

Arrêt

**n° 240 944 du 15 septembre 2020
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NEPPER
Avenue Louise 391/7
1050 BRUXELLES**

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 la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE DE LA VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 février 2014, par X, qui déclare être de nationalité arménienne, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour, et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 17 décembre 2013.

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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 30 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 1^{er} septembre 2020.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, Présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me M. LAURENT *locum tenens* Me C. NEPPER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *locum tenens* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 20 mars 2009, le requérant a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

Le 10 juillet 2009, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a rejeté cette demande.

1.2. Le 31 août 2009, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter 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).

1.3. Le 24 novembre 2009, le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit à l'encontre de la décision du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides, visée au point 1.1. (arrêt n° 34 733).

1.4. Le 24 mars 2010, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.2., recevable. Le requérant a complété cette demande, le 1^{er} décembre 2010.

Le 8 mars 2011, la partie défenderesse a déclaré cette demande fondée, et autorisé le requérant au séjour temporaire, pour une durée d'un an. Cette autorisation de séjour a été prolongée, le 27 mars 2012.

1.5. Le 8 mars 2013, le requérant a demandé la prolongation de cette autorisation de séjour.

Le 17 décembre 2013, la partie défenderesse a refusé cette prolongation, et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre. Ces décisions, qui ont été notifiées au requérant, le 20 janvier 2014, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour (ci-après : le premier acte attaqué) :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la prolongation du titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 [...], comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses .

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

Dans son avis médical rendu le 21/05/2013, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que les pathologies actuelles sont stabilisées et contrôlées par le traitement et que ces pathologies ne sont pas reprises dans les listes des maladies modifiant la capacité de voyager. Le médecin de l'OE indique que le traitement nécessaire est disponible et accessible en Arménie et conclut que du point de vue médical, l'intéressé peut donc retourner dans son pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus , ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne 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.

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

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

« En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 2^o de la loi du 15 décembre 1980, en tant qu'étranger non soumis à l'obligation de visa, il demeure dans le Royaume au-delà de la durée maximale de 90 jours sur toute période de 180 jours prévue à l'article 20 de la Convention d'application de l'accord de Schengen, ou ne peut apporter la preuve que ce délai n'est pas dépassé :

L'intéressé avait été autorisé à séjournner dans le Royaume jusqu'au 08/03/2013. Une décision de refus de prolongation de séjour a été prise le 17/12/2013 :

Les conditions sur la base desquelles l'autorisation de séjour avait été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ».

2. Examen du moyen d'annulation.

2.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 7, 9ter, 13, § 3, 2^o, et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, « des principes généraux de bonne administration », « du principe général imposant à l'administration de statuer en prenant en cause l'ensemble des éléments pertinents du dossier », « du principe général incomtant à toute administration de respecter les principes de précaution et de prudence », et « des droits de la défense », ainsi que « du défaut de motivation », et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.1.2. Dans ce qui peut être lu comme une première branche, intitulée « Quant à l'évaluation des pathologies du requérant face aux changements de circonstances ayant un prétendu caractère suffisamment radical et non temporaire », la partie requérante fait valoir, notamment, que « Concernant l'examen des pathologies psychologiques du requérant, le médecin conseil se base sur le « DSM IV » qu'il estime être une « référence internationale en psychiatrie » pour indiquer que la dépression [du requérant] n'est pas «démontrée majeure ». Or, le médecin conseil ne donne aucun élément afin que la partie requérante puisse comprendre dans quel cadre ce « DSM IV » pourrait indiquer que sa dépression n'est pas démontrée comme majeure. En effet, ce mode de référence est largement critiqué et ne peut être repris comme seule base pour estimer, sur dossier plus particulièrement, que le requérant n'encourrait pas de risque en cas de retour dans son pays d'origine. L'article de Monsieur [Z.Z.], psychologue et anthropologue, sur le DCM donne ainsi un aperçu beaucoup plus nuancé de l'utilisation à faire de la référence DCM (Pièce 3). Il y est ainsi notamment indiqué que : « Outre le flou de nombre de ces critères supposément objectifs, il est difficile d'employer à des fins statistiques un système de classification générale des troubles mentaux qui change sa donne quatre fois en vingt ans (1980-2000). » Monsieur [Z.] rappelle également que les critères sur lesquels se basent le DCM ne se basent pas toujours sur des critères scientifiques [...] Le médecin conseil considère également que, concernant les événements qui seraient à l'origine de la pathologie du requérant, il n'y a aucun élément permettant d'authentifier ces événements et qu'il est estimé dans le livre intitulé « Health, Migration and Return » que « les chances

