



Arrêt

**n° 212 407 du 19 novembre 2018
dans l'affaire X / I**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. ZEGBE ZEGS
Avenue Van Goidtsnoven 97
1190 BRUXELLES**

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 IE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 3 juillet 2015, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à l'annulation d'une décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 12 juin 2015.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 septembre 2018 convoquant les parties à l'audience du 17 octobre 2018.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me F. ZEGBE ZEGS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. DE SOUSA loco Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. La requérante est arrivée en Belgique en 2008, sous le couvert d'un visa pour études. Ce titre de séjour a été prorogé à diverses reprises, jusqu'au 31 octobre 2014.

1.2. Le 10 octobre 2014, la partie défenderesse a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire. Cette décision n'apparaît pas avoir été entreprise de recours.

1.3. Par courrier daté du 7 novembre 2014, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, 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).

1.4. Le 12 juin 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 22 juin 2015, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois (ci-après : le premier acte attaqué) :

« *Motif:*

Article 9ter §3 – 4° de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après la loi du 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1^{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 11.06.2015 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé[e] n'est pas atteint[e] par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où [elle] séjourne.

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

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

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le deuxième acte attaqué) :

« *L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:*

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

- L'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable.

En application de l'article 74/14, §3 de la loi du 15 décembre 1980, le délai pour quitter le territoire est diminué à [0] jour car :

o 4° le ressortissant d'un pays tiers n'a pas obtempéré dans le délai imparti à une précédente décision d'éloignement :

- L'intéressée n'a pas obtempéré à l'OQT du 15.10.2014.»

2. Question préalable.

Il convient de rappeler qu'aux termes de l'article 39/82 § 3, alinéa 2, de la loi précitée 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), « *Dans l'intitulé de la requête, il y a lieu de mentionner qu'est introduit soit un recours en annulation, soit une demande de suspension et un recours en annulation. Si cette formalité n'est pas remplie, il sera considéré que la requête ne comporte qu'un recours en annulation* ».

Il ressort de ce prescrit légal qu'en l'absence de référence expresse à une demande en suspension dans l'intitulé de la requête, la requête doit être considérée comme visant uniquement l'annulation des décisions attaquées.

En l'espèce, le Conseil observe que la requête introductive d'instance porte l'intitulé « *Recours en annulation au Conseil du Contentieux des Etrangers* ». Dès lors, la demande de suspension formulée dans l'introduction et le dispositif de la requête ne peut être accueillie.

3. Exposé du moyen d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), ainsi que de « l'appréciation déraisonnable des éléments du dossier du requérant alors [que la partie défenderesse] avait l'obligation de tenir compte et de considérer tous les éléments utiles de la cause ».

3.2. Dans une première branche, après avoir reproduit le prescrit de l'article 9ter, §1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, elle soutient que « nulle part dans cette disposition légale, il n'est indiqué que, pour être retenue et considérée comme une maladie grave, la pathologie ou les pathologies dont souffre un requérant doit ou doivent *mettre en évidence de menace directe pour la vie de l'intéressé*, - quod non en l'espèce », arguant qu' « Il est plutôt requis que la « *maladie entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique* » ». Elle s'interroge sur la manière dont « le médecin conseil de la partie [défenderesse] peut [...] mesurer la gravité d'une maladie », ainsi que sur « le degré de gravité nécessaire pour justifier une demande de séjour pour raisons médicales », ajoutant que « certaines maladies ne s'expriment pas en degrés, en stades ou en pourcentages d'invalidité ». Elle fait valoir que « les documents médicaux que la requérante a fournis révèlent qu'elle souffre d'algoneurodystrophie qui est l'autre nom de l'algodystrophie qui concerne l'enraidissement douloureux d'une articulation, souvent progressive », ajoutant que cette maladie « a été reconnue comme une maladie grave par l'OMS » en 1997. Elle précise qu' « Une personne qui souffre de cette maladie, comme la requérante, **court un risque réel** pour sa vie car, elle peut avoir des répercussions importantes sur sa santé même si elle est dans la plupart des cas secondaire à un traumatisme qui aurait plus ou moins « mal guéri », mais peut aussi survenir dans les suites d'une prise en charge chirurgicale » et qu' « Au bout de quelque temps d'évolution, peut apparaître une déminéralisation osseuse ».

