

Arrêt

n° 230 980 du 9 janvier 2020
dans X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître R. BOMBOIRE
Rue des Déportés, 82
4800 VERVIERS

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 mars 2017, par X qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour, et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 9 février 2017.

Vu le titre I^{er} 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 la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 octobre 2019 convoquant les parties à l'audience du 8 novembre 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me R. BOMBOIRE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1.1. La partie requérante est arrivée en Belgique le 1^{er} janvier 2013 munie d'un visa (type C) valable du 17 décembre 2012 au 22 janvier 2013 pour une durée de 20 jours.

1.2. Le 2 décembre 2016, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.3. Le 9 février 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13) à l'encontre de la partie requérante. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 3 mars 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué)

« Motif:

Article 9ter §3 - 4° de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après la loi du 15/12/1980), comme remplacé par l'Art 187 de la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses, tel que modifié par la Loi du 8 janvier 2012 (MB 06.02.2012) ; le médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 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 31.01.2017 (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé) que manifestement l'intéressé n'est pas atteint 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 ».

- En ce qui concerne l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué)

« MOTIF DE LA DECISION :

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

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

L'étranger n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable.

En application de l'article 74/14, §3 de la loi du 15 décembre 1980, le délai pour quitter le territoire est diminué à 7 jours car :

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

2. Question préalable

2.1. Lors de l'audience, le conseil de la partie requérante dépose un document daté du 25 octobre 2019 attestant d'un suivi psychologique et psychiatrique depuis le mois d'août 2016.

2.2. La partie défenderesse sollicite que cette pièce soit écartée des débats.

2.3. Le Conseil estime que l'article 39/62 de la loi du 15 décembre 1980 l'autorise à tenir compte d'éléments nouveaux qui ont une incidence sur la solution du litige, lorsque par exemple ils impliquent une perte d'intérêt ou une perte d'objet, mais ne l'autorise nullement à prendre en compte de tels éléments en vue d'apprécier la légalité de la décision querellée.

En l'occurrence, force est de constater que, de par sa nature et son contenu, la pièce déposée a essentiellement pour vocation à critiquer la légalité de la décision entreprise.

Partant, dès lors qu'elle est nouvelle, le Conseil rappelle qu'il ne peut y avoir égard et qu'il convient, en conséquence, de l'écartier du débat.

3. Examen du moyen d'annulation

3.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

3.1.2. Rappelant les termes de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 en son paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, et alinéas 3 à 5 ainsi qu'en son paragraphe 3, la partie requérante fait grief au médecin fonctionnaire d'avoir considéré que les éléments médicaux produits ne mettent pas en évidence de menace directe pour sa vie ou un état de santé critique et reproduit les conclusions de l'avis médical rendu par ledit fonctionnaire.

Elle le conteste en faisant valoir, en ce qui concerne le risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, que le Dr [L.] – médecin spécialiste en psychiatrie – a indiqué qu'en cas d'arrêt de son traitement elle subirait une rechute dépressive occasionnant un risque suicidaire important. Elle estime dès lors que le médecin fonctionnaire commet une erreur manifeste d'appréciation en considération qu'il n'existe pas de risque vital en l'espèce.

Elle ajoute qu'il n'est pas concevable qu'un fonctionnaire médecin puisse, sans voir le patient, dire qu'il n'existe pas de gravité dans la maladie de celui-ci sans expliquer de manière claire et précise les raisons pour lesquelles il estime que le Dr [L.] s'est trompée dans son diagnostic.

Elle poursuit en soutenant que la circonstance selon laquelle elle ne fait pas l'objet d'une mesure de protection n'est pas pertinente dans la mesure où une telle mesure ne s'impose que lorsqu'un patient refuse les soins nécessaires, ce qui n'est pas son cas.

Elle contredit ensuite la considération selon laquelle son état psychologique n'est pas confirmé par des examens probants. Elle fait valoir que, par une telle considération, le fonctionnaire médecin remet en cause les compétences du Dr [L.], spécialiste en psychiatrie, alors que celle-ci a procédé à des examens approfondis afin de poser un diagnostic. Elle estime que soutenir que le Dr [L.] n'a pas réalisé d'examens probants est péremptoire et ne repose sur aucun élément. Elle précise à cet égard que le fonctionnaire médecin n'a pas procédé à des examens de nature à contredire l'avis médical du Dr [L.]. Elle rappelle sur ce point les termes de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980 et fait grief au fonctionnaire médecin de réfuter le diagnostic d'un médecin spécialiste sans examiner le patient et sans demander l'avis complémentaire d'un expert psychiatre.

