

Arrêt

n° 183 311 du 2 mars 2017
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au 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

LE PRÉSIDENT DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 juin 2013, par X qui déclare être de nationalité angolaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, pris le 21 mai 2013 et l'ordre de quitter le territoire, pris le 4 mars 2013.

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'observation et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 30 janvier 2017 convoquant les parties à l'audience du 21 février 2017.

Entendue, en son rapport, E. MAERTENS, président de chambre.

Entendus, en leurs observations, Me H. GAMMAR *loco Me I.* de VIRON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. HANQUET *loco Mes D.* MATRAY et S. MATRAY, avocats, qui comparaissent pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Selon ses déclarations, le requérant est arrivé en Belgique le 5 mars 2010.

Le 8 mars 2010, il a sollicité l'asile auprès des autorités belges. Sa procédure s'est clôturée par une décision du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides du 7 juin 2011, refusant de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

Par un courrier daté du 2 juillet 2010, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande, qui a été déclarée recevable le

30 septembre 2010, a été rejetée le 26 avril 2012. Aucun recours n'a été introduit à l'encontre de cette décision.

Le 22 mai 2012, la partie défenderesse a délivré au requérant un ordre de quitter le territoire (annexe 13 quinques).

Par courrier du 18 décembre 2012, le requérant a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter précité de la loi du 15 décembre 1980. Cette décision qui a été déclarée recevable le 11 février 2013 a fait l'objet d'un rapport du médecin de la partie défenderesse du 26 février 2013.

Le 4 mars 2013, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Le 16 avril 2013, la partie requérante a introduit un recours au Conseil contre ces décisions.

Le 30 avril 2013, la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour du 4 mars 2013 a été retirée.

Le 15 mai 2013, le médecin de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis sur la situation médicale du requérant.

Le 21 mai 2013, la partie défenderesse a pris à une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette décision et l'ordre de quitter le territoire pris le 4 mars 2013 constituent les actes attaqués et sont motivés comme suit :

S'agissant du 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. »

L'intéressé 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'intéressé 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 l'Angola, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 15.05.2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé 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 il 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. »

S'agissant du deuxième acte attaqué :

« En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 précitée, :

« il demeure dans le Royaume au-delà du délai fixé conformément à l'article 6, ou ne peut apporter la preuve que ce délai n'est pas dépassé : la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter s'est clôturée négativement le 04.03.2013 »

En date du 3 septembre 2013, la partie défenderesse a procédé au retrait de l'ordre de quitter le territoire du 4 mars 2013.

Par un arrêt n° 110 397 prononcé 23 septembre 2013, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette mesure ainsi que de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour prise à la même date.

2. Question préalable.

Ainsi qu'il ressort de l'exposé des faits *supra*, le second acte attaqué, à savoir l'ordre de quitter le territoire pris le 4 mars 2013, a déjà fait l'objet d'un recours au Conseil qui a donné lieu à l'arrêt n° 110 397 du 23 septembre 2013 constatant que la mesure avait de surcroît été retirée par la partie défenderesse.

Il s'ensuit que le recours est irrecevable en ce qu'il est dirigé à l'encontre du second acte attaqué.

3. Exposé des moyens d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un premier moyen de la violation des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de la nullité d'un acte administratif après le retrait de celui-ci, du défaut de motivation ;

Elle fait valoir qu'en prenant une décision identique à celle qui a été précédemment retirée, la partie défenderesse tend à accorder une valeur juridique à un acte qu'elle a pourtant déclaré nul et non avenu, et de ce fait illégal.

3.2. La partie requérante prend un deuxième moyen de la « *Violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, violation des articles 3 et 13 de la Convention européenne des droits de l'Homme et de l'article 15 de la Directive 2004/83/CE du Conseil du 29 avril 2004, violation des articles 41, 47, et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, violation des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs, violation de l'article 124 du code de déontologie médicale, violation des articles 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 relative au droit du patient, violation du principe général de bonne administration, erreur manifeste dans l'appréciation des faits, violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause, excès de pouvoir* ».

3.2.1. Dans une première branche, elle conteste le constat d'indisponibilité et d'accessibilité des soins médicaux dans son pays d'origine.