de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger ». Si les personnes qui suivent le requérant ne peuvent attester du vécu [du requérant] en tant que témoin dans son pays d'origine, elles le suivent depuis plus de trois ans et peuvent davantage évaluer le traumatisme et les besoins du requérant qu'un simple examen d'un dossier. Or, le médecin conseil ne se base quant à lui, à nouveau, que sur une seule source, une seule théorie thérapeutique. [...] ».

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

A cet égard, l'exposé des motifs de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 indique que cette disposition concerne « les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour [...] » (Doc. Parl., Ch., 51, n° 2478/001, p. 34).

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, la jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) montre 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.

2.2.2. En l'espèce, à l'appui de sa demande de prolongation de son autorisation de séjour temporaire, visée au point 1.5., le requérant a produit, notamment, une attestation rédigée par un psychiatre, le 10 décembre 2012, précisant qu'il « est suivi à l'hôpital Brugman 1x/mois pour soins psychiatriques du traumatisme qu'il a vécu ». Il a en outre produit un rapport d'évolution psychologique, rédigé par une psychologue, le 3 décembre 2012, faisant mention de ce qui suit : « [le requérant] a été reçu pour un suivi psychothérapique au mois d'avril 2010 à raison de deux séances mensuelles. Pour rappel, [le requérant] présente un état dépressif majeur avec des somatisations importantes, résultant de son vécu dans son pays d'origine. Il souffre de troubles du sommeil, réveil en sursaut, cauchemars répétitifs, crises de l'anxiété, nervosité, irritabilité et des douleurs multiples. Sa fragilité psychique qui s'aggrave plus en plus, et sa capacité à se protéger diminue au fil du temps. Monsieur est plus en plus fatigué, mutique avec une attitude pessimiste face à l'avenir. Il sombre dans la dépression et a des idées suicidaires. Il est toujours suivi sur le plan psychiatrique et prend une médication psychotrope, sans effets majeurs. Nous avons proposé la poursuite du soutien psychologique, à raison de deux séances mensuelles, en complément au traitement psychiatrique. Le suivi ne peut être interrompu et doit se poursuivre pour une durée indéterminée. S'il retournait dans son pays, il n'aurait pas les moyens financiers de poursuivre son traitement et ses conditions de vie y

risqueraient d'aggraver son état de santé, compte tenu de sa fragilité psychique. En effet, les rapports internationaux, indique[nt] clairement que la situation sanitaire de l'Arménie se détériore et que si les médicaments sont disponibles, ils coûtent un tiers du salaire mensuel, avec pour conséquences que les gens ne se soignent pas. En outre, les personnes souffrant de troubles psychiques y sont victime de stigmatisation importante, comme le montrent également ces rapports ».

2.2.3. Le premier acte attaqué est fondé sur le rapport d'un fonctionnaire médecin, daté du 21 mai 2013 et joint à cette décision, lequel mentionne, notamment, sous un point intitulé « *Pathologies/Affections actives actuelles* », « *Hypertension artérielle, diabète de type 2, polyneuropathie non évolutive, obésité, hyperlipidémie mixte, bradycardie, athéromatose carotidienne légère, tabagisme chronique, maladie pulmonaire chronique obstructive (BPCO) stade 2 et syndrome anxiodépressif* ».

Ces affections étaient reprises dans l'avis ayant permis la régularisation.

L'état dépressif n'était pas cité mais les pièces reçues après la régularisation le mentionnent comme étant traité depuis avril 2010, donc un an avant la régularisation. Il en est de même pour la BPCO car le tabagisme chronique, qui en est la cause, était déjà mentionné dans l'avis ayant permis la régularisation.

On peut donc avancer qu'il n'y a pas de nouvelle maladie.

