que le mécanisme instauré par ledit article 9^{ter} s'inspire en partie de l'article 3 de la CEDH, et qu'il se déduit de ces dispositions « [...] que l'interdiction d'éloigner est une interdiction absolue ; Qu'une interdiction absolue est une interdiction qui ne prend en considération ni le comportement de la personne

concernée, ni des considérations de type financière ou économique liées aux pays d'accueil ; [...] ». Elle ajoute notamment « Qu'en ce qui concerne l'adéquation du traitement, elle doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc ».

Elle rappelle ensuite la portée et l'étendue de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs qui incombe à la partie défenderesse ainsi que la portée des principes de bonne administration dont le devoir de minutie et le principe du raisonnable.

2.1.2.1. Dans ce qui s'apparente à une seconde branche, elle argue premièrement, et en substance, que l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse « [...] méconnaît l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 en ce qu'il se contente de déclarer que « il n'est pas possible de conclure à un stade mettant la vie en péril ». Que la décision attaquée laisse entendre qu'un risque immédiat pour la vie de la personne concernée doit être constaté dans le cadre d'une demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Qu'une telle interprétation est contraire à cet article 9ter ; [...] ; Que l'absence de risque vital imminent n'empêche pas l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ». Elle ajoute « Que l'article 9ter §1, 1° de la loi du 15 décembre 1980 dispose simplement que lorsqu'une maladie entraîne un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou le pays dans lequel la personne concernée séjourne, cette dernière peut obtenir une autorisation de séjour en Belgique » se référant sur ce point à l'arrêt n°135037 du 12 décembre 2014 du Conseil de céans dont elle reproduit un extrait. Elle estime dès lors qu'en réduisant le champ d'application de l'article 9ter à celui de l'article 3 de la CEDH, la décision querellée viole l'article 9ter de la Loi. Aussi, elle ajoute par ailleurs qu'il « [...] n'apparaît pas clairement de l'avis du médecin-attaché en quoi il n'y aurait pas de risque réel pour la vie, l'intégrité physique ou de risque réel de traitements inhumains ou dégradants dans le chef de la requérante » alors « Que les éléments médicaux du dossier démontrent pourtant une maladie d'un niveau de gravité tel qu'elle comporte un risque pour la vie, l'intégrité physique ou un risque de traitements inhumains ou dégradants en l'absence de traitement adéquat ».

2.1.2.2. Deuxièmement, s'agissant de l'affection dont souffre la deuxième requérante, elle relève que « [...] les certificats médicaux s'accordent à dire que l'affection de la requérante est évolutive et récidivante. Qu'il ne faut donc pas seulement examiner l'état de santé actuel, mais également les possibilités d'un suivi nécessaire et d'un traitement à l'avenir » et soutient alors que l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse, en ce qu'il considère que la maladie est stable, est en totale contradiction avec l'ensemble du dossier médical de la deuxième requérante. Elle se réfère à cet égard au certificat médical du Dr.[D.] daté du 27 mai 2014 qui conclut à une « surveillance de nodules sous-mandibulaires suspects de récurrence d'adénome pléomorphe », ainsi qu'à l'attestation du Dr. [V.] du 26 mai 2014, lequel « [...] estime qu'un suivi régulier d'un médecin est nécessaire, à savoir d'un ORL et d'un radiothérapeute. Qu'un suivi à long terme est prévu, pouvant durer jusqu'à 20 ans. Qu'il n'existe pas d'alternative au traitement envisagé car il y a une tumeur à opérer. Qu'une rechute locale est à craindre et qu'en l'absence de soins de plaies spécialisés, il existe un risque de cicatrisation difficile [...] ». Elle fait alors grief au médecin conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir motivé son avis permettant de comprendre, pourquoi ces éléments ne sont pas pris en compte. Elle se réfère ensuite au certificat médical du 26 février 2015 établi par le Dr. [V.] qui précise que « Madame [H.] est donc suivie alternativement dans le service de Radiothérapie de la Clinique Ste Elisabeth et le service ORL du CHU Dinant-Godinne tous les deux mois compte tenu de la persistance de multiples lésions infracentimétriques dans la loge sous-maxillaire droite. Je me permets de rappeler qu'un suivi rapproché dans des services d'expertise est nécessaire et particulièrement chez cette patiente ; en effet, les adénomes pléomorphes sont bien des lésions bénignes, mais à agressivité locale, qui nécessitent une prise en charge chirurgicale adéquate afin d'en réaliser l'exérèse complète ». Elle soutient ensuite « Que même s'il n'y a pas de risque de rechute plus élevé en cas de retour au pays d'origine, la requérante ne pourrait y bénéficier d'un traitement adéquat, comme le démontre les différentes pièces du dossier », et fait grief à la décision querellée de se baser « [...] sur le fait qu'il n'y a pas eu de récurrence depuis la dernière opération, il y a deux ans, pour minimiser le risque de rechute de la requérante ». Elle rappelle notamment qu'il ressort également des autres pièces médicales qu'il existe un risque de rechute. Elle reproduit ensuite un extrait de l'arrêt Yoh-Ekale Mwanje c. Belgique du 20 décembre 2011 de la Cour européenne des droits de l'homme avant de considérer « Que l'état de santé de la requérante nécessite donc un suivi rapproché, sans quoi elle risquerait de voir son état de santé se dégrader ; Que la décision ne motive donc pas de manière adéquate en quoi « rien ne permet d'évaluer le risque de rechute et que dans ce cas hypothétique il ne serait pas correctement pris en charge en Azerbaïdjan » » et d'ajouter

