



Arrêt

**n°227 303 du 10 octobre 2019
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître FARY ARAM NIANG
Avenue de l'Observatoire 112
1180 BRUXELLES**

contre:

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 28 juillet 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, l'ordre de quitter le territoire pris le 10 juin 2014.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 avril 2019 convoquant les parties à l'audience du 21 mai 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me Y. MBENZA MBUZI loco Me FARY ARAM NIANG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. PIRONT loco Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

Par courrier daté du 18 novembre 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la Loi, et le 10 juin 2014, une décision déclarant la demande recevable mais non fondée a été prise par la partie défenderesse, assortie d'un ordre de quitter le territoire.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- Concernant le premier acte attaqué :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Madame [I.A.M.] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (Rép. dém.), pays d'origine de la requérante.

Dans son rapport du 03 juin 2014 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Congo (Rép. dém.).

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni de l'article 3 CEDH.»

- Concernant 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:

En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 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 jours car :

4° la ressortissante d'un pays tiers n'a pas obtempéré dans le délai imparti à une précédente décision d'éloignement : L'intéressée a déjà fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire en date du 11.01.2013. Elle n'a toutefois pas donné suite à cet ordre et réside encore toujours illégalement sur le territoire.»

2. Exposé du moyen d'annulation

La partie requérante prend un moyen unique « [...] de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de la motivation absente, inexacte ou insuffisante, de l'article 3 de la CEDH, et des principes de bonne administration et de proportionnalité ».

2.1. Dans ce qui s'apparente à une première branche, elle rappelle au préalable la portée de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, ainsi que l'énoncé et la portée de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Elle ajoute ensuite que « De la même manière qu'un citoyen doit se comporter de manière normalement prudente et diligente, l'administration doit, dans l'exercice de ses fonctions, respecter des « principes de bonne administration » qui l'obligent à exercer ses pouvoirs avec discernement. Le principe de proportionnalité est un principe d'adéquation des moyens à un but recherché. ».

2.2. Dans ce qui s'apparente à une seconde branche, elle expose « [...] la manière dont les règles ont été violées dans le cas d'espèce ».

Elle relève dès lors, qu'en l'espèce, « Le médecin constate, dans son avis du 03 juin 2014, au vu des certificats médicaux produits, et après analyse des informations médicales en sa possession, que le

dossier médical ne permet pas de conclure à l'existence d'un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou présente un risque de traitement inhumain ou dégradant car la prise en charge de la pathologie est disponible et accessible au Congo (RDC) ». Or, elle soutient que concernant l'accessibilité des soins, qu' « [...] il ressort des attestations médicales produites que la requérante est arrivée en Belgique au stade CDC C3 SIDA, en 01/2011. Grâce au traitement administré, elle a pu éviter de développer des maladies opportunistes et multiples hospitalisations » que « L'accès aux antirétroviraux (ARV), seul traitement dont l'efficacité est prouvée, pour améliorer significativement la qualité et durée de la vie des personnes vivants avec le VIH, est très limité au Congo (RDC). Le taux de couverture en ARV est seulement de 14%, le plus bas du monde, sur un total de 300.000 personnes en besoin d'ARV » et qu' « Un retour au Congo serait équivalent à condamner la requérante à redévelopper un stade SIDA et toutes les maladies opportunistes qui y sont associées avec comme seule issue le décès puisque l'accès au traitement antirétroviral au Congo RDC est extrêmement faible, et que les ruptures de stocks sont fréquentes. Le problème se pose aussi dans la prise en charge nutritionnelle, l'interaction mal nutrition/infection est parmi les principaux facteurs de dégradation de l'état de santé. Et selon le rapport enquête FANTA 2004, la malnutrition représente près de 25% de décès chez les PVV. Les bilans de base essentiels, pour la mise en œuvre du traitement anti rétroviraux (charge virale, urée, créatine, cholestérol, les transaminases) ou leur contrôle sont hors de portée, et ne sont pas assurés par le gouvernement. Pas plus que la prise en charge des effets secondaires due à la toxicité (anémie, insuffisance rénale, insuffisance hépatique) ».

Elle ajoute également que « La requérante n'a aucune ressource officielle connue ni en Belgique ni en RDC. Son état de santé et le risque de stigmatisation comportent le risque de ne pas pouvoir trouver immédiatement un travail en cas de retour au Congo. Le traitement nécessite des médicaments reconnus efficaces. Leurs coûts peuvent être prohibitifs. Le risque de recourir à des contrefaçons ou de ne pas se soigner du tout existe à cause de la crainte de stigmatisation et la peur de traitements inhumains et dégradants y attachée » et fait grief à la partie défenderesse de ne pas avoir pris ces éléments « [...] en compte dans l'analyse que fait la partie adverse de l'accessibilité aux soins au Congo (RDC), et en ce qui concerne la situation particulière de la requérante ».

