



Arrêt

**n° 194 148 du 24 octobre 2017
dans l'affaire X / VII**

En cause : 1. X

Ayant élu domicile : au 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 2 juin 2016, en son nom et au nom de ses enfants mineurs, par X, ainsi que par X, qui déclarent être de nationalité kosovare, tendant à l'annulation d'une décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 20 avril 2016.

Vu le titre I^{er} 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 27 juillet 2017 convoquant les parties à l'audience du 14 septembre 2017.

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

Entendu, en leurs observations, Me M. LECOMPTE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et L. CLABAU, attaché, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 12 juillet 2011, la première requérante et son époux ont, chacun, introduit une demande d'asile auprès des autorités belges.

1.2. Le 13 septembre 2011, faisant valoir l'état de santé de son époux, la première requérante et celui-ci ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de

l'article 9ter 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).

1.3. Le 20 février 2012, la procédure visée au point 1.1. s'est clôturée négativement aux termes d'un arrêt n° 75 498, par lequel le Conseil de céans a refusé de leur reconnaître le statut de réfugié et de leur accorder le statut de protection subsidiaire.

1.4. Le 25 mai 2013, l'époux de la première requérante est décédé.

1.5. Le 24 février 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.2., irrecevable.

1.6. Le 24 mars 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, à l'encontre de la première requérante.

1.7. Le 10 avril 2014, faisant valoir son état de santé, la première requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.8. Le 22 septembre 2014, la première requérante a également introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980.

1.9. Le 20 janvier 2015, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.7., irrecevable.

1.10. Le 17 décembre 2015, faisant valoir l'état de santé de ses enfants mineurs, la première requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.11. Le 20 avril 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Cette décision, qui a été notifiée à la première requérante, le 3 mai 2015, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 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 1^{er} 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 18/04/2016 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement [les enfants mineurs de la première requérante] ne sont pas atteints par une affection représentant une menace directe pour leur vie ou pour leur 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 ils séjournent.

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 ».

1.12. Le recours introduit à l'encontre de la décision, visée au point 1.9., a été rejeté par le Conseil de céans aux termes d'un arrêt n° 188 629, rendu le 20 juin 2017.

1.13. Le 13 juin 2016, par deux décisions distinctes, prises à l'encontre de la première requérante, d'une part, et de la seconde requérante – devenue majeure entre temps –, d'autre part, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.8., irrecevable.

Les recours introduits à l'encontre de ces décisions, ont été enrôlés, respectivement, sous les numéros 191 885 et 191 478.

2. Exposé du moyen d'annulation.

Les parties requérantes prennent un moyen unique de la violation de l'article 9ter 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 bonne administration pris de la violation des articles 3 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales [ci-après : la CEDH] ».

Après un rappel de considérations théoriques, les parties requérantes soutiennent que la constatation selon laquelle « la maladie des enfants de [I]a [première] requérante ne répond manifestement pas à une maladie au sens du § 1er alinéa 1er qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base de la disposition légale de l'article 9 ter [...] est en totale contradiction avec l'avis du médecin des enfants de [I]a requérante », faisant valoir « Qu'à cet égard, les pièces médicales qui ont été déposées à l'appui de la demande 9ter font état du fait que [ces] enfants [...] sont atteints de la même pathologie que celle de leur père qui en est malheureusement décédé ; Il est apparu [qu'ils] étaient prédisposés à cette maladie et devaient d[è]s lors être suivis afin d'éviter des conséquences désastreuses ; Il est rappelé que différents kystes ont été trouvés dans le chef de ceux-ci ; [...] que ces pièces médicales faisaient état d'une pathologie grave, pathologie nécessitant un traitement médicamenteux dans le chef des enfants de [I]a [première] requérante ; Que la partie adverse, quant à elle, fait état, pour rendre une décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...] d'un rapport qui serait établi par un médecin conseiller ; Qu'il convient également de constater que ce rapport est rendu par ce « médecin conseiller » sans qu'à aucun moment, il n'ait pu rencontrer la personne afin de pouvoir rendre un diagnostic précis quant à la pathologie et quant aux risques éventuels en cas de retour dans son pays d'origine ; Qu'il s'agit là d'un manquement au principe de bonne administration ; [...] ».