« Que, conformément au texte de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la gravité de l'affection et le risque pour la vie et pour l'intégrité de la requérante doivent être examinés à la lumière de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine ». Par ailleurs, elle fait grief à la partie défenderesse d'avoir considéré, dans la décision querellée, qu'un suivi est disponible en Azerbaïdjan, se référant sur ce point aux certificats médicaux des 26 et 27 mai 2014 et précisant « Que la requérante a d'ailleurs déjà dû se rendre en Turquie pour y bénéficier d'un traitement, ce dont elle nécessitait n'étant pas disponible en Azerbaïdjan », avant lui faire également grief de ne pas avoir donné les raisons pour lesquelles elle considère qu'il ne faut pas tenir compte de ces éléments. Elle ajoute encore, notamment, « Que selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la radiothérapie « n'est généralement pas disponible dans le système de santé public » (Cancer Country Profile d'Azerbaïdjan de 2014, pièce 4). Que la requérante a déjà dû bénéficier d'une radiothérapie, qu'elle est toujours suivie de manière rapprochée par le service de radiothérapie de la Clinique Ste Elisabeth (pièce 3) et qu'elle en aura à nouveau besoin en cas de rechute » et « Que, de plus, même dans le cas où les soins seraient disponibles, leur accessibilité fera défaut. Que différentes organisations internationales, citées dans la demande d'autorisation à la base de la décision attaquée, dénoncent l'inaccessibilité tant structurelle que financière des soins de santé en Azerbaïdjan ». Elle affirme « Que, dès lors, il doit être conclu que la maladie est telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitements inhumains ou dégradants », reprochant au médecin conseil de ne pas s'être penché sur la question de savoir si le retour de la deuxième requérante en Azerbaïdjan comporte un risque pour son intégrité physique ou un risque de traitements inhumains ou dégradants.

Elle conclut pour l'essentiel « Que la décision querellée est entachée par un défaut manifeste de motivation formelle car il n'est pas possible de déduire de la décision attaquée sur quels motifs elle juge qu'un retour de la requérante vers son pays d'origine lui permettra de bénéficier d'un traitement adéquat dans son pays d'origine », que « [...] la partie adverse a pris une décision manifestement déraisonnable, en violation des principes de bonne administration dont le principe du raisonnable, de la minutie, la préparation soigneuse des actes administratifs et l'obligation de prendre en considération l'ensemble des éléments de la cause », citant à cet égard l'arrêt n°49.781 du Conseil de céans, et enfin, que la partie défenderesse a violé l'article 3 de la CEDH en combinaison avec les dispositions légales et les principes de droit général de bonne administration cités dans le moyen.