Elle relève encore que le certificat médical type établi par le Dr [L.] porte qu'elle a fait l'objet d'une électroconvulsivothérapie et reproduit la définition donnée d'un tel traitement par l'Hôpital Erasme de Bruxelles. Elle souligne qu'un tel traitement n'est utilisé que dans des dépressions graves lorsque les traitements médicamenteux sont inefficaces en sorte que l'utilisation de cette technique démontre à elle seule la gravité de son état.

En ce qui concerne la liste de ses traitements médicamenteux, elle expose que le Dr [L.] a joint cette liste au certificat médical type en signalant l'existence d'une annexe à ce certificat. Elle reproche au fonctionnaire médecin de se contenter de dire qu'il s'agit d' « une feuille de traitement anonyme, non datée et non signée couvrant une période d'une semaine (semaine du 21/11/2016 au 27/11/2016) » alors qu'il y est fait référence dans la section du certificat médical type concernant le traitement médicamenteux actuel. Elle conteste également l'absence de date et de signature sur ce document.

S'agissant de son hospitalisation, elle affirme que le certificat médical type indique qu'elle est hospitalisée depuis le 23 septembre 2016 jusqu'à la date de rédaction du certificat, soit le 24 novembre 2016 et estime qu'une hospitalisation aussi longue n'existerait pas en l'absence de gravité de son état de santé. Elle ajoute que ledit certificat précise que la durée de l'hospitalisation est impossible à déterminer compte tenu de son état clinique.

Elle en déduit que l'acte attaqué qui se fonde sur l'avis du fonctionnaire médecin commet une erreur manifeste d'appréciation en considérant que sa maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée à l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 alors que les éléments qu'elle a produits démontrent le contraire.

Elle soutient également que les explications du fonctionnaire médecin ne permettent pas de comprendre le caractère manifeste de l'absence de gravité de sa maladie et estiment dès lors que l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé.

3.2.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prévoit notamment que : « [...]

§ 3. *Le délégué du Ministre déclare la demande irrecevable :*

[...]

4° 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 [...] ».

Il s'en déduit qu'une demande d'autorisation de séjour ne peut être déclarée irrecevable sur une telle base que lorsque la maladie invoquée n'apparaît manifestement pas répondre à la notion de maladie visée à la disposition précitée.

Il convient à cet égard de rappeler qu'est manifeste ce qui est évident et indiscutable.

L'article 9ter, § 1^{er}, 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 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (ci-après : la Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie. Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (Doc. Parl. Ch., DOC 51, 2478/001, 31), ne permet pas de s'écartier du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter,

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

3.2.2. La partie requérante dirige ses critiques contre l'avis du fonctionnaire médecin et par voie de conséquence, contre la motivation de la décision d'irrecevabilité qui s'approprierait les motifs de l'avis précité en ce qu'en substance ceux-ci ne permettent pas de comprendre les raisons pour lesquelles ledit fonctionnaire médecin a conclu au caractère manifeste de l'absence de gravité de sa maladie.

En l'espèce, le Conseil observe qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2. du présent arrêt, la partie requérante a produit un certificat médical, établi le 24 novembre 2016, par un médecin-psychiatre, dont il ressort qu'elle souffre de « dépression sévère » et qu'elle se trouve dans un « état de stress post-traumatique ». Ledit médecin précise en outre que la partie requérante suit un traitement médicamenteux ainsi qu'un traitement par « électroconvulsivothérapie » pour une durée « impossible à déterminer compte tenu de l'état clinique » de la partie requérante. Il ressort également de cet avis médical qu'au jour de sa rédaction, la partie requérante est hospitalisée depuis le 23 septembre 2016 et que son état de santé nécessite un suivi psychiatrique et psychopharmacologique. Enfin, ludit médecin expose qu'un arrêt du traitement aurait pour conséquence une « rechute dépressive » et un « risque suicidaire important ».

L'avis du fonctionnaire médecin, établi le 31 janvier 2017, sur lequel repose le premier acte attaqué, reprend quant à lui les constats suivants :

« [...] la pathologie (etat depressif post traumatique ; depression severe melancolique traitee par 'electroconvulsotherapy') figurant dans l'historique medical ne met pas en evidence :

- De menace directe pour la vie du concerné :

- Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril.
- L'état psychologique du concerné n'est ni confirmé par des mesures de protection ni par des examens probants.

Il ressort de ce dossier dont l'historique se résout à un CMT rédigé par Dr [L.] Médecin - Spécialiste en formation - Psychiatrie, daté du 24/11/2016, que l'intéressé aurait été hospitalisé depuis le 23 septembre à ce jour (24.11.2016 = date du CMT) - sans aucune précision (pas de rapport d'hospitalisation reçu) ; pas plus de précision voire un rapport exhaustif sur l'état psychiatrique de l'intéressé. Des antécédents sont évoqués - antécédents de cure d'hydrocèle, d'HTA, d'asthme chronique, d'hypertrophie bénigne de la prostate, de cataracte - sans qu'aucun élément, ni de diagnostic clinique, de prise en charge thérapeutique ou des rapports d'évolution, ni des éléments paracliniques ne fassent partie du dossier médical.