Elle fait d'abord valoir en ce qui concerne la disponibilité des soins médicaux que les constatations du médecin fonctionnaire sont contredites par deux articles datant d'octobre 2012 et janvier 2013 qu'elle annexe à sa requête pointant notamment les difficultés d'accès aux antirétroviraux. Elle estime également que le site internet http://apps.who.int/hiv/amds/patents_registration/drs/default.aspx, cité par le médecin de la partie défenderesse est un site général qui ne prouve aucunement la disponibilité des médicaments mentionnés en Angola.

S'agissant de l'accessibilité des soins, elle estime que les informations fournies par le médecin de la partie défenderesse à cet égard confirme les propos de son médecin traitant quant au risque de rupture de stock et d'approvisionnement des médicaments nécessaires au traitement du requérant dans son pays d'origine.

Elle soutient qu'en cas de retour, le requérant serait sans emploi et sans revenu et ne pourrait dès lors bénéficier de l'accès aux soins tel que prévu dans la législation.

3.2.2. Dans une deuxième branche, elle reproche en substance au médecin de la partie défenderesse, en violation du code de déontologie, de ne pas avoir procédé à un examen effectif du requérant ni d'avoir sollicité l'avis d'un spécialiste, alors qu'elle émet d'autre part des conclusions sur la situation médicale du requérant en s'appuyant sur des hypothèses théoriques.

3.2.3. Dans une troisième branche, elle fait grief à partie défenderesse de ne pas avoir entendu le requérant concernant les difficultés qu'il pourrait rencontrer concernant l'accès aux soins dans son pays d'origine et de violer ainsi l'article 41 de la charte des droits fondamentaux.

3.3. La partie requérante prend un troisième moyen, de la « violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, violation des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, violation des articles 3, 13 et 14 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et de l'adage « audi alteram partem », violation de l'article 78 du Traité des fondements de l'Union et de l'article 20 et 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, violation des articles 10 et 11 de la Constitution, violation de l'article 15 de la Directive 2004/83/CE, violation des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur l'obligation de motiver formellement les actes administratifs, violation du principe général de bonne administration, erreur manifeste dans l'appréciation des faits, violation de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause, excès de pouvoir ».

3.3.1 Dans une première branche, la partie requérante reproche à la partie défenderesse, en violation de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, de ne pas l'avoir entendu dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter, alors qu'elle en avait expressément manifesté le souhait.

3.3.2. Dans une deuxième branche, elle estime qu'en tant qu'application de la protection subsidiaire et de l'article 3 de la CEDH, le demandeur d'un recours contre une décision 9 ter devrait bénéficier d'un recours de pleine juridiction à l'instar de celui qui est prévu pour la personne qui sollicite la protection subsidiaire sur la base de l'article 48/4 de la loi du 15 décembre 1980, sous peine de violer les principes d'égalité et de non-discrimination.

Elle sollicite dès lors d'interroger la Cour de Justice sur le « défaut de transposition de l'article 15 de la directive 2004/83 concernant les personnes malades qui ne bénéficient pas des mêmes règles de procédures en vue de bénéficier de la protection subsidiaire que celles qui font la même demande en vue de fuir un conflit armé par exemple. Cette différence de garanties procédurales (l'étranger n'est pas entendu et n'a pas un recours de pleine juridiction devant Vous) est contraire à l'article 78 du traité sur le fonctionnement de l'union européenne qui prévoit la nécessité de prévoir des procédures communes pour l'octroi et le retrait du statut uniforme d'asile ou de protection subsidiaire. Cette différence de traitement, considéré comme discriminatoire par la requérante, viole également le principe d'égalité reconnu aux articles 20 et 21 de la charte des droits fondamentaux de l'union européenne (JO numéro C83 du 30 mars 2010) ».

3.3.3. Dans une troisième branche, la partie requérante estime que l'absence de mise en œuvre d'un recours effectif contre une décision introduite sur la base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et offrant les mêmes garanties procédurales que celles prévues à l'article 51/14 de la même loi viole le droit à un recours effectif consacré par l'article 13 de la CEDH

3.4. La partie requérante prend un quatrième moyen de la « violation des articles 7, al1er, 1^{er}, 1°, 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme ; violation de l'obligation de motivation des actes administratifs ; violation des articles 1, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; violation du principe de bonne administration, erreur dans l'appréciation des faits, défaut de prendre en compte l'ensemble des éléments pertinents du dossier » .