Concerant la dépression elle n'est pas démontrée majeure. En effet, ce diagnostic exige la présence de 5 symptômes sur les 9 répertoriés dans le DSM IV (référence internationale en psychiatrie). Elle ne peut non plus être déclarée sévère (8 à 9 symptômes sur les mêmes 9 du DSM IV, présence de répercussions fonctionnelles, risque Suicidaire élevé). Le traitement spécialisé intensif depuis 3 ans en Belgique n'a pas entraîné d'amélioration. On constaterait, suivant le CMT, plutôt une aggravation du tableau. Or, il est recommandé dans tous les guidelines qu'une dépression résistante déclarée sévère doit faire l'objet, après avoir éliminé formellement (ce qui n'est pas rapporté) le défaut de compliance ou l'usage de substances addictives, d'une modification de la prise en charge (modification de la posologie, de la molécule, recours à des traitements électrophysiologiques reconnus, voire une hospitalisation en milieu psychiatrique). Cette absence de stratégie ne plaide pas en faveur d'une dépression sévère. En effet, Citalopram est toujours le seul et même traitement prescrit et à la même posologie.

*En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'authentifier ces événements. Il s'agit d'affirmations non étayées du patient. En outre, dans le livre intitulé « *Health, Migration and Return** [renvoi à une référence en note de bas de page] », il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger. Le traitement le plus important pour le PTSD est de parler de son expérience traumatique, de préférence avec des personnes ayant connu la même expérience. Le PTSD est donc mieux traitable au pays d'origine parce que le personnel médical y a l'expérience du contexte traumatisant en question[renvoi à une référence en note de bas de page].

Le risque d'idéation suicidaire mentionné mais non évalué en gravité, est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

*Les autres pathologies sont stabilisées. Le traitement n'a guère été modifié. Il s'agit plutôt d'adaptations. Elles n'ont d'ailleurs pas justifié d'examen ou d'avis complémentaire ni de traitement spécifique. Le passage à l'insuline n'a pas été nécessaire. Les résultats de l'HbA1c attestent d'un bon contrôle. Une prise en charge de l'obésité et du tabagisme est fortement recommandable ». Sous un point intitulé « *Traitements actifs actuels* », ledit avis précise ce qui suit : « *Cymbalta 60 mg, Co-lisinopril 20/12,5, Novonorm 120 mg 2/j, Metformine 850 mg 2/j, Januvia 100 mg, Lipitor 80 mg, Oméprazole 40 mg, Asaflow 80 mg et Oxys 2/j* ».*

Puis, à l'issue d'un examen de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et traitements requis, le fonctionnaire médecin conclut que « *Le requérant. Arménien, âgé de 58 ans, présentait plusieurs affections : hypertension artérielle, diabète de type 2, polyneuropathie non évolutive, obésité, hyperlipidémie mixte, bradycardie, athéromatose carotidienne légère, tabagisme chronique, maladie pulmonaire chronique obstructive (BPCO) stade 2 et syndrome anxiodépressif.*

Ces affections étaient reprises dans l'avis ayant permis la régularisation.

L'état dépressif n'était pas cité mais les pièces reçues après la régularisation le mentionnent comme étant traité depuis avril 2010, donc un an avant la régularisation. Il en est de même pour la BPCO car le tabagisme chronique, qui en est la cause, était déjà mentionné dans l'avis ayant permis la régularisation.

On peut donc avancer qu'il n'y a pas de nouvelle maladie et que les pathologies actuelles sont stabilisées. Le traitement n'a guère été modifié. Il s'agit plutôt d'adaptations. Le passage redouté à l'insulinothérapie, avec la problématique de l'équilibration, n'a pas été nécessaire. Aucune modification thérapeutique ou mise au point essentielle ne sont encore requises. Seul un respect du traitement et des recommandations prescrits et un suivi sont encore nécessaires. Les affections sont donc stabilisées et contrôlées par le traitement, ce qui représente un changement de circonstances ayant un caractère suffisamment radical et non temporaire par rapport à la situation d'avant la régularisation où ces affections étaient en cours d'évaluation et en évolution.

Le requérant a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 [...]. Il ne satisfait pourtant plus aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de cette loi. Les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, le changement de circonstances ayant un caractère suffisamment radical et non temporaire ».