Elles ajoutent « que l'acte attaqué est motivé par référence à l'article 9ter §3 4° de la loi du 15 décembre 1980 ; [...] que la décision prise relève que le certificat médical ne permettrait pas d'établir que l'intéressée [sic] souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ; [...] que [I]a [première] requérante soutient que cette conclusion n'est pas adéquate au vu des éléments qu'elle avait communiqués à la partie défenderesse ; Que la motivation retenue par la partie défenderesse est clairement stéréotypée ; Que la partie adverse s'est contentée de reprendre l'avis du médecin conseil afin de motiver sa décision de refus ; Que votre Conseil, dans divers arrêts, a pu constater que le caractère laconique de la motivation de la partie défenderesse lors de recours introduits contre des décisions qui ont déclaré irrecevable la demande 9ter en se fondant sur l'article 9ter §3 4° étaient inadéquates et clairement stéréotypées (voir en ce sens, CCE, 11/10/2012, n° 89.509 ; CCE, 28/09/2012, n° 88.537 ; CCE, 27/09/2012, n° 88.390 ; CCE, 27/09/2012, n° 88.396 ; CCE, 27/09/2012, n° 88.341) ; Que le rapport réalisé par le médecin-conseil de l'Office des Etrangers ne permet pas de vérifier si celui-ci a procédé à un examen sérieux visant à déterminer si la maladie [des enfants de la première] requérant[e] n'était pas de nature à entraîner un

risque réel pour [leur] intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant à la lumière du pronostic établi par [leur] médecin [...] en cas de retour au pays d'origine mentionné dans les certificats médicaux produits ; Que la motivation de la décision entreprise fondée uniquement sur ce rapport incomplet de ce médecin-conseil doit être considérée comme étant insuffisante au regard de l'article 9ter §3 4° de la loi et méconnaît la portée des dispositions visées aux moyens », en telle sorte « Qu'il résulte des éléments exposés ci-avant que la décision qui a été prise viole les dispositions visées aux moyens et qu'il est permis également de considérer qu'un risque de violation de l'article 3 de la [CEDH] n'est pas exclue dans le cas d'espèce ; Qu'il n'y a donc eu aucune individualisation de la situation, la partie adverse se contentant pour refuser de faire droit à la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 de s'en référer à l'avis de son médecin conseiller ».

Les partie requérantes ajoutent « Qu'aucun examen n'est réalisé par la partie adverse quant à la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le chef des enfants de [I]a [première] requérante au vu de leur origine ; Qu'il incombe à la partie adverse de s'assurer que l'étranger est en mesure d'effectuer le voyage vers son pays d'origine. Si tel est le cas, la partie adverse aurait dû examiner tant la disponibilité que l'accessibilité des soins que nécessite l'état des enfants de [I]a [première] requérante. Qu'en effet à l'appui de sa demande [I]a [première] requérante avait fait valoir le fait que ses enfants ne pourraient bénéficier de soins en cas de retour dans leur pays d'origine ; Qu'en l'espèce aucune investigation n'a été faite, la partie adverse ne réfute pas sérieusement le risque qu'un éloignement du territoire puisse constituer un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 CEDH ; Que la partie adverse s'est simplement contentée de s'en référer purement à l'article 3 de la [CEDH] ; Que cette motivation n'est pas valable ; Que Votre juridiction a déjà estimé qu'en adoptant le libellé de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, le législateur a entendu astreindre la partie défenderesse à un contrôle des pathologies alléguées qui s'avère plus étendu que celui découlant de la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'homme, citée dans l'avis du médecin conseil ; [...] Qu'il résulte dès lors des éléments exposés ci-avant que la décision qui a été prise viole les dispositions visées aux moyens et qu'il est permis également de considérer qu'un risque de violation de l'article 3 de la [CEDH] n'est pas excl[u] dans le cas d'espèce ; [...] Que la partie adverse ne s'est pas donné la peine d'examiner les conséquences en cas d'arrêt de traitement des enfants de [I]a [première] requérante que des complications pourraient survenir en cas de non-traitement ou d'arrêt du traitement ; [...] »

3. Discussion.

3.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 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 § 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^{er}, 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^{er}, alinéa 1^{er}, 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 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 (ci-après : la 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).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter 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 9ter, § 1^{er}, 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 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, 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.

3.3. Le Conseil observe qu'en l'espèce, les avis du fonctionnaire médecin, établis le 18 avril 2016, sur lesquels repose l'acte attaqué, relatent les constats suivants, d'une part, s'agissant du fils mineur de la première requérante : « D'après le certificat médical type et les pièces médicales :

01.06.2015 : rapport de consultation du Dr [J.V.W.], pédiatre : fait état d'une maladie autosomiale dominante polykystique rénale (ADPKD) découverte fortuitement chez un garçon de 16 ans, présente également chez la sœur, les grands parents et le père (qui est décédé d'hémorragie cérébrale). Il n'y a aucune anomalie clinique (il joue au football) et biologique (fonction rénale normale). Un avis cardiologique et une IRM cérébrale sont demandés. Il n'y a pas de traitement médicamenteux. Il n'y a pas eu d'hospitalisation.