Elle soutient que le second acte attaqué manque en motivation et que renvoyer à l'heure actuelle une personne atteinte d'une affection aussi grave que celle du requérant dans un pays où le traitement nécessaire est inexistant constituerait un traitement inhumain et dégradant prohibé par l'article 3 de la CEDH.

4. Discussion.

4.1. Sur le deuxième moyen en sa première branche, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans sa version applicable à l'acte attaqué « l'étranger qui séjourne en Belgique et 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 au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 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 [...]. 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* » et que « *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* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, 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 9ter précité, les traitements existant 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.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Sur ce dernier point, le Conseil précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis 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 (cfr. dans le même sens, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

4.2. En l'espèce le Conseil observe que la décision attaquée repose sur les conclusions du médecin de l'Office des Etrangers, mentionnées dans l'avis daté du 15 mai 2013, lequel est joint à la décision attaquée. Cet avis conclut notamment à l'accessibilité des soins requis sur la base des considérations suivantes, tirée de la synthèse d'une analyse effectuée par le MEDCOI sur l'accessibilité aux soins en Angola :

«*Dans les établissements publics (hôpitaux et centres de santé), les soins médicaux courants coûtent environ 3,00 USD. Le coût des actes chirurgicaux mineurs varie de 3,00 à 15,00 USD, alors que les interventions importantes coûtent plus de 200 USD. Le coût des établissements privés (qui proposent des consultations, dispensent les premiers secours et traitent les affections communes) est plus élevé que dans les établissements publics. Les examens coûtent entre 10 et 60 USD, les actes chirurgicaux mineurs de 15 à 250 USD et les interventions majeures entre 1100 et 5 750 USD. Ces dernières nécessitent le dépôt d'un acompte de 1000 à 3 000 USD selon le type de chirurgie et la durée de l'hospitalisation. Presque tous les médicaments de base sont disponibles dans les pharmacies et sont approvisionnées par la production locale ou les importations. Dans le secteur privé non lucratif, les*

entités religieuses et les organisations non gouvernementales visent, dans la prestation des soins, essentiellement les personnes les plus vulnérables des zones suburbaines et rurales. Les coûts des centres de santé et des ONG sont relativement bas (20-30%), grâce au soutien financier apporté par d'autres organisations (c'est le cas des Centres de jeunesse).

Au niveau assurance maladie, il existe deux grandes sociétés d'assurances, ENSA Seguros de Angola et AAA Seguros SARL, fournissant des services d'assurance de santé et d'assurance vie en Angola, aux individus comme aux groupes. Le paiement peut s'effectuer tous les 6 mois ou sur une base annuelle. Le calcul est effectué en fonction du groupe d'âges et de la catégorie d'assurance.

L'accès aux soins est minimal : seulement près de 30 à 40% de la population a accès aux services de santé. Aussi, le quotidien des unités sanitaires du niveau primaires des soins de santé se caractérise par des ruptures de stock chroniques de médicaments et les faibles conditions de base comme l'accès à l'eau et l'électricité. Le déséquilibre géographique touche autant les ressources humaines que les infrastructures médicales existantes : d'une part, 85% des ressources humaines médicales se trouvent à Luanda et dans les capitales provinciales et les autres 15% se retrouvent dans le reste du territoire et, d'autre part, les principaux centres hospitaliers spécialisés sont concentrés dans la province de Luanda où la capacité de réponse face aux besoins de la population reste insuffisante. Les prix pratiqués ne sont sujets à aucune réglementation et la libéralisation des prix des médicaments a contribué aussi à la réduction de l'accessibilité aux médicaments»

Dans son avis précité du 15 mai 2013, le médecin de la partie défenderesse relève l'existence des carences majeures pointées dans ce rapport en termes d'accessibilité des soins et de prise en charge médicale pour une bonne partie de la population angolaise. Il estime toutefois que : « le requérant informé de la nécessité de fréquenter les centres de prises en charge du VIH sida et de poursuivre le traitement par des antirétroviraux dont l'accès est gratuit, n'est pas concerné par le faible taux de consultations de la population des centres de santé. ».

Il précise ensuite que « Ajoutons que Yabi est située à la périphérie de Cabinda et ne présente aucune difficulté particulière de liaison avec le centre de Cabinda.

Cabinda est par ailleurs une province prioritaire en matière de prise en charge du VIH Sida, désignée par le Ministère de la Santé angolais et qui est supportée en la matière par le Gouvernement des Etats-Unis, en collaboration avec l'OMS.