Bref aucun élément du dossier médical reçu, ne vient étayer une prise en charge effective, un traitement fréquent et régulier, bref une notion d'évolution de la maladie et la nécessite démontrée de la poursuite d'un traitement médicamenteux quelconque et/ ou d'une psychothérapie. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë ayant nécessité une prise en charge, en urgence dans une structure psychiatrique quelconque. On peut en conclure qu'il n'y a actuellement pas de maladie présentant un risque vital ou pour l'intégrité physique ni un risque de traitement inhumain et dégradant, en cas d'absence de traitement au pays d'origine.

- Un état de santé critique. Un monitorage des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital du concerné.

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 il 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 ».

3.2.3. Il convient de souligner que le fonctionnaire médecin conclut à l'inexistence d'une « maladie présentant un risque vital ou pour l'intégrité physique ni un risque de traitement inhumain et dégradant, en cas d'absence de traitement au pays d'origine » de la considération selon laquelle « L'état

psychologique du concerné n'est ni confirmé par des mesures de protection ni par des examens probants. Sur ce point, force est d'observer que ledit fonctionnaire, d'une part, remet en cause la réalité de l'hospitalisation (« aurait été hospitalisé ») de la partie requérante et, d'autre part, estime qu'aucun élément du dossier médical ne vient attester d'une prise en charge effective et d'un traitement fréquent et régulier ni de la nécessité de poursuivre un traitement. Il estime en outre qu'aucune « période grave ou aiguë ayant nécessité une prise en charge, en urgence dans une structure psychiatrique quelconque ».

A cet égard, le Conseil observe, à l'instar de la partie requérante, que le diagnostic posé par le Dr [L.] résulte de constatations opérées par un médecin spécialiste en psychiatre dans le cadre d'un suivi psychiatrique de plusieurs mois en sorte que l'affirmation du fonctionnaire médecin – médecin généraliste – que l'état psychologique invoqué n'est pas confirmé par des « mesures de protection ni par des examens probants » n'est, sauf à remettre en cause les compétences du Dr [L.], pas de nature à renverser les constats opérés par le médecin spécialiste chargé du suivi de la partie requérante. Force est en outre de constater que l'avis médical du fonctionnaire médecin ne fait état d'aucun élément de nature à démontrer la moindre erreur de diagnostic dans le chef du Dr [L.] alors que le fonctionnaire médecin dispose, selon l'article 9ter, §1^{er}, 5^o, de la loi du 15 décembre 1980, de la possibilité d' « examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts », ce qu'il n'a pas estimé nécessaire en l'espèce.

Il en va de même en ce qui concerne l'hospitalisation de la partie requérante dont le Dr [L.] a fait mention dans la section « *Ci Traitement actuel et date du début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B* » à titre de traitement actuel de la pathologie invoquée à l'appui de la demande d'autorisation de séjour. En émettant un doute sur la réalité de cette hospitalisation, le médecin fonctionnaire remet en question la bonne foi du médecin traitant de la partie requérante en se fondant uniquement sur l'absence de réception d'un rapport d'hospitalisation dont il n'apparaît pas du dossier administratif qu'il aurait été sollicité. Par conséquent la considération figurant dans l'avis médical du 31 janvier 2017 selon laquelle « *L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë ayant nécessité une prise en charge, en urgence dans une structure psychiatrique quelconque* » manque en fait.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux suivi par la partie requérante, le Conseil relève que dans la rubrique « C » de son certificat médical type du 24 novembre 2016, le médecin traitant de la partie requérante a explicitement renvoyé à un document annexé audit certificat, annexe dont l'existence était, en outre, confirmée au point « G » du certificat. Il ne fait dès lors aucun doute que le document annexé fait état du « *Traitement actuel* » - selon les termes du titre de la rubrique « C » - suivi par la partie requérante. Or ce document, à propos duquel le médecin fonctionnaire indique à tort qu'il n'est pas signé, dresse la liste de quinze médicaments, précise leur mode d'administration et la dose journalière prescrite.

Il découle de ce qui précède que l'affirmation du fonctionnaire médecin selon laquelle « *aucun élément du dossier médical reçu, ne vient étayer une prise en charge effective, un traitement fréquent et régulier, bref une notion d'évolution de la maladie et la nécessité démontrée de la poursuite d'un traitement médicamenteux quelconque et/ou d'une psychothérapie* » ne peut être suivie.