04.08.2015 et 16.11.2015 : certificats médicaux type du Dr [J.V.W.], pédiatre: reprend les mêmes éléments. Des anomalies cardiaques ou cérébrales (anévrisme) et une détérioration de la fonction rénale, des infections de l'hypertension artérielle, pourraient survenir. Dans ce cas, une dialyse ou une transplantation rénale pourrait être nécessaire. Un suivi néphrologique avec contrôle de la fonction rénale, cardiologique et neurologique avec IRM cérébrale serait requis et ne serait pas disponible au Kosovo.

14.01.2016 : rapport de consultation du Dr [J.V.W.], pédiatre : reprend des éléments connus. Les risques possibles d'hypertension artérielle, d'hémorragies centrale sont rappelés et l'évolution ultérieure vers l'insuffisance rénale dont il est difficile d'évaluer combien cela peut durer.

22.02.2016 : rapport de consultation du Dr [J.V.W.], pédiatre : fait état d'une absence d'anévrisme à l'IRM cérébrale et de la normalité de l'échocardiographie et de l'ECG. L'échographie des reins montre une différenciation corticomédullaire normale, pas d'hydronéphrose, une densité normale, pas de lithiase et des kystes multiples. Il s'agit probablement d'une polykystose de type adulte dont l'évolution vers l'insuffisance rénale est inéluctable puis la dialyse ou la transplantation des reins voire du foie.

Il ressort que l'affection qui motivait la demande 9ter est une maladie autosomiale dominante polykystique rénale (ADPKD) découverte fortuitement sans aucune anomalie détectée hormis les kystes rénaux. Le bilan est négatif. Il n'y a pas de traitement médicamenteux. Il n'y a pas eu d'hospitalisation. Un suivi peut s'avérer utile mais n'est pas un traitement à caractère vital.

La polykystose rénale dominante est une affection fréquente responsable d'environ 10% des insuffisances rénales terminales. L'évolution vers la phase terminale de l'IRC nécessite habituellement plusieurs dizaines d'années. L'âge moyen de survenue de l'insuffisance rénale terminale est de 54 ans pour la forme PKD1 et 74 ans pour la forme PKD2.

Force est de constater qu'il est par ailleurs impossible de présumer d'une modification éventuelle de la qualité et/ou de l'espérance de vie de tout individu.

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

L'appréciation de la vitesse à laquelle son état pourrait se dégrader ainsi que l'accessibilité ultérieure à une thérapeutique dont la nécessité n'est pas démontrée à ce jour, comporte nécessairement une part d'incertitude, eu égard, en particulier, à l'évolution constante de la situation en matière d'avancées médicales[.]

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 ultérieures, 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 §1er alinéa 1er de l'article 9ter 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.

Par conséquent, je constate 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 il séjourne (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 »

et, d'autre part, s'agissant de la fille mineure de la première requérante : « D'après le certificat médical type et les pièces médicales :

03.12.2014 : rapport de Mme [F. D.], psychologue : émet des considérations sur la situation générale de la famille de la requérante. Il n'y a pas d'éléments médicaux concernant la requérante.

20.05.2015 : rapport de consultation du Dr [J.V.W.], pédiatre : fait état d'une maladie autosomiale dominante polykystique rénale (ADPKD) découverte fortuitement chez une fille de 14 ans, présente également chez la grand-mère et le père (qui est décédé d'hémorragie cérébrale). Il n'y a aucune anomalie clinique (elle joue au football et est très sportive) ni biologique. Il n'y a pas d'hypertension ni de protéinurie. Un avis cardiologique et une IRM cérébrale sont programmés. Il n'y a pas de traitement médicamenteux. Il a bénéficié d'une appendicectomie en avril 2015.

04.08.2015 et 16.11.2015 : certificats médicaux type du Dr [J.V.W.], pédiatre : reprend les mêmes éléments. Des anomalies cardiaques ou cérébrales (anévrisme) et une détérioration de la fonction rénale, des infections, de l'hypertension artérielle, pourraient survenir. Dans ce cas une dialyse ou une transplantation rénale pourrait être nécessaire ou des traitements de l'hypertension artérielle, des antibiotiques. Un suivi néphrologique avec contrôle de la fonction rénale, cardiologique et neurologique avec IRM cérébrale serait requis et ne serait pas disponible au Kosovo.

14.01.2016 : rapport de consultation du Dr [J.V.W.], pédiatre : reprend des éléments connus. Les risques possibles d'hypertension artérielle, d'hémorragie centrale sont rappelés et l'évolution ultérieure vers l'insuffisance rénale dont il est difficile d'évaluer à quel moment.