Par ailleurs, elle relève que « Concernant l'hypertension artérielle, la décision attaquée ne l'aborde point. Alors qu'elle serait responsable de près de 8 millions de décès par an dans le monde et de près de 100 millions de jours d'invalidité ». Elle précise à cet égard que « Selon le Directeur général de la Santé, « au Congo l'hypertension artérielle est responsable de 90 % des cas d'accidents cardiovasculaires en 2012, et selon les études qui ont été menées par le ministère de la Santé, le pays enregistre au niveau de la population adulte près de 50% de cas d'hypertension artérielle ». Selon l'OMS, cette maladie qui se manifeste par l'augmentation de la pression artérielle, les troubles du rythme cardiaque, la cécité et même l'insuffisance rénale, affecte déjà un milliard de personnes dans le monde. Au niveau africain, elle est source de préoccupations majeures car on estimait à 80 millions le nombre d'adultes touchés par cette maladie en 2000 ».

Elle précise ensuite qu'il « [...] ne suffit pas, pour apprécier l'impossibilité absolue de retour pour des raisons médicales, de prendre en considération la possibilité physique de retourner dans le pays mais, à la fois, la possibilité d'y être soigné utilement et celle de supporter financièrement les frais occasionnés par les traitements médicaux et pharmaceutiques. Un traitement peut parfaitement exister sur le plan médical et être appliqué ou applicable sur le plan sanitaire dans le pays d'origine, mais n'être complètement accessible sur le plan économique qu'à une partie très infime de la population », se référant sur ce point à l'arrêt n°80 553 du Conseil d'Etat. Elle rappelle ensuite les trois types de maladies qui rentrent dans le cadre de l'article 9^{ter} de la Loi et soutient qu'en l'espèce, « [...] le risque réel pour la vie et l'intégrité physique ne peut pas être exclu dans le chef de la requérante puisque la guérison de la pathologie n'est pas encore possible », précisant que « Le syndrome de l'immunodéficience acquise, plus connu sous son acronyme Sida, est un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de plusieurs cellules du système immunitaire par un rétrovirus. Le sida est le dernier stade de l'infection par ce virus et finit par la mort de l'organisme infecté, des suites de maladies opportunistes. L'hypertension artérielle se manifeste par l'augmentation de la pression artérielle, les troubles du rythme cardiaque, la cécité et même l'insuffisance rénale ».

Au vu des développements qui précèdent, elle argue qu'il « [...] est possible de considérer qu'un renvoi au Congo (RDC) entraîne un risque réel pour la vie et l'intégrité physique de la requérante », que « L'acte attaqué est mal venu d'énoncer que la disponibilité et l'accessibilité des soins sont garanties en cas de retour de la requérante au Congo (RDC) », et qu'en « [...] délivrant à la requérante l'ordre de quitter le territoire sur la foi d'une motivation insuffisante ou inadéquate, l'acte attaqué est illégal ».

Elle ajoute qu'en « [...] En refusant le séjour et en délivrant à la requérante un ordre de quitter le territoire, l'administration n'a pas usé de son pouvoir avec discernement. L'ordre de quitter le territoire est disproportionné par rapport à l'avantage qu'en retire la partie adverse » avant de conclure que « Sur

la base de l'ensemble de ces développements, la décision de rejet au fond de la demande de séjour 9ter de la requérante, assortie d'un ordre de quitter le territoire, doit être annulée ».

3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique, en ses deux branches réunies, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la Loi, « *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, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéa 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. 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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2.1. En l'espèce, le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 3 juin 2014 et joint à cette décision, lequel indique, en substance, que la requérante souffre d'une infection par le virus d'immunodéficience humaine (HIV) et d'hypertension artérielle, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine et dont la motivation se vérifie au dossier administratif.

3.2.2. Plus particulièrement, quant aux griefs formulés à l'égard de la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, relative à l'accessibilité des soins et suivis requis au pays d'origine, le Conseil observe que celui-ci est, fondé sur les constats que « [...] le Congo (Rép. dém.) développe un système

de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale. Citons à titre d'exemple la « MUSUV La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (Rép. dém.).

Si l'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix. Le BDOM organise un programme de lutte contre le HIV et SIDA comprenant notamment les volets suivants : prise en charge des maladies opportunistes, les traitements AntiRétroviraux (ARV) ainsi que le suivi biologique.

De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas , OMS6, CTB7 sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.

Notons également que plusieurs hôpitaux et cliniques des secteurs privé et public de Kinshasa proposent un traitement contre le VIH/SIDA : Clinique générale de Kinshasa, Clinique universitaire, Clinique de Ngaliema, Clinique de Kitambo, Clinique de Bondeko, Clinique médicale de Yolo, Hôpital Saint-Joseph, Centre de Nganda, Centre médical de Kinshasa, Clinique médicale de Gombele, Clinique du Roi Baudouin, Hôpital de N'djili, Clinique Marie Biamba Mutombo.