Dans ces circonstances, force est de conclure que la motivation de l'avis médical du 31 janvier 2017, ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles le médecin fonctionnaire a conclu qu' « *il n'y a actuellement pas de maladie présentant un risque vital ou pour l'intégrité physique ni un risque de traitement inhumain et dégradant, en cas d'absence de traitement au pays d'origine* ».

3.2.4. L'argumentation développée par la partie défenderesse en termes de note d'observations n'est pas de nature à énerver cette conclusion.

En effet, contrairement à ce que la partie défenderesse soutient, la circonstance que la partie requérante ne conteste pas les constats posés dans l'avis médical du 31 janvier 2017 selon lesquels « *Aucun organe vital n'est dans un état tel que le pronostic vital est directement mis en péril* » et « *la pathologie [...] ne met pas en évidence [...] Un état de santé critique. Un monitorage des paramètres vitaux ou un contrôle médical permanent ne sont pas nécessaires pour garantir le pronostic vital du concerné* » n'est pas pertinente en l'espèce. Le Conseil renvoie sur ce point au raisonnement tenu au point 3.2.1. du présent arrêt et observe que rien ne permet de considérer que le seuil élevé fixé par la jurisprudence de la Cour EDH, à laquelle la partie défenderesse semble se référer par ces constats – à

savoir que l'affection représente un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie – réduirait ou serait déterminant pour déterminer la gravité de la maladie en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

De même, l'absence de contestation du motif de l'avis médical selon lequel « *Des antécédents sont évoqués - antécédents de cure d'hydrocèle, d'HTA, d'asthme chronique, d'hypertrophie bénigne de la prostate, de cataracte - sans qu'aucun élément, ni de diagnostic clinique, de prise en charge thérapeutique ou des rapports d'évolution, ni des éléments paracliniques ne fassent partie du dossier médical* » est sans pertinence dans la mesure où ces antécédents sont cités à titre d' « *historique médical* » par le médecin traitant de la partie requérante et ne constituent pas les « *affectations sur base desquelles la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'Article 9ter est Introduite* ». En l'espèce les pathologies sur base desquelles la demande était introduite (rubrique B du certificat médical type) sont une « Dépression sévère mélancolique » et un « Etat de stress post-traumatique », à propos desquelles le médecin traitant de la partie requérante a détaillé la prise en charge thérapeutique mise en place et ce conformément à l'intitulé de la rubrique C du certificat médical type qui concerne le « Traitement actuel et date du début du traitement des affectations mentionnées à la rubrique B ».

La partie défenderesse indique en outre que « *le fonctionnaire médecin ne conteste pas les mentions figurant sur le certificat médical type, mais indique que celles-ci ne lui permettent pas d'établir l'évolution de la maladie et la nécessité de la poursuite d'un traitement* ». Or, si le médecin fonctionnaire ne contestait pas les mentions figurant sur le certificat médical type, celui-ci aurait constaté que le médecin traitant de la partie requérante a posé un diagnostic, indiqué les traitements et suivi nécessaires actuellement, précisé qu'il est impossible de déterminer jusqu'à quel moment un tel traitement resterait nécessaire et exposé que l'arrêt de ce traitement aurait comme conséquence une « rechute dépressive » et un « risque suicidaire important – décès ». Le fait que ledit médecin ait évoqué un échec du traitement médicamenteux n'est, à cet égard, pas de nature à remettre en cause le fait qu'un traitement « actuel » est mentionné dans le certificat médical type et que le médecin traitant de la partie requérante indique explicitement, s'agissant des « besoins spécifiques en matière de suivi médical » de la partie requérante que celle-ci a besoin d'un « suivi psychiatrique et psychopharmacologique ».

En tout état de cause, quand bien même le fonctionnaire médecin aurait eu, en l'occurrence, des doutes ou que celui-ci aurait estimé ne pas disposer de suffisamment d'informations – comme il semble ressortir de la motivation de l'avis médical du 31 janvier 2017 ainsi que de l'argumentation développée dans la note d'observations – il n'en demeure pas moins qu'il lui appartenait alors de solliciter lesdites informations auprès de la partie requérante ou du médecin traitant de celle-ci et qu'en tout état de cause la motivation dudit avis médical ne permet pas de comprendre en quoi la pathologie invoquée par la partie requérante ne répondrait pas, de manière évidente et indiscutable, à la notion de maladie visée à l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980.

3.3. Partant, Il ressort de ce qui précède que le moyen pris de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation est fondé et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à le supposer fondé, ne serait pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

3.4. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la partie requérante constituant l'accessoire de la première décision attaquée, qui lui a été notifiée à la même date, 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. 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^{er}

La décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 9 février 2017, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

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

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT B. VERDICKT