



Arrêt

**n° 146 419 du 27 mai 2015
dans l'affaire X / III**

En cause : X

Ayant élu domicile : X

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 novembre 2013, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 30 septembre 2013.

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 (ci-après, « la loi du 15 décembre 1980 »).

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 10 février 2015 convoquant les parties à l'audience du 6 mars 2015.

Entendu, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. DOTREPPE *loco* Me L. LUYTENS, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La partie requérante, de nationalité congolaise, déclare être arrivée sur le territoire belge en date du 10 janvier 2009.

1.2. Le 12 janvier 2009, elle y a introduit une demande d'asile. Le 29 avril 2009, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et refus du statut de protection subsidiaire. Le 16 septembre 2009, le Conseil de céans a rejeté le recours introduit par la partie requérante à l'encontre de cette décision et lui a refusé le statut de réfugié et le bénéfice de la protection subsidiaire.

1.3. Le 15 octobre 2009, elle a introduit auprès de l'Office des étrangers une demande d'autorisation au séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée par courrier du 27 mai 2010.

Le 10 août 2010, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable.

La partie requérante a complété sa demande par courriers des 26 et 30 août 2010, 12 décembre 2011 et 27 septembre 2012.

Le 7 novembre 2012, la partie défenderesse a déclaré la demande d'autorisation de séjour susvisée non fondée, décision qui a été annulée par le Conseil de céans par un arrêt n° 101 797 du 26 avril 2013.

1.4. Le 16 avril 2013, elle a introduit, auprès du Bourgmestre de la commune de La Louvière, une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 4 décembre 2013, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande d'autorisation de séjour.

1.5. Le 18 juin 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a retirée en date du 6 septembre 2013. Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de cette décision a donc été rejeté par un arrêt du Conseil n° 115 201 du 6 décembre 2013.

Le 16 septembre 2013, la partie requérante a complété sa demande.

Le 30 septembre 2013, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour susvisée. Il s'agit de l'acte attaqué qui est motivé comme suit :

« 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 [F., M.] se prévaut de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon elle, entrainerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Le médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine ou de séjour a donc été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au Congo (Rép. dém.)

Dans son avis médical remis le 23.09.2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique ce dossier médical ne permet donc pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n° 26565/05, N v. United Kingdom; CEDH 2 mai 1997, n° 30240/96, D. v. United Kingdom.)

Par conséquent, le médecin de l'OE constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1 alinéa 1° 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.

Le médecin de l'OE conclut dans son avis qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à un retour dans le pays d'origine, le Congo (Rép. dém.)

Il n'y a donc pas lieu de faire la recherche de la disponibilité et de l'accessibilité au pays d'origine, le Congo (Rép. dém.).

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision.

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 ».

1.6. Le 17 décembre 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire-demandeur d'asile à l'encontre de la partie requérante.

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré de « *la violation des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, violation du principe de bonne administration, violation de la force jugée* ».

2.2. Dans une deuxième branche, elle reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir « *répondu à la deuxième branche de la question reprise à l'article 9 ter § 1^{er} de la loi du 15 décembre 1980 et de violer ainsi cet article, ainsi que son obligation de motivation adéquate en sus du principe de bonne administration ; elle soutient que la décision attaquée « est basée sur un avis du médecin conseil erroné et non établi sur base des éléments objectifs du dossier. Alors qu'il a déjà été jugé que dans la décision même (l'arrêt n°223.961 dd 19/6/2013 du Conseil d'Etat), l'administration doit répondre au deuxième volet de la question posée à l'article 9 ter, à savoir si la maladie présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays ; Alors que la décision attaquée omet de faire cela, en concluant uniquement qu'il n'y a pas atteinte de l'article 3 CEDH* ».

Elle constate ensuite que l'avis du médecin conseil sur lequel se base la décision entreprise précise que « *D'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique du requérant, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine **vu la guérison et la consolidation de la pathologie*** » et soutient que cette prémisse est fautive et n'est pas établie par des éléments objectifs du dossier. Elle ajoute que « *cet avis est intrinsèquement contradictoire lorsqu'il affirme d'une part que la requérante souffre d'un PTSD et d'une symptomatologie psychotique et d'autre part que la pathologie est guérie... ; Qu'enfin il y a une nette différence entre une pathologie consolidée (pour autant que cela soit le cas) et une guérison ; consolidation réfère à un état où une amélioration n'est plus à espérer* ».

Elle reproche donc que la décision ne soit pas basée sur des faits exacts, voire qu'elle repose sur des avis arbitraires et unilatéraux.

2.3. Dans une troisième branche, elle soutient que « *l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée a tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation* ».

