

Arrêt

n° 232 912 du 20 février 2020
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître H. VAN VRECKOM
Rue des Brasseurs 30
1400 NIVELLES

contre:

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

Vu la requête introduite le 6 juillet 2016, par X, qui déclare être de nationalité russe, tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et de l'ordre de quitter le territoire (annexe 13), pris tous deux à son encontre le 24 mai 2016.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 mai 2019 convoquant les parties à l'audience du 13 juin 2019.

Entendu, en son rapport, G. PINTIAUX, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me J. WOLSEY *loco* Me H. VAN VRECKOM, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

La requérante expose être arrivée en Belgique en août 2008 pour rejoindre son fils, Monsieur E.K. qui réside en Belgique avec son épouse, Madame S.O.

Après une première demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qui n'a pas abouti favorablement pour elle, le 30 août 2013, la partie requérante a introduit une nouvelle demande de même nature, qui après plusieurs décisions, recours devant le Conseil et retraits a donné lieu le 24 mai 2016 à une décision d'irrecevabilité de la demande et à un ordre de quitter le territoire, qui constituent les actes attaqués et sont motivés comme suit:

Concernant le premier acte attaqué :

« 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 § 1er, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1er, alinéa 1er et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition.

Il ressort de l'avis médical du médecin de l'office des Etrangers daté du 20.05.2016 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressée n'est pas atteinte par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où il 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.»

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:

*o 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.»*

2. Exposé du moyen d'annulation.

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

2.2. Après un rappel théorique relatif à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, à l'obligation de motivation et au « principe du raisonnable », la partie requérante développe ce moyen sous un titre « 1. Application au cas d'espèce » dans les termes suivants :

« Attendu que la décision attaquée (pièce 1) est motivée comme suit :

« 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 §1er, alinéa 5 a constaté dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au §1er, alinéa 1er et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur la base de la présente disposition.

Il ressort de l'avis médical du médecin de l'Office des Etrangers daté du 20.05.2016 (joint en annexe de la décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressée n'est pas atteinte par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour son intégrité physique, ni par une affection représentant un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

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

Que, pourtant, le Docteur [C.] indique dans le certificat (pièce 4) un risque réel pour la vie de la requérante ;

Qu'il détaille le diagnostic comme suit :

- « 1. Hypothyroïdie avec nodule lobaire gauche, engageant le pronostic vital si non traité
- 2. Œsophagite grade D, hernie hiatale et béance cardiaque à risque de complications (cancérisation, hémorragie..) si pas traité et surveillé.
- 3. Cataracte bilatérale à opérer : risque de cécité ou d'accident si non traité »

Qu'on peut lire dans un certificat du même Docteur [C.] du 31 mars 2014 (pièce 5) que les risques pour la santé en cas de retour au pays d'origine sont « gravissimes. Risque d'engagement du pronostic vital » ;

Qu'il ne ressort ni de l'avis du médecin-conseil ni de la décision attaquée sur quelle base ce diagnostic médical est rejeté ;

Que le médecin conseil n'a pas adéquatement motivé pourquoi il ne partage pas l'avis du Dr [C.] qui confirme le risque pour la vie de la requérante si elle retournerait dans son pays d'origine ;

Que le médecin conseil se contente de mettre en doute la véracité des pathologies indiquées par le Dr. [C.] en indiquant : « Cyphose dorsale, pspondylarthrose, arthrose genou droit et ostéoporose : aucun examen probant pour objectiver ces affections » ; que le Dr. [C.] indique pourtant clairement dans les attestations médicales jointes à la demande 9ter et envoyées ultérieurement que la requérante souffre de ces pathologies ; que le médecin conseil met donc en doute les déclarations du Dr. [C.] sans éléments objectifs pour appuyer ses doutes ; que le médecin conseil, s'il avait des doutes sur le diagnostic établi par le Dr. [C.], aurait dû faire usage de sa possibilité de rencontrer la requérante pour vérifier les pathologies dont elle souffre ; que le médecin n'a fait aucune démarche pour ce faire en ne peut donc pas simplement mettre en doute le contenu des certificats médicaux du dossier de la requérante ;