Elle critique ensuite l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse en ce qu'il affirme que « l'algoneurodystrophie évoquée par le médecin généraliste n'a pas été formellement confirmé[e] par le bilan spécialisé », et fait valoir que « même si les examens d'imagerie ne montrent en général aucune lésion, si ce n'est des signes de déminéralisation parfois visibles sur les radiographies, que les autres examens tels que l'IRM ne servent donc qu'à éliminer une éventuelle autre pathologie, il ressort cependant [que] l'examen de radiographie et échographie de la main/poignet droit effectu[é] en date du **28/05/2015** établit **clairement qu'on note une importante algodystrophie surtout au niveau des carpes** » et que « L'examen échographique met en évidence une nette tendinite des extenseurs et des fléchisseurs avec infiltrat œdémateux sous cutané ». Elle souligne que « les examens effectués en médecine physique, rhumatologie et autres, **en date du 08/04/2015**, établissent aussi nettement la conclusion suivante : « *Algoneurodystrophie du membre supérieur droit post traumatique (accident de travail le 20/08/2013) ayant entraîné de multiples fractures de ce membre (traitement conservateur par plâtre) par ailleurs cette patiente a subi divers traitements pour cette algoneurodystrophie (cacitonine abandonnée (intolérance), bloc sympathique locorégional (naropin et aacidexan), séance de mobilisation active sous hypnose par réalité virtuelle. Et des séances de rééducation pluridisciplinaire en médecine physique malheureusement sans beaucoup de succès. Cervicalgie récidivante bilatérale droite – gauche. Céphalées rebelle aux traitements. Dépression asthénique réactionnelle et troubles psychologiques sévères (...)* » », et invoque un rapport du 10 avril 2015 du Dr [S.H.], selon lequel « une scintigraphie en janvier 2014, montre des signes d'algoneurodystrophie du membre supérieu[r] droit post traumatique. Des injections de calcitonine ainsi qu'un traitement de médecine physique spécialisée par la mobilisation kiné et sous eau et tens antalgiques [sic], ainsi que des ondes magnétiques anti-inflammatoires à raison de 5 séances par semaine ont été faite[s]. Malheureusement, tout ce traitement a été un échec avec aggravation de douleurs et de gonflement du membre supérieur droit. (...) La patiente déclare ensuite progressive de douleur [sic] dans le bras gauche et épaule gauche, probablement attribuable à une surcharge fonctionnelle. Le traitement est toujours en cours et la situation post-traumatique n'est donc pas encore consolidable. La patiente est par ailleurs suivie par un psychologue pour trouble psychologique sévère : le Dr. [B.] ». Elle ajoute encore que « les constatations précitées des Dr. [S.H.] et [B.] sont aussi confirmé[e]s par le Dr. [M.L.] du service de médecine nucléaire du groupe des hôpitaux Chirec ». Enfin, elle fait valoir que « le psychiatre qui suit l[a] requérant[e] écrit, dans son dernier rapport du 11/04/2015 « qu'elle a toujours de fortes douleurs liées à son algoneurodystrophie à droite et aussi des douleurs du côté gauche. Elle a beaucoup d'angoisses avec des sensations d'étouffes [sic], des crises d'hyperventilation. Elle a tendance à se réfugier dans le sommeil pour échapper à ses douleurs mais alors dort très mal la nuit. Sa tante vient heureusement l'aider pour tous les jours (...) **Le pronostic reste très incertain** », et souligne que la dépression sévère est également une maladie grave.