Outre ces hôpitaux et cliniques publics ou privés, des ONG offrent le même type d'assistance, comme Action Communautaire Sida (ACS) et AMOCONGO . De fait, compte tenu de la problématique VIH/SIDA, de nombreuses ONG ont été créées pour la prise en charge générale des personnes infectées. Rassemblées sous diverses plateformes, elles aident les orphelins, les veuves et/ou les veufs à vivre avec le virus. D'autre part, l'intéressée est en âge de travailler et ne démontre pas une éventuelle incapacité de travailler par une attestation d'un médecin du travail. D'après sa demande de VISA, l'intéressée est diplômée en techniques médicales et a travaillé en tant qu'administrateur gestionnaire dans un hôpital de Kinshasa et dans le centre médical de la direction générale des impôts. Dès lors, en absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'elle ne pourrait avoir à nouveau accès au marché de l'emploi dans son pays d'origine et financer ainsi ses soins médicaux.

De plus, l'intéressée est venue en Belgique en 2009. Dès lors, nous pouvons supposer que l'intéressée a vécu pratiquement toute sa vie au Congo (RDC) et y a encore de la famille ou un entourage social. Et rien n'indique que son entourage social et/ou sa famille ne pourrait l'accueillir et/ou l'aider financièrement si nécessaire. [...] », motifs qui ne sont pas contestés par la partie requérante.

En effet, si en termes de requête la partie requérante soutient que l'accès aux antirétroviraux est « [...] très limité au Congo », et que « Le taux de couverture en ARV est seulement de 14%, [...] », elle ne conteste nullement l'avis du médecin fonctionnaire de la partie défenderesse selon lequel la requérante pourra bénéficier d'une couverture mutuelle afin d'avoir accès aux antirétroviraux.

Aussi, la requérante étant restée en défaut de démontrer son incapacité à travailler et qu'elle ne pourra bénéficier de la couverture d'une mutuelle ou de l'aide son entourage, l'argumentation selon laquelle « La requérante n'a aucune ressources officielle connue ni en Belgique ni RDC. Son état de santé et le risque de stigmatisation comportent le risque de ne pas pouvoir trouver immédiatement un travail en cas de retour au Congo. » n'est pas de nature à contredire ce constat.

Quant aux éventuels problèmes liés à la rupture de stock, à la « [...] prise en charge nutritionnelle » eu égard à l'interaction malnutrition/infection, à la « [...] prise en charge des effets secondaires due à la toxicité [...] », et au risque de ne pas se soigner lié à la crainte de stigmatisation, le Conseil relève que ces éléments sont invoqués pour la première fois en termes de requête. Or, le Conseil rappelle que les éléments qui n'avaient pas été invoqués par la partie requérante en temps utile, c'est-à-dire avant que l'autorité administrative 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).

Quant au grief selon lequel « Les bilans de base essentiels, pour la mise en œuvre du traitement anti rétroviraux (charge virale, urée, créatine, cholestérol, les transaminases) ou leur contrôle sont hors de portée, et ne sont pas assurés par le gouvernement », outre qu'il n'est nullement étayé, est contredit par l'avis du médecin conseil selon lequel « La disponibilité du suivi médical par des médecins internistes et des spécialistes du VIH est effective en République Démocratique du Congo. La mesure de la charge

virale du VIH et du taux de CD4 est possible en RDC. Le suivi cardiologique est possible en milieu hospitalier ou ambulatoire en RDC. [...] ».

3.2.3. S'agissant du grief, non autrement développé, selon lequel la décision querellée n'aborde point l'hypertension artérielle dont souffre la requérante, il convient de relever qu'il appert de l'avis du médecin conseil qu'il a bien pris en compte cette pathologie dans le chef de la requérante ainsi que le traitement qui y est relatif (Amlodipine) et a constaté qu'il était disponible et accessible au pays d'origine ce que ne conteste nullement la partie requérante. Partant ce grief est dénué de fondement.

3.2.4. Quant à la violation, alléguée, de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, en se référant au rapport du médecin-conseil, la partie défenderesse a déclaré non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 *ter* de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé de la requérante sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant, lequel n'a pas été contesté utilement en termes de recours.

Au surplus, s'agissant plus particulièrement du renvoi au Congo, le Conseil rappelle que la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après: la Cour EDH) 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 militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « *[l]es progrès de la médecine et les différences socioéconomiques 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 » (Cour EDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume Uni, §§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.

3.2.5. Enfin, en ce que la partie requérante soutient qu' « *En délivrant à la requérante l'ordre de quitter le territoire sur la foi d'une motivation insuffisante ou inadéquate, l'acte attaqué est illégal* », le Conseil renvoi à ce que précède. Aussi, en ce qu'elle soutient que « *L'ordre de quitter le territoire est disproportionné par rapport à l'avantage qu'en retire la partie adverse* », force est de constater qu'il s'agit d'une simple affirmation non étayée et qu'elle ne conteste nullement le motif de l'ordre de quitter le territoire, à savoir que la requérante n'est pas en possession d'un visa valable.

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

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 octobre deux mille dix-neuf par :

Mme C. DE WREEDE,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDROY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDROY

C. DE WREEDE