Elle estime qu'en ce que le médecin conseil de la partie défenderesse a affirmé de façon totalement arbitraire que sa maladie était guérie et consolidée et se réfère, pour ce faire, à une étude concernant les phénomènes de troubles post-traumatiques suite à l'attentat du 11 septembre, elle ne fait pas du tout référence au cas d'espèce et use d'une motivation lacunaire.

Elle soutient que la partie défenderesse « *comment une faute manifeste d'appréciation et manque au devoir de bonne administration lorsqu'elle arrive à une telle conclusion, par ailleurs sur base de faits incorrects, à tous le moins très douteux, et à nouveau en contradiction avec d'autres considérations dans l'avis médical même mais aussi avec les informations médicales fournies par la requérante, ét acceptées par l'arrêt n° 101.797 comme établies* ».

La partie requérante souligne encore le caractère contradictoire de l'avis du médecin conseil de la partie défenderesse qui affirme, dans un même temps, que sa pathologie active actuelle est un syndrome de stress post-traumatique avec traitement mais fait état de sa guérison. Elle estime qu'en se basant sur une conclusion totalement erronée et non fondée de guérison et de consolidation de son affection, la partie défenderesse ne pouvait conclure au fait qu'aucune recherche de disponibilité et d'accessibilité de traitement n'était nécessaire et qu'aucune contre-indication médicale à un retour au pays n'existait.

Elle soutient qu'il ressort de la motivation de la décision entreprise que la partie défenderesse n'a pas pris en considération tous les éléments de la cause, et n'a pas procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis comme l'exige le principe de bonne administration.

Elle énonce que « *la décision attaquée, en faisant sienne les conclusions de son médecin conseil, commet une erreur manifeste d'appréciation et viole l'obligation de motivation adéquate* ».

3. Discussion

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

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9^{ter}, § 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 CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9^{ter} dans la loi 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 9^{ter}, § 1, alinéa 1^{er}, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

3.2. Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

3.3.1. En l'espèce, le Conseil relève, à l'examen des pièces versées au dossier administratif, que dans la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.1. du présent arrêt, la requérante a fait valoir notamment qu'« Elle souffre d'[un] syndrome post-traumatique [...]. Elle suit un traitement médicamenteux et doit être vu[e] régulièrement par un spécialiste – psychiatre. Les résultats du traitement en cours sont déjà bon[s] et son état de santé peut s'améliorer. Par contre, si elle ne bénéficie pas d'un traitement elle restera malade et des complications comme une dépression moyenne ou une dissociation pourraient alors s'installer. [...] Le docteur- psychiatre traitant ne sait pas se prononcer sur la disponibilité et l'accessibilité de traitement en RDC mais il ne fait aucun doute que compte tenu de l'état de délabrement général qui règne dans ce pays, tout traitement de maladie psychiatrique est largement illusoire [...] ». Il ressort en outre du certificat médical du 9 septembre 2009, que la requérante ne peut voyager vers son pays d'origine en raison d'un « risque de rechute ». Le certificat médical du 5 décembre 2011 précise en outre qu'un d'arrêt de traitement provoquerait diverses complications, à savoir : « Perte des acquis, altération du fonctionnement, trouble du fonctionnement, suicide », que la pathologie est susceptible de bien évoluer à condition que la pathologie soit « prise en charge de manière adéquate », et ce grâce à un « Suivi psychiatrique régulier, stimulation sociale, psychique, environnement stable non anxiogène ». Enfin, le certificat médical du 13 août 2012 fait état d'un suivi psychiatrique mensuel, « l'état d'angoisse nécessit[ant] toujours un suivi régulier ».

3.3.2. Le Conseil observe ensuite que la décision attaquée repose sur l'avis du médecin-conseil daté du 23 septembre 2013, selon lequel, au vu des éléments médicaux produits par la partie requérante, « ce dossier médical ne permet pas de conclure à l'existence d'un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH, tel qu'interprété par la CEDH qui exige une affection représentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. (CEDH 27 mai 2008, Grande Chambre, n° 26565/05, N v. United Kingdom; CEDH 2 mai 1997, n° 30240/96, D. v. United Kingdom.) ».

Au regard du dossier médical, il apparaît qu'il n'existe :

- Pas 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.
- Pas d'état critique. un monitoring des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ou une hospitalisation permanente ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital de la concernée. Cela est corroboré par l'absence d'hospitalisation.
- Pas de stade très avancé de la maladie vu la stabilisation et la guérison des affections.

D'après les données médicales disponibles, il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine vu la guérison et la consolidation de la pathologie.

Dès lors du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au retour dans le pays d'origine.