Elle conclut en reprochant au médecin conseil de la partie défenderesse d'avoir considéré à tort que la maladie de la requérante n'est pas grave et soutient que « Ces différents éléments se trouvaient déjà dans le dossier médical communiqué à la partie [défenderesse] par la requérante et les éléments ci-haut évoqués par elles ne font que renforcer lesdits éléments ». Elle s'appuie à cet égard sur un arrêt du Conseil de ceans dont elle déduit qu' « il n'est pas interdit qu'au certificat médical-type, la requérante puisse adjoindre d'autres certificats médicaux qui apportent des renseignements utiles et un éclairage suffisant sur sa maladie, sur les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine, ce qui était le cas en l'espèce ».

3.3. Dans une deuxième branche, elle soutient que « L'exécution de la décision entreprise comporte un risque avéré de violation de l'art.3 de la CEDH parce que la requérante est gravement malade et dans une situation vraiment vulnérable puisque les traitements dont elle bénéficie actuellement ne sont pas disponibles ni accessibles dans son pays d'origine », dans la mesure où « les différents documents médicaux qu'elle a fournis en appui de sa requête renseignent qu'elle est gravement malade » et est dès lors « visée par l'article 9ter ». Elle souligne que « son retour dans son pays d'origine l'exposerait à un risque réel pour sa santé ou sa vie dès lors qu'il la priverait des soins adéquats ou, à tout le moins, elle perdrait le bénéfice actuel de sa prise en charge médicale en cours en Belgique » et que « L'arrêt de ce traitement lui causerait de grandes souffrances psychiques, physiques et morales constitutives, à tout le moins, de traitement inhumain et dégradant interdit par l'article 3 de la CEDH ».

4. Discussion.

4.1.1. Sur le moyen unique, en sa première branche, 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 § 1^{er}, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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, quant à lui, 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, § 1er, 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 États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Par ailleurs, 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. Ce contrôle consiste, en présence d'un recours tel que celui formé en l'espèce, en un contrôle de légalité, dans le cadre duquel 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.

4.1.2. Le Conseil observe qu'en l'espèce, l'avis du fonctionnaire médecin, établi le 11 juin 2015, sur lequel repose le premier acte attaqué, relate, après avoir résumé le contenu des différents certificats et rapports joints à la demande visée au point 1.3., les constats suivants :

« La requérante est âgée de 25 ans et originaire du Maroc.

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

- De menace directe pour la vie de la concernée.

- Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril.

- Un état de santé critique.

Un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent n'est pas nécessaire pour garantir le pronostic vital de la concernée.

- Quant à un risque de traitement inhumain ou dégradant ou encore de risque pour l'intégrité physique notamment en l'absence de traitement, rien dans ce dossier ne le démontre, pas plus d'ailleurs que n'est démontrée la notion d'état critique actuel.

Il convient à l'analyse des documents médicaux fournis, d'apporter les précisions suivantes :

- L'état dépressif accompagné de divers symptômes ne peut être assimilé à une pathologie démontrée de manière probante par un bilan cognitif et/ou tout autre examen spécialisé. Il n'est pas démontré que cet état dépressif ait fait l'objet, antérieurement, d'une hospitalisation ou de toute autre mesure de protection.

De surcroît, aucun rapport psychiatrique détaillé n'a été versé au dossier.

Concernant la dépression : « Peut-être le changement conceptuel le plus important qui doit avoir lieu, avant le traitement qui peut être utile, c'est d'accepter la dépression résistante comme une maladie chronique, une maladie semblable à beaucoup d'autres, qui peut être gérée efficacement, mais qui n'est pas, au niveau actuel de nos connaissances, susceptible d'être guérie. Les patients avec un large éventail de maladies chroniques médicales peuvent apprendre et apprennent à fonctionner efficacement et atteignent une qualité de vie satisfaisante en dépit de leur maladie. Il n'y a aucune raison de penser que les patients atteints de dépression résistante ne devraient pas être en mesure d'atteindre un niveau similaire de gestion de la maladie, du fonctionnement et de la qualité de vie. »

Le risque suicidaire mentionné est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni même relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë.