2.1.2.3. Troisièmement, s'agissant du problème psychiatrique, elle relève que le médecin-conseil est un médecin généraliste et qu'il n'a pas examiné l'état psychique de la deuxième requérante, contrairement au Dr. [L.], psychiatre, qui suit la requérante déjà depuis longtemps et qui a relevé le problème. Elle estime alors que le médecin conseil de la partie défenderesse ne motive pas suffisamment en quoi l'état de santé de la requérante n'atteindrait pas le degré de gravité mentionnée dans le dossier médical, sans aucune contre-expertise, violant ainsi l'obligation de motivation et les principes de bonne administration, dont le principe du raisonnable, en prenant une décision qui est en contradiction avec le dossier médical de la requérante. Elle fait également grief à la partie défenderesse de n'avoir effectué aucun examen de la disponibilité ni de l'accessibilité d'un quelconque traitement psychiatrique en Azerbaïdjan, alors que le Dr. [L.] déclare pourtant, dans le certificat médical du 6 mars 2014 que le traitement médicamenteux nécessaire à la requérante n'est pas disponible au pays d'origine. Elle se réfère ensuite à un rapport de 2010 publié sur le site de l'OMS dont elle reproduit un extrait.

3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, branches réunies, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 3, 4°, de la Loi 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 § 1er, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume. »

L'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la Loi 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, 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 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^{ter} 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^{ter} dans la Loi, 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, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9^{ter}, § 1, alinéa 1^{er}, 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. Le Conseil rappelle également 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, 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 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.

3.3. Le Conseil observe qu'en l'espèce, l'avis du fonctionnaire médecin, sur lequel repose la décision querellée, relate les constats suivants : *« D'après le CMT il ressort que l'affection qui motivait la demande 9^{ter} est un adénome pléomorphe de la glande sous-maxillaire droite récidivant ayant bénéficié d'une chirurgie d'exérèse en Azerbaïdjan et en Turquie de 1999 à 2009 puis en Belgique le 10/12/2012 suivie le 07/02 et le 22.03.2013 d'une radiothérapie. « La maladie est stable » à l'IRM suivant le rapport de 04.04.2014. « Il y a pas de limitation aux voyages ni à mener une vie normale et la suspicion de rechute n'est pas confirmée » suivant le rapport de 26.05.2014. A 2 ans de la dernière chirurgie suivie d'une radiothérapie, aucune récidive n'est démontrée. Le risque de rechute demeure, en Belgique comme partout ailleurs. Cette affection existe depuis 1999 et a déjà bénéficié d'interventions*

chirurgicales et radiothérapeutiques en Azerbaïdjan. Aucun document ou référence [sic] ne sont communiquées permettant d'estimer que les soins réalisés dans le pays d'origine soient insuffisants. Rien ne permet d'évaluer le risque de rechute et que dans ce cas hypothétique il ne serait pas correctement pris en charge en Azerbaïdjan.

Concernant le problème psychiatrique évoqué (PTSD, maniaco-dépression, anxiété) dans le CMT du 06.03.2014 du Dr D.LIVEMONT, le degré de gravité décrit (le pire qu'il soit - sic) ne correspond pas avec le suivi : un seul contact spécialisé pour rédiger le certificat médical, pas de suivi régulier mentionné, pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique, pas d'épisode aigu de décompensation.

Cette sévérité du trouble paraît peu crédible d'autant que le traumatisme causal remonterait à un conflit ethnique en 1989 alors que les premières manifestations psychiques sont seulement apparues et décrites en 2014. Il n'y a aucun élément clinique concret dans le dossier médical montrant qu'il s'agit d'une affection psychiatrique sévère et qu'un traitement spécifique soit indiqué. [...] ».