22.02.2016 : rapport de consultation du Dr [J.V.W.], pédiatre : fait état d'une absence d'anévrisme ou d'anomalie à l'IRM cérébrale et de la normalité de l'échocardiographie et de l'ECG. L'échographie abdominale est normale. Il s'agit probablement d'une polykystose de type adulte dont l'évolution vers l'insuffisance rénale est inéluctable puis la dialyse ou la transplantation des reins voire du foie.

Il ressort que l'affection qui motivait la demande 9ter est une maladie autosomiale dominante polykystique rénale (ADPKD) découverte fortuitement sans aucune anomalie détectée hormis les kystes rénaux. Le bilan est négatif. Il n'y a pas de traitement médicamenteux. Il n'y a pas eu d'hospitalisation. Un suivi peut s'avérer utile mais n'est pas un traitement à caractère vital. Le bilan récent est par ailleurs normal.

La polykystose rénale dominante est une affection fréquente responsable d'environ 10 % des insuffisances rénales terminales. L'évolution vers la phase terminale de l'IRC (dans plus de 50 % des cas suivant le spécialiste) nécessite habituellement plusieurs dizaines d'années. L'âge moyen de survenue de l'insuffisance rénale terminale est de 54 ans pour la forme ADPKD1 et 74 ans pour la forme ADPKD2.

Force est de constater qu'il est par ailleurs impossible de présumer d'une modification éventuelle de la qualité et/ou de l'espérance de vie de tout individu.

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

L'appréciation de la vitesse à laquelle son état pourrait se dégrader ainsi que l'accessibilité ultérieure à une thérapeutique dont la nécessité n'est pas démontrée à ce jour, comporte nécessairement une part d'incertitude, eu égard, en particulier, à l'évolution constante de la situation en matière d'avancées médicales[.]

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 ultérieures, 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 §1er alinéa 1er de l'article 9ter 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.

Par conséquent, je constate 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 §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 ».

Les constats posés dans ces avis se vérifient à l'examen du dossier administratif et ne sont pas utilement contestés par la partie requérante.

Il ressort en effet des éléments médicaux produits, à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.10., que si les enfants mineurs de la requérante souffrent tous deux d'une maladie autosomiale polykystique rénale, ils ne suivent aucun traitement médicamenteux et n'ont jamais été hospitalisés, lesdits éléments médicaux faisant uniquement état d'un suivi médical en vue de suivre l'évolution de cette pathologie. Partant, le constat selon lequel *« rien dans ce dossier ne démontre que la situation médicale [des enfants de la requérante] témoigne, à l'heure actuelle, d'un état critique »*, opéré par le fonctionnaire médecin, et sa conclusion selon laquelle *« 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 [ils] séjourne[nt] (une maladie visée au §1^{er} 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 »* n'apparaissent pas entachés d'une erreur manifeste d'appréciation. La contradiction, alléguée par la partie requérante, n'est dès lors pas établie.

Le Conseil estime en outre que le grief selon lequel *« il n'y a [...] eu aucune individualisation de la situation, la partie adverse se contentant pour refuser de faire droit à la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 de s'en référer à l'avis de son médecin conseiller ; [...] »*, ne peut être suivi, au vu des termes de l'article 9ter, §3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980, sur la base duquel l'acte attaqué a été pris.

Quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir rencontré les enfants mineurs de la requérante, *« afin de rendre un diagnostic précis quant à la pathologie et quant aux risques éventuels en cas de retour dans [leur] pays d'origine »*, le Conseil observe que ledit médecin a donné un avis sur la situation médicale de ceux-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 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 rencontrer le demandeur (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010). Le Conseil observe également que, dans le cadre de la demande susvisée, la première requérante a eu la possibilité de faire valoir les éléments démontrant, selon elle, que ses enfants mineurs remplissaient les conditions fixées à l'autorisation de séjour, sollicitée.

Quant au grief fait au fonctionnaire médecin de ne pas avoir examiné *« la disponibilité et l'accessibilité des soins dans le chef des enfants de [l]a [première] requérante au vu de leur origine »*, force est de constater que, le fonctionnaire médecin ayant pu conclure, pour les raisons susmentionnées, que ceux-ci ne souffraient 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.

3.4. Enfin, quant à 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, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises.

3.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen pris ne peut être tenu pour fondé.

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

Article unique.

La requête en annulation est rejetée.

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

Mme N. RENIERS, Président de chambre,

Mme N. SENGEGERA, Greffier assumé.

Le greffier, Le président,

N. SENGEGERA

N. RENIERS