Que même si le traitement n'est pas en soi un traitement avancé, la requérante se trouve dans l'incapacité de se l'auto-administrer et a besoin des soins de son fils pour le faire ; que le médecin conseil ne fait que minimiser l'importance du traitement dont bénéficie la requérante, mais ne se prononce à aucun moment sur les risques pour la requérante en cas d'arrêt dudit traitement ;

Qu'il s'agit tant d'une violation des obligations de motivation (article 62 de la loi du 15 décembre 1980 et articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991) que de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980

Que par ailleurs, les certificats médicaux sont formels sur l'importance des soins apportés par le fils de la requérante qui dispose d'un droit de séjour illimité en Belgique (pièces 4 et 5) ;

Que la requérante a 84 ans et qu'elle n'a pas de famille en Russie ; qu'elle a donc besoin de son fils, en Belgique, qui s'occupe d'elle de manière quotidienne;

Que ni l'avis du médecin-conseil, ni la première décision attaquée ne tiennent compte de cette circonstance, pourtant invoquée dans la demande et confirmée par les certificats médicaux ; que le médecin conseil ne se prononce pas non plus sur les risques en cas de voyage et de retour au vu de l'âge de la requérante ;

Qu'en plus, il est important de souligner que le conseil de la partie requérante a adressé un courrier recommandé à la partie adverse, en date du 28 août 2015 (pièce 9) signalant comme suit :

« Il est confirmé dans ce nouveau certificat que la vie de ma cliente serait en danger en cas d'arrêt du traitement. Il est également indiqué que ma cliente ne peut en aucune façon mener une vie normale. L'importance de la présence de la famille de ma cliente est soulignée par son médecin. Enfin, les voyages sont déconseillés.

Concernant le traitement de ma cliente, le Dr. [C.] indique qu'il n'existe pas de traitement alternatif et que, si le traitement existe dans le pays d'origine, celui-ci est « inaccessible par son coût et le manque d'autonomie de la patiente » » (pièce 9) ;

Qu'un certificat médical type daté du 20 juillet 2015 a été transmis à la partie adverse et au médecin conseil qui précise, de manière détaillée, la nature et le degré de gravité des différentes affections dont souffre la requérante ainsi que le traitement médical (pièce 10) ;

Que ce certificat médical indique en plus que la requérante doit subir des contrôles sanguins deux fois par an et une gastroscopie une fois par an et qu'elle doit pouvoir bénéficier de soins quotidiens délivrés par sa fille (pièce 10) ;

Que dans le certificat médical circonstancié rempli par le docteur [C.] le 20 juillet 2015, il est indiqué, à la question « dans quelle mesure le patient peut-il mener une vie normale (en ce compris obtenir un revenu) ? » « en aucune façon ! seule, pensionnée, sans revenu. Aide nécessaire pour le vital : alimentation, médicaments, toilette, déplacements. » (pièce 11) ;

Qu'il est également indiqué, sur la deuxième page :
« Importance de garder Mme près de sa famille »

Et, comme complications possibles : « Complications de l'hypothyroïdie, des problèmes gastro-oesophagiens, résurgence insuffisance rénale, aggravation cataracte. Pas de traitement si pas d'accès aux soins. » ;

Qu'il est indiqué dans le certificat médical que les longs voyages sont déconseillés en raison de l'ostéoporose et l'arthrose généralisée et, une fois de plus, il est indiqué que le traitement dans le pays d'origine est existant mais inaccessible par son coût et le manque d'autonomie de la patiente (pièce 11) ;

Qu'actuellement, la requérante connaît une stabilisation de son état de santé, étant arrivée en Belgique 2009 sans aucun traitement ni suivi avec une hypothyroïdie majeure et d'autres problèmes médicaux majeurs (pièce 11) ;

Que la seule solution pour la requérante est de rester en Belgique près de sa fille, qui peut prendre soin d'elle vu que la requérante se trouve dans l'impossibilité de s'alimenter elle-même, de s'occuper elle-même de sa toilette, etc. ;