Il ressort clairement de cet avis que le fonctionnaire médecin a estimé que les troubles invoqués, non seulement n'entraînaient aucun risque vital dans le chef de la deuxième requérante, mais ne présentaient en outre pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9^{ter} de la Loi. Il ressort des certificats médicaux des 26 mai et 27 mai 2014, « *Suspicion de rechute locale non confirmée à l'heure actuelle. Si confirmée, reprise chirurgicale* » et « *les nodules sous mandibulaires sont stables* » en conclusion : « *Surveillance de nodules-mandibulaires suspects de récidives d'adénome pléomorphe. (...)* ». C'est donc à bon droit que le médecin conseil a indiqué dans son avis : « *la maladie est stable la suspicion de rechute n'est pas confirmée* »

Aussi, le Conseil observe que ce constat n'est pas utilement contesté par la partie requérante en termes de requête, se contentant de prendre le contre-pied de l'avis du médecin fonctionnaire quant aux différentes appréciations de l'évolution de l'état de santé de la deuxième requérante, ce qui revient, en réalité, à inviter le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse. Or, le Conseil rappelle 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 se prononcer sur l'opportunité de décisions qui relèvent du pouvoir discrétionnaire du Ministre ou du Secrétaire d'Etat compétent, ni de substituer, dans le cadre de l'examen du recours, son appréciation à celle de l'administration dès le moment où il ressort du dossier que cette autorité a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis, comme en l'espèce.

Par ailleurs, le certificat médical du 26 février 2015, annexé au présent recours, et invoqué en termes de requête n'est pas de nature à renverser le constat qui précède dès lors que la jurisprudence administrative constante considère que les éléments qui n'avaient pas été portés par le requérant à la connaissance de l'autorité en temps utile, c'est à dire avant que celle-ci ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle de se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris (en ce sens, notamment: C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002). Il en va de même s'agissant des pièces complémentaires transmises par la partie requérante à la partie défenderesse en date du 17 avril 2015, soit postérieurement à la prise de la décision querrellée.

S'agissant plus particulièrement du stress post traumatique allégué, le Conseil observe que la partie requérante reste en défaut de critiquer les constatations du fonctionnaire médecin tenant au fait que « [...] *le degré de gravité décrit (le pire qu'il soit - sic) ne correspond pas avec le suivi : un seul contact spécialisé pour rédiger le certificat médical, pas de suivi régulier mentionné, pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique, pas d'épisode aigu de décompensation. Cette sévérité du trouble paraît peu crédible d'autant que le traumatisme causal remonterait à un conflit ethnique en 1989 alors que les premières manifestations psychiques sont seulement apparues et décrites en 2014. Il n'y a aucun élément clinique concret dans le dossier médical montrant qu'il s'agit d'une affection psychiatrique sévère et qu'un traitement spécifique soit indiqué. [...]* », en sorte que les arguments développés dans le moyen sont sans pertinence.

Quant au grief fait au médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné la deuxième requérante, 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, dans le respect de la procédure fixée par la Loi, et rappelle que ni l'article 9^{ter} de la Loi, 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 : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010).

Par ailleurs, quant à l'argument de la partie requérante relative à l'absence de disponibilité et d'accessibilité aux soins dans le pays d'origine de la deuxième requérante, il convient de constater qu'en l'espèce, le fonctionnaire médecin, qui a pu conclure, pour les raisons susmentionnées, que les affections invoquées ne présentaient pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9^{ter} de la Loi, n'avait, par voie de conséquence, pas à s'interroger sur la disponibilité et l'accessibilité des soins dans ce pays.

S'agissant, enfin, du risque allégué de violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil ne peut que s'interroger sur l'intérêt de la partie requérante à cette argumentation, la décision attaquée n'étant assortie d'aucune mesure d'éloignement. Le Conseil 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.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le moyen ne peut être considéré comme 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. Le recours en annulation étant rejeté par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le sept septembre deux mille quinze par :

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

Mme S. DANDOUY , greffier assumé.

Le greffier, Le président

S. DANDOUY

C. DE WREEDE