La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Pour rappel le risque suicidaire élevé doit comporter suivant le DSM IV (référence mondiale dans le domaine psychiatrique) un série d'éléments absents dans ce dossier (passage à l'acte récent ou ancien, plan précis de passage à l'acte, idées suicidaires récentes, au cours du mois écoulé). Les seules idées suicidaires et de surcroît quand elles sont récentes constituent un risque modéré.

Keitner GI, Mansfield AK., « Management of treatment-resistant depression ».

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Dubmed/22370501>

<http://www.resapsad.ora/sites/resaDsad.cpm.aouisante.Driv/files/u34/MINI5LifetimeParSubsJeuTabac1.pdf>

- *L'algoneurodystrophie évoquée par le médecin généraliste n'a pas été formellement confirmée par le bilan spécialisé. L'EMG s'est avérée normale et la scintigraphie ostéo-articulaire n'a pas permis de mettre des phénomènes inflammatoires en évidence.*
- *Il est à rappeler que la symptomatologie douloureuse évoquée par la requérante fait suite à un accident de travail et que la requérante n'a pas démontré avoir effectué une kinésithérapie de revalidation efficiente.*
- *Un rapport d'expertise a été sollicité en décembre 2013, pour l'évaluation de l'accident de travail ; il n'est pas démontré, en juin 2015, que celui-ci ait été effectué.*

Les informations médicales réunies au sein des certificats fournis par la requérante ne permettent pas de donner lieu à une évaluation circonstanciée de sa situation médicale et d'objectiver les affections évoquées ; elles ne démontrent donc pas formellement que celle-ci souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant en l'absence de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne. La requérante reste en défaut d'établir 'in concreto' le risque de traitement inhumain et dégradant qu'elle pourrait encourir en cas de retour au pays d'origine.

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 de la requérante témoigne, à l'heure actuelle, d'un état critique.

Rappelons ici qu'il n'incombe pas au médecin de l'Office des Etrangers, dans l'exercice de sa mission, de supputer la survenue hypothétique de complications 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 §1^{er} alinéa 1^{er} 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 §1^{er} alinéa 1^{er} 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 ».

Il ressort clairement des termes 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 requérante, mais ne présentaient en outre pas le degré de gravité requis pour l'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif, et n'est pas utilement contestée par la partie requérante.

4.1.3. En effet, en ce que la partie requérante allègue, en substance, que les pathologies de la requérante sont graves au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et que « Ces différents

éléments se trouvaient déjà dans le dossier médical communiqué à la partie [défenderesse] », force est de constater qu'elle se borne à prendre le contre-pied du premier acte attaqué et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle de la partie défenderesse, mais reste en défaut de démontrer l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de cette dernière à cet égard.

Quant à l'allégation selon laquelle, en substance, les éléments contenus « dans le dossier médical communiqué à la partie [défenderesse] » sont « renforcés » par différents rapports médicaux dont la partie requérante fait état en termes de requête, le Conseil ne peut que constater qu'elle est inopérante. En effet, les rapports médicaux précités consistent en un examen de radiographie et échographie daté du 28 mai 2015, en un rapport du Dr [A.E.] daté du 8 avril 2015, en un rapport du Dr [S.H.] du 10 avril 2015, en un rapport du Dr [M.L.] non daté et relatif à un examen réalisé le 10 janvier 2014, et en deux rapports du psychiatre [J.B.] datés des 7 janvier et 11 avril 2015. Le Conseil relève à cet égard que le rapport précité du Dr [M.L.] relatif à un examen du 10 janvier 2014 avait déjà été communiqué en temps utile à la partie défenderesse, et a été dûment pris en considération par le médecin conseil de cette dernière dans son avis du 11 juin 2015, aux termes d'une motivation que la partie requérante est restée en défaut de rencontrer valablement, ainsi que relevé *supra*.

Quant au reste des documents susvisés, le Conseil relève qu'ils sont communiqués pour la première fois en termes de requête, avec cette conséquence qu'il ne saurait y avoir égard pour apprécier la légalité de la première décision querellée et ce, en vertu des enseignements, auxquels il se rallie, de la jurisprudence administrative constante, selon lesquels 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).