Quant à l'incapacité du requérant à trouver du travail, n'oublions pas que Cabinda est une province ressource, productrice de pétrole pour l'Angola et affirmer qu'il n'est pas possible qu'il y trouve du travail ne paraît pas absolument justifié »

Or, le Conseil observe en premier lieu que le dossier administratif ne contient aucun document permettant d'appuyer les affirmations du fonctionnaire médecin relatives à la gratuité d'accès aux antirétroviraux pour les personnes atteintes du VIH ou encore les constatations de son rapport tirées du site <http://www.unaids.org/en/regionscountries/angola/> indiquant que « ces dernières années ont vu progresser le nombre de personnes sous antirétroviraux. Ce chiffre atteint pratiquement 25% de la population touchées par le HIV et très clairement les statistiques à notre disponibilité datent de 2011 et montrent une progression exponentielle des personnes prises en charge ».

Dès lors, la partie défenderesse ne permet pas au Conseil d'exercer son contrôle de légalité quant à cet aspect de la décision.

Ensuite, si l'examen des autres documents cités dans le rapport du médecin de la partie défenderesse confirme la réalité des efforts fournis depuis plusieurs années par les autorités angolaises et différentes ONG locales dans la prise en charge des personnes atteintes du VIH et du SIDA, rien ne permet toutefois de garantir que les mécanismes mis en place par ces autorités et organismes permettraient d'assurer à la partie requérante un accès réel aux soins requis par sa pathologie.

Il ressort à cet égard des informations tirées de l'analyse précitée effectuée par le MEDCOI qu'«*Il existe une Commission Nationale pour combattre le SIDA et autres maladies endémiques (CNLCSGE) qui est coordonnée par le président de la République et est composée de 14 ministères. A côté de cela, il existe un réseau d'organisations non-gouvernementales impliquées dans la lutte contre le SIDA, ainsi que d'autres organisations tel que la «Rede Esperança » qui représente toutes les organisations religieuses.*

En 2004 une loi renforçant la lutte contre le SIDA a été votée, et cette même année le traitement antirétroviral, responsabilité du gouvernement, a été initié dans le système de santé. Bien que graduellement améliorée, la couverture reste insuffisante (le Conseil souligne)... ».

Quant à l'existence de deux grandes compagnies d'assurance, susceptibles de couvrir les soins de santé du requérant en Angola, évoquée par le médecin conseil, force est de constater que le dossier administratif ne comporte aucune indication sur les conditions de couverture ou d'adhésion à ce système, de telle sorte qu'il n'est pas permis de soutenir que la partie requérante pourra effectivement en bénéficier.

Enfin, la simple circonstance selon laquelle la partie requérante pourrait exercer une activité professionnelle dans sa province d'origine, qui constitue « *une province ressource, productrice de pétrole pour l'Angola* », ne permet également pas de considérer que le traitement nécessaire à sa pathologie lui sera effectivement accessible dans son pays d'origine, compte tenu notamment des coûts élevés des soins de santé, pointés, dans l'analyse du MEDCOI, comme un obstacle à l'accès aux soins médicaux pour une grande partie de la population angolaise à l'instar des ruptures de stock chroniques de médicaments.

Il résulte en conséquence de ce qui précède qu'il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie le médecin-conseil et à sa suite la partie défenderesse, que les soins médicaux que nécessite l'état de santé de la partie requérante sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée en ce qui concerne l'accessibilité du traitement nécessaire à la partie requérante, au regard de sa situation individuelle.

L'argumentation de la partie défenderesse, développée sur ce point en termes de note d'observations selon laquelle « [...]le médecin conseil de la partie défenderesse a procédé à une série de recherches sur la disponibilité et l'accessibilité des soins au pays d'origine. Le résultat de ces différentes recherches et les informations issues notamment des sites internet figurent au dossier administratif. Il ressort de ces différentes éléments que les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine ...», n'est pas de nature à énerver les considérations qui précèdent, dans la mesure où elle se borne à renvoyer à la motivation de la décision attaquée, laquelle n'est pas, au vu des constatations exposées *supra*, adéquate et suffisante.

La deuxième branche du deuxième moyen est fondée dans les limites décrites ci-dessus et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements des moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendu.

5. Débats succincts

5.1. 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.

5.2. La décision attaquée 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.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 21 mai 2013 est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme E. MAERTENS,

président de chambre,

Mme G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO

E. MAERTENS