Que, bien qu'il ressorte de l'avis du médecin-conseil que ces documents ont bien été reçus par l'Office des Etrangers, le médecin-conseil ne tient en rien compte du contenu de ces documents médicaux puisque ces éléments ne sont pas repris dans l'analyse du risque pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante ;

Que, partant, la motivation de la première décision attaquée n'est en rien adéquate et enfreint les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs et l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 ;

Qu'au vu des informations dont disposaient la partie adverse, la première décision attaquée est manifestement déraisonnable ;

Que, conformément au texte de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la gravité de l'affection et le risque pour la vie et pour l'intégrité de la requérante doivent être examinés à la lumière de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine ;

Que concernant la situation générale des infrastructures médicales en Russie, il avait été invoqué dans la demande :

« Les soins de santé

Concernant la situation générale des infrastructures médicales en Russie, un rapport de mai 2009, de l'OIM dispose :

« La situation pour ce qui est des soins médicaux en Russie est néanmoins difficile: le financement de ces soins par le budget de l'État est insuffisant – il ne représente que la moitié de ce qui est nécessaire selon le Ministre de la santé et du développement social.

(...)

L'équipement médical est généralement obsolète; les établissements médicaux de base manquent de personnel, ils n'emploient que 60 % des effectifs nécessaires ».

Ces informations sont largement recoupées, Le système de soins de santé est l'un des pires parmi les nations industrialisées (le 130e sur 190).

En l'espèce, l'état de santé de la requérante, dont l'état de santé requiert des suivis par des spécialistes et une infrastructure médicale moderne, ne pourrait être traité adéquatement dans son pays à défaut de personnel et d'infrastructure.

Accès aux soins de santé – possibilité financière d'y recourir

En tout état de cause, la requérante ne pourra, pour des raisons financières, avoir accès aux soins de santé requis.

En effet bien que la Russie garantisse à chacun le droit d'accès gratuit aux soins, ce droit n'est pas effectif.

D'une part, le système d'assurance sociale est grandement inefficace. Il repose sur la possibilité de recourir aux seules institutions locales dans la région de laquelle le malade réside :

Russia's healthcare system still has inherited the worst traits of the Soviet healthcare system — specifically, its bureaucratic and centralized nature. All non-commercial medical facilities are separated into three groups:

1. state medical facilities accountable to the federal government;

2. state medical facilities overseen by regional authorities;

3. municipal medical facilities overseen by municipal authorities. On his own, a citizen may only appeal for help at a municipal medical facility that services the specific medical region in which the person is registered (where he has a residence permit). In order to receive free medical assistance in state institutions a person must be either officially redirected by a municipal facility to one overseen by regional authorities, or by the region's healthcare administration to an institution accountable to the federal government.

Opportunities to win placement in medical facilities accountable to the federal government are limited by the size of annual quotas issued to each specific region.

D'autre part, en raison des très bas salaires des médecins, les problèmes de corruption rendent encore plus difficile l'accès aux soins :

Russia's spending for the public health sector, as measured by share of the GDP, is still less than half of the average in the EU and even less than the average of all other CIS-countries.

After the reforms of the 1990s the financing of the health system is fragmented, decentralized and due to a poor performance of the administration, ineffective. Funding comes from federal, regional, and municipality budgets. Researchers at the Russian Academy of Sciences' "Open Health Institute" estimate that as much as 35% of the financial resources of the sector are lost by the widespread corruption, which is perpetuated by the still low salaries of the medical personal.

(...)

However, real costs are increased considerably by the common corruption in the underpaid health sector.

Le coût du traitement devrait donc être intégralement assumé par la requérante.

De même, concernant les médicaments :

The offer of free medical assistance by state and municipal in-patient centres also stipulates free supplies of medicines used during treatment. However most provincial hospitals are not stocked with required medicines, and patients or their families are forced to obtain them on their own. Federal medical centres also often lack required medicines — especially modern, highly effective and expensive ones. Moscow city hospitals have the best medicinal supplies.