Cette conclusion s'impose d'autant plus qu'en l'occurrence, eu égard aux termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, il ne peut être considéré que la partie requérante était dans l'impossibilité d'anticiper, au moment de la demande, que la partie défenderesse pourrait déclarer irrecevable l'autorisation de séjour demandée, en estimant, au terme d'un examen individuel de la situation de la requérante, que celle-ci n'est manifestement 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 », et qu'elle ne peut dès lors reprocher à la partie défenderesse de ne pas avoir tenu compte d'informations dont elle s'est gardée de faire valoir la pertinence au regard de la situation individuelle de celle-ci, dans la demande d'autorisation de séjour introduite ou, à tout le moins, avant la prise de la décision querellée.

En pareille perspective, la référence à l'arrêt n° 67 937 du Conseil de céans apparaît dénuée de toute pertinence, dans la mesure où, dans cette espèce, ainsi que la partie requérante le relève elle-même, « le Conseil du Contentieux des Etrangers avait condamné l'Office des Etrangers en considérant qu'il avait agi de façon déraisonnable en ne tenant pas compte d'autres certificats attachés au certificat médical-type ». Le Conseil observe cependant que lesdits « autres certificats » avaient été communiqués à la partie défenderesse en temps utile, soit avant la prise de la décision attaquée, *quod non* en l'espèce s'agissant des documents médicaux datés de 2015, énumérés ci-avant, et qui sont communiqués pour la première fois après l'adoption des actes attaqués. Pour le surplus, le Conseil relève que tous les éléments médicaux communiqués à la partie défenderesse avant l'adoption du premier acte querellé ont, quant à eux, été pris en considération par le médecin conseil de cette dernière, aux termes d'une motivation que la partie requérante est restée en défaut de contester valablement, ainsi que relevé *supra*.

4.2. Sur la deuxième branche du moyen unique, s'agissant de l'absence d'examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins au pays d'origine, le Conseil rappelle à toutes fins utiles que, le fonctionnaire médecin ayant pu conclure, pour les raisons susmentionnées, que la requérante ne souffrait pas d'une pathologie de nature à donner lieu à l'octroi d'une autorisation de séjour, sur la base de l'article 9^{ter} 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.

S'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil rappelle que la Cour EDH enseigne, dans une jurisprudence constante (voir, par exemple, arrêts Soering du 7 juillet 1989 et Mubilanzila Mayeka et Kaniki Mitunga c/ Belgique du 12 octobre 2006), que « Pour tomber sous le coup de l'article 3 [de la CEDH], un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité. L'appréciation de ce minimum est relative par essence ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause, notamment de la nature et du contexte du traitement, ainsi que de ses modalités d'exécution, de sa

durée, de ses effets physiques ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge, de l'état de santé de la victime ». Or, en l'occurrence, le Conseil observe que la partie requérante – qui est, en toute hypothèse, restée en défaut d'établir la gravité des affections dont se prévaut la requérante – n'établit pas *in concreto* dans quelle mesure l'exécution de la décision querellée constituerait une mesure suffisamment grave pour constituer un traitement inhumain ou dégradant dans le chef de cette dernière, au sens de l'article 3 de la CEDH.

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

4.4. Quant à l'ordre de quitter le territoire pris à l'égard de la requérante, qui constitue le second acte attaqué par le présent recours, le Conseil observe qu'il apparaît clairement comme l'accessoire du premier acte attaqué.

Aussi, dès lors, d'une part, qu'il n'a pas été fait droit à l'argumentation développée par la partie requérante à l'égard du premier acte attaqué et que, d'autre part, la motivation du second acte attaqué n'est pas contestée en tant que telle, le Conseil n'aperçoit aucun motif susceptible de justifier qu'il puisse procéder à l'annulation de cet acte.

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 dix-neuf novembre deux mille dix-huit par :

Mme N. CHAUDHRY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A.D. NYEMECK, greffier.

Le greffier, Le président,

A.D. NYEMECK

N. CHAUDHRY