Par conséquent, je constate qu'il n'est pas question d'une maladie visée au §1^{er} alinéa 1^{er} de l'article 9^{ter} 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 ».

3.3.3. Le Conseil constate en premier lieu que les conclusions émises par le médecin conseil de la partie défenderesse dans l'avis médical précité énonçant qu' « il n'apparaît pas qu'il existe une maladie qui présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, ni une maladie qui présente un risque réel de traitement inhumain ou dégradant quand il n'y a pas de traitement disponible dans le pays d'origine. [...] », ne permettent pas au Conseil de comprendre, au vu de l'ensemble des

éléments examinés dans ledit avis, comment le médecin-conseil conclut à « [...] la guérison et la consolidation de la pathologie » de la partie requérante.

En effet, le Conseil relève, d'une part, que si le médecin-conseil ne semble pas contester que la partie requérante présente une « *pathologie active actuelle* » de syndrome de stress post-traumatique, il estime que n'étant pas étayé par des tests psychométriques et n'ayant pas nécessité d'hospitalisation depuis 2009, cette pathologie peut être considérée comme consolidée « vu la littérature médicale ». Or, force est de constater que la réalité de cette pathologie a été largement décrite par les multiples certificats déposés au dossier administratif et émanant tous de différents médecins spécialisés en psychiatrie qui attestent de la nécessité d'un suivi psychiatrique régulier dans un milieu stable et non anxiogène et de la prise de plusieurs médicaments. Dès lors, les constats posés par le médecin-conseil de la partie requérante au sujet de la consolidation de son affection, voire de sa guérison ne sont, d'une part, pas suffisamment motivés – la partie défenderesse n'expliquant en effet aucunement *in concreto* les raisons pour lesquelles elle estime que l'affection de la partie requérante est consolidée ou que cette dernière est guérie, si ce n'est par la référence à une certaine littérature médicale – et d'autre part, sont contradictoires avec le fait que celui-ci énonce dans la rubrique « pathologie actuelle » que la partie requérante souffre d'un syndrome de stress post-traumatique. Outre l'insuffisance de motivation relative à la situation personnelle de la partie requérante et des raisons pour lesquelles la partie défenderesse a estimé que l'état de cette dernière s'était stabilisé ou qu'elle était guérie, le Conseil s'interroge sur la pertinence de la référence opérée par la partie défenderesse à une littérature médicale traitant des syndromes de stress post-traumatiques après les attentats du 11 septembre au regard de la situation de la partie requérante, manifestement étrangère à la littérature ainsi renseignée et ne figurant en tout état de cause pas au dossier administratif.

Il appert finalement utile de préciser que le fait qu'une maladie soit stabilisée ou consolidée n'implique pas en soi que cette maladie n'atteigne pas le seuil de gravité tel que requis par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, consolidation n'étant en effet pas synonyme de bénignité, mais plutôt de stabilisation

D'autre part, quant à la symptomatologie psychotique dont souffre la partie requérante, le médecin-conseil se contente de poser de manière péremptoire qu'« *il ne s'agit pas d'une affection stricto sensu* » sans autre explications si ce n'est une mention au risque suicidaire inhérent à toute dépression.

Ainsi, si le Conseil ne peut effectivement substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

Or, il résulte de ce qui précède que la formulation de l'avis du médecin-conseil, rendue en l'espèce, ne répond nullement aux exigences susvisées. Dans la mesure où cet avis est indissociablement lié à la décision de rejet attaquée et en constitue le fondement indispensable et déterminant, la motivation de l'acte attaquée est insuffisante et inadéquate.

3.4. Les éléments développés par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne sont pas de nature à énerver le raisonnement développé *supra* dans la mesure où celle-ci précise, s'agissant de l'analyse de son médecin-conseil, qu'elle n'est « *pas contradictoire ou inadéquate, visant à déterminer uniquement si la requérante présente un état de gravité tel que son retour dans le pays d'origine serait à considérer comme contraire à la dignité humaine, engageant dans son chef un risque sérieux et avéré de traitement inhumain et dégradant. Or, la requérante n'apporte, à l'appui de ses griefs, aucun élément dont il se déduirait que le fonctionnaire médecin aurait considéré à tort l'absence d'état critique, qui constitue pourtant le seul véritable opérateur de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980* ».

3.5. Il résulte de ce qui précède que les deuxième et troisième branches du moyen, pris de la violation de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, sont fondées et suffisent à emporter l'annulation de l'acte attaqué.

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. La décision entreprise étant annulée 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^{er}

La décision déclarant non-fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 30 septembre 2013 sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-sept mai deux mille quinze par :

Mme B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

B. VERDICKT