Compte tenu du niveau de vie de la population, qui vit dans la plus grande précarité, et de la situation de la requérante (qui ne pourra pas travailler, n'a aucune économie, et qui n'aura aucune aide), il est indéniable qu'elle ne pourra s'assurer l'accès aux traitements que requiert son état de santé.

En tout état de cause, rien ne permet de considérer que la requérante en disposera dès son arrivée. »

Qu'il est invoqué dans la demande 9ter que les soins ne sont ni disponibles ni accessibles dans le pays d'origine de la requérante ; que cela doit entrer en compte dans l'examen de la gravité de l'affection de la requérante ; qu'il ne ressort nullement de la motivation de la décision attaquée que ces éléments ont été pris en compte ;

Que, partant, la première décision attaquée viole tant l'obligation de motivation que le principe du raisonnable ;

Que la première décision attaquée, en ne tenant pas compte de la disponibilité ni de l'accessibilité des soins de santé dans le pays d'origine de la requérante viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ;

Attendu qu'en tout état de cause, les deux décisions attaquées violent également l'article 3 de la CEDH.

Qu'en contraignant la requérante à quitter le territoire alors qu'elle ne pourrait disposer dans son pays d'origine des soins requis à son état de santé (supra), la partie adverse la soumet à un risque de traitement inhumain et dégradant et ce sans même examiner cette question ;

Que selon une jurisprudence constante « Le traitement ou la peine inhumaine est le traitement de nature à provoquer intentionnellement de graves souffrances mentales ou physiques qui ne peuvent pas être justifiées » (v. not. Affaire grecque, 5 novembre 1969, Annuaire de la CEDH volume XII) ; que, par ailleurs, toujours selon la jurisprudence de la Cour européenne, « un traitement peut être qualifié de dégradant et tomber également sous le coup de l'interdiction de l'article 3 s'il humilie ou avilît un individu, s'il témoigne d'un manque de respect pour sa dignité humaine, voire la diminue, ou s'il suscite chez l'intéressé des sentiments de peur, d'angoisse ou d'infériorité propres à briser sa résistance morale et physique » (Pretty c/ R.U, §52) ;

Qu'en l'espèce, l'arrêt du traitement de la requérante provoquerait sans contestation possible un risque de graves souffrances physiques qui ne peuvent être justifiées : la mort dans d'atroces souffrances ;

Que la seconde décision attaquée, l'ordre de quitter le territoire étant considéré comme un accessoire de la décision de refus de la demande 9ter, doit donc suivre le même sort que la décision principale et doit faire l'objet d'une suspension et une annulation en raison des mêmes moyens de droit invoqués ;

Qu'il doit être considéré que les motifs des deux décisions sont identiques et violent les dispositions et principes rappelés ci-dessus ; ».

3. Discussion.

3.1. L'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.* »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1, alinéa 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 Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (cf. CE 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 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'écartez 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, 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. 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. »

C'est donc logiquement, au vu de ce texte, que la partie défenderesse s'est référée à l'avis de son médecin conseiller, joint en copie à la décision attaquée, pour déclarer la demande irrecevable.

3.3. L'avis du médecin conseiller de la partie défenderesse est libellé comme suit :

« Il ressort que les affections qui motivent la demande 9ter sont :

Une hypothyroïdie avec nodule lobaire gauche. Selon ce généraliste, l'hypothyroïdie était majeure à l'arrivée en Belgique en 2009. Aucun résultat de bilan sanguin ne permet d'étayer une hypothyroïdie et surtout un quelconque degré de gravité. De plus, aucun rapport d'un spécialiste interniste/endocrinologue ne permet d'étayer un caractère majeur et la réalité d'un suivi spécialisé. Et la dose de L-Thyroxine prescrite (75 µg/j) ne correspond pas au traitement d'une hypothyroïdie majeure mais tout au plus à une hypothyroïdie modérée.

Aucun examen probant n'objective un nodule lobaire. Sur base des éléments objectifs du dossier, on peut tout au plus évoquer une hypothyroïdie modérée (encore que non objectivée par des résultats de bilan sanguin) qui est bien contrôlée par un traitement basique et ne demande aucun suivi spécialisé.

Une œsophagite grade D, une hernie hiatale et une béance cardiaque. Aucun examen probant n'objective ces affections, pas plus qu'un rapport d'un spécialiste interniste/gastro-entérologue, même pas un simple avis. Il n'y a, a fortiori, aucun élément objectif dans ce dossier pour étayer un quelconque degré de gravité. Des plaintes de reflux sont tout à fait banales, quel que soit l'âge de la patiente et encore plus à plus de 80 ans. Evoquer un risque de cancérisation, d'hémorragie ou autre est purement hypothétique et spéculatif, surtout quand on constate qu'un simple avis spécialisé n'a pas été jugé nécessaire. Il n'y a ni suivi spécialisé ni examens de suivi documenté dans ce dossier. Le traitement par un simple comprimé de Pantomed 20 concorde tout à fait avec un caractère léger des plaintes œsophago-gastriques. Il n'y a ici aucune pathologie grave,

Une cataracte bilatérale qui est à opérer en août 2013. On constate que cette cataracte est toujours « à opérer » en juillet 2015, soit 2 ans plus tard. Ce délai sans le moindre traitement et sans complication documentée permet de considérer l'absence totale du moindre risque pour la vie ou l'intégrité physique, même en l'absence de tout traitement, ce qui est la situation réelle en Belgique. Il n'y a pas non plus le moindre document étayant la réalité d'un suivi spécialisé par un

ophtalmologue. Il s'agit de plus d'une affection banale et très courante chez les plus de 70 ans. On ne peut en aucun cas parler d'une affection grave. »

Hallux valgus bilatéral ; cette déformation des gros orteils, très fréquente dans la population générale, est absolument sans le moindre risque pour la vie ou l'intégrité physique, même en l'absence de tout traitement. Il s'agit d'une affection tout à fait banale et sans le moindre caractère de gravité. On note d'ailleurs que cette affection n'a toujours pas été traitée en juillet 2015. L'absence de traitement est ainsi la situation réelle en Belgique et n'a absolument aucune conséquence pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante.

Cyphose dorsale, spondylarthrose, arthrose genou droit et ostéoporose : aucun examen probant pour objectiver ces affections. On notera que ces affections sont très courantes et banales dans la population. Aucun élément objectif et probant pour étayer une quelconque gravité des affections de la colonne, déformation ou arthrose, et l'arthrose du genou. L'ostéoporose n'est pas démontrée par des examens probants. Aucun suivi spécialisé (rhumatologue et/ou orthopédiste) n'est documenté, même pas un simple avis d'un rhumatologue et/ou orthopédiste. De plus, on note un simple traitement par vitamine D et calcium, ce qui n'est pas un traitement spécifique de l'ostéoporose. Aucun élément de ce dossier ne permet ainsi de qualifier cette ostéoporose, par ailleurs non objectivée dans ce dossier, de grave ni même modérée. Il n'y a donc aucune affection grave au niveau osseux. Le traitement très basique des douleurs par du Paracétamol ne correspond pas non plus à une quelconque pathologie grave.

Une insuffisance rénale chronique modérée, déjà à l'arrivée en Belgique en 2009. Il n'y a pas dans tout le dossier le moindre résultat de bilan sanguin pour étayer ce diagnostic et la réalité d'un suivi biologique. Il n'y a pas non plus de traitement. Pas plus qu'un suivi par un spécialiste néphrologue, même pas un simple avis. Il n'y a donc pas la moindre preuve de cette pathologie et encore moins d'un quelconque degré de gravité. Affirmer que cette affection est « améliorée depuis traitement et suivi » alors qu'il n'y a dans tout ce dossier ni traitement ni suivi documenté est une affirmation péremptoire sans lien avec la réalité du dossier.

On note l'absence totale dans ce dossier du moindre examen probant (labo, radio ou autre) et du moindre rapport d'un spécialiste. Il n'y a pas dans cette demande la moindre preuve des pathologies évoquées, ce qui ne permet pas de confirmer le moindre risque pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante ni un risque réel de traitement inhumain et dégradant.

On notera qu'aucune des affections citées n'a justifié une hospitalisation, même pas lors de l'arrivée en Belgique en 2009. Ce fait exclut ainsi tout risque réel et concret pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante.

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

Rien dans ce dossier médical ne documente ni n'objective une menace directe pour la vie de la concernée, un état de santé critique ou un stade très avancé des maladies invoquées. Rien dans ce dossier médical ne démontre un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante. Ce dossier médical ne démontre pas qu'il y a un risque réel de traitement inhumain et dégradant en cas d'arrêt du traitement ou d'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine.

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. »

S'agissant de la « Cyphose dorsale, spondylarthrose, arthrose genou droit et ostéoporose », le médecin conseiller de la partie défenderesse s'exprime comme suit : « aucun examen probant pour objectiver

ces affections. On notera que ces affections sont très courantes et banales dans la population. Aucun élément objectif et probant pour étayer une quelconque gravité des affections de la colonne, déformation ou arthrose, et l'arthrose du genou. L'ostéoporose n'est pas démontrée par des examens probants. Aucun suivi spécialisé (rhumatologue et/ou orthopédiste) n'est documenté, même pas un simple avis d'un rhumatologue et/ou orthopédiste. De plus, on note un simple traitement par vitamine D et calcium, ce qui n'est pas un traitement spécifique de l'ostéoporose. Aucun élément de ce dossier ne permet ainsi de qualifier cette ostéoporose, par ailleurs non objectivée dans ce dossier, de grave ni même modérée. Il n'y a donc aucune affection grave au niveau osseux. Le traitement très basique des douleurs par du Paracétamol ne correspond pas non plus à une quelconque pathologie grave. » Le médecin conseiller de la partie défenderesse constate que ces affections existent bel et bien mais n'atteignent pas une gravité suffisante pour dépasser le stade de la recevabilité, mis à part l'ostéoporose dont il semble remettre en cause l'existence même (cf. ci-après). Les termes utilisés (en particulier « aucun élément objectif et probant pour étayer une quelconque gravité des affections de la colonne, déformation ou arthrose, et l'arthrose du genou », « Le traitement très basique des douleurs par du Paracétamol ne correspond pas non plus à une quelconque pathologie grave ») témoignent en effet que ce qu'a voulu viser le médecin conseiller de la partie défenderesse, c'est l'absence de gravité des pathologies citées ci-dessus, tout comme il l'avait fait dans les deux paragraphes précédents de son avis en ce qui concerne la cataracte bilatérale et le Hallux valgus bilatéral.

Tel n'est cependant pas le cas pour toutes les pathologies invoquées par la partie requérante.

Ainsi, s'agissant de l'hernie hiatale et de la béance cardiaque, le médecin conseil de la partie défenderesse semble en effet les écarter (cf. les termes « aucun examen probant n'objective ces affections, pas plus qu'un rapport d'un spécialiste interniste/gastro-entérologue, même pas un simple avis. Il n'y a a fortiori aucun élément objectif dans ce dossier pour étayer un quelconque degré de gravité » (le Conseil souligne)), comme le soulève la partie requérante. Il en va de même pour l'ostéoporose (« L'ostéoporose n'est pas démontrée par des examens probants. »). Si le médecin conseil semble davantage, pour l'hypothyroïdie invoquée par la partie requérante, remettre en cause non pas son existence mais sa gravité (notamment lorsqu'il constate l'absence de rapports de spécialistes ou de suivi par un spécialiste), il écarte cependant l'existence même du nodule lobaire accompagnant l'hypothyroïdie de la partie requérante selon le médecin de celle-ci (cf. les termes « aucun examen probant n'objective un nodule lobaire ».)

Ce faisant, le médecin conseil de la partie défenderesse écarte, sur ces différents points à tout le moins, le diagnostic du médecin de la partie requérante. L'absence d'examen probant ne peut suffire à écarter l'existence de l'hernie hiatale, de la béance cardiaque, de l'ostéoporose et d'un nodule lobaire car cela reviendrait à remettre en cause le diagnostic même de l'existence de ces maladies par le médecin traitant de la partie requérante et à ajouter dans les faits une condition à celle de la production d'un certificat médical type dès lors que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 ne prévoit pas que le diagnostic posé par un médecin traitant doive être « objectivé » par des examens probants. Il en va d'autant plus ainsi que l'écartement susmentionné ne fait suite à aucun examen médical par le médecin conseiller de la partie défenderesse.

L'écartement de l'existence d'un nodule lobaire est d'autant plus problématique que ledit médecin de la partie requérante avait indiqué dans son certificat médical du 20 juillet 2015 au point B) que « l'hypothyroïdie avec nodule lobaire gauche (...) [e]ngage le pronostic vital à court terme si arrêt du traitement ».

3.4. Par ailleurs, dans le certificat médical type du 12 août 2013, le médecin précisait notamment au point F) : « Dépendance de sa famille ».

Dans le certificat médical circonstancié du 31 mars 2014, « l'importance de garder [la partie requérante] près de sa famille » est relevée et il est indiqué à la question « La présence et les soins des membres de la famille ou de tiers sont-ils nécessaires ? Pourquoi ? » « Oui. Pas d'autonomie ». Il était également indiqué que l'état de santé de la partie requérante ne pourrait s'améliorer qu'en « restant proche de sa famille, dans un environnement où l'accès aux soins est garanti ».

Dans le certificat médical type du 20 juillet 2015, le médecin précisait au point F) que les soins quotidiens sont délivrés par la fille de la partie requérante.

Dans le certificat médical circonstancié du 20 juillet 2015, il est indiqué à la question « *La présence et les soins des membres de la famille ou de tiers sont-ils nécessaires ? Pourquoi ?* » « *Oui. Préserve minimum d'autonomie et [mot illisible] pour suivi médical* ».

C'est à juste titre que la partie requérante au vu des pièces médicales produites en leur temps argue que « *même si le traitement n'est pas en soi un traitement avancé, la requérante se trouve dans l'incapacité de se l'auto-administrer et a besoin des soins de son fils pour le faire ; que le médecin conseil ne fait que minimiser l'importance du traitement dont bénéficie la requérante, mais ne se prononce à aucun moment sur les risques pour la requérante en cas d'arrêt dudit traitement* » : or, selon le médecin de la partie requérante, l'arrêt du traitement peut entraîner un risque vital (cf. le certificat médical du 20 juillet 2015 au point B) qui précise que « *l'hypothyroïdie avec nodule lobaire gauche (...) [e]ngage le pronostic vital à court terme si arrêt du traitement* ». Le médecin conseil de la partie défenderesse ne rencontre nullement cette problématique de la nécessité d'une aide familiale dans l'administration du traitement, alors notamment que selon le médecin de la partie requérante, le pronostic vital - témoin de la gravité alléguée de « *l'hypothyroïdie avec nodule lobaire gauche* » - est engagé en cas d'arrêt du traitement.

3.5. Contrairement à ce qu'indique la partie défenderesse dans sa note d'observations, l'argumentation de la partie requérante sur les points visés ci-dessus ne revient pas à inviter le Conseil à substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse.

3.6. Il y a dès lors sur ces points violation par la partie défenderesse de son obligation de motivation telle que définie par l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980 et les articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 et de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le moyen unique est dans cette mesure fondé.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.7. La seconde décision attaquée - à savoir l'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la partie requérante - constituant l'accessoire de la décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée qui a été prise à la même date (voir *supra*, point 1.), il s'impose de l'annuler également.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et l'ordre de quitter le territoire (annexe 13), pris le 24 mai 2016, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt février deux mille vingt par :

M. G. PINTIAUX, Président F. F., juge au contentieux des étrangers

Mme E. TREFOIS, Greffier.

Le greffier,

Le président,

E. TREFOIS

G. PINTIAUX