S'agissant particulièrement des constatations du fonctionnaire médecin, relatives à l'état de santé psychologique du requérant, la lecture de l'avis semble indiquer que ce dernier a considéré que cet état ne présentait pas le degré de gravité requis, au sens de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il en est d'autant plus ainsi que ni cet avis, ni le dossier administratif ne montre que le fonctionnaire médecin a examiné la disponibilité des soins et du traitement médicamenteux nécessaires à la prise en charge de l'état de santé psychologique du requérant.

Toutefois, ni les informations, relatives au « DSM IV », tirées du lien Internet « <https://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=33164> » – qui n'est pas consultable –, ni celles tirées de l'ouvrage, intitulé « *Health, Migration, and Return* », pourtant jugées pertinentes par le fonctionnaire médecin, en vue d'évaluer l'état de santé psychologique du requérant, n'ont pas été versées au dossier administratif. Le Conseil n'est donc pas en mesure de vérifier cette pertinence, contestée par la partie requérante. Reposant, par conséquent, sur des informations qui ne peuvent être vérifiées, les constatations du fonctionnaire médecin relatives à l'état de santé psychologique du requérant, ne peuvent être considérées comme valables. Le constat selon lequel « *Le risque d'idéation suicidaire mentionné mais non évalué en gravité, est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980* », ne peut, à lui seul, suffire à cet égard.

2.3. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soutient que « Le médecin fonctionnaire a pris en compte également le fait que dans les nouveaux documents médicaux produits par le requérant, postérieurement au premier avis, un problème d'ordre psychiatrique et psychologique est mentionné, que toutefois, le requérant serait suivi pour cette pathologie depuis 2010, soit avant l'octroi de l'autorisation de séjour. Procédant à l'examen de cette pathologie, le médecin fonctionnaire a considéré que cette dernière ne justifie pas le maintien du droit au séjour pour plusieurs raisons qu'il indique de manière suffisante et claire, à savoir que, d'une part, il n'est pas démontré qu'elle est majeure, ni sévère pour les motifs suivants : [reproduction d'une partie de l'avis, cité au point 2.2.3.] ; d'autre part, en ce qui concerne les liens entre la pathologie psychiatrique et le traumatisme qu'il aurait subi au pays d'origine, qu' « *En ce qui concerne les événements qui seraient à l'origine de la pathologie du patient, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant d'authentifier ces événements. Il s'agit d'affirmations non étayées du patient. En outre, dans le livre intitulé « Health, Migration and Return », il est estimé que les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans*

l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger. Le traitement le plus important pour le PTSD est de parler de son expérience traumatique, de préférence avec des personnes ayant connu la même expérience. Le PTSD est donc mieux traitable au pays d'origine parce que le personnel médical y a l'expérience du contexte traumatisant en question". » ; et, enfin, en ce qui concerne le risque de suicide, que « Le risque d'idéation suicidaire mentionné mais non évalué en gravité, est théoriquement inhérent à toute dépression, même lorsque traitée, mais n'est pas concrétisé dans le dossier, ni relié à la situation spécifique et individuelle de ce patient. L'anamnèse n'indique aucune période grave ou aiguë. La mention reste autrement dit de caractère hypothétique et général et n'a par conséquent pas de pertinence dans le cadre de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980" ».

Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à contredire les constats qui précèdent. En effet, le Conseil est dans l'impossibilité de vérifier la pertinence des constatations du fonctionnaire médecin, relatives à l'état de santé psychologique du requérant, puisque le dossier administratif ne comporte pas l'ensemble des informations sur lesquelles le fonctionnaire médecin s'est fondé. Quant aux constatations, relatives au risque de suicide, allégué, elles ne peuvent à elles seules, suffire à cet égard.

2.4. A titre surabondant, le Conseil estime utile d'observer, s'agissant de la référence effectuée par le fonctionnaire médecin au « *DSM V* », que celui-ci ne prend pas la peine d'expliquer ce qu'est le « *DSM V* » et quelle serait sa pertinence en l'espèce, ou de fournir une quelconque référence pour étayer ses propos. La seule explication est indiquée en référence au « *DSM IV* » et se résume en ces termes « *référence mondiale dans le domaine de la psychiatrie* ». Quant aux « *chances de récupération* » dans le pays d'origine, décrites dans l'avis précité, sur la base d'un ouvrage intitulé « *Health, Migration and Return* », l'avis ne montre pas que le fonctionnaire médecin a analysé avec soin la pertinence de cette théorie, dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence la littérature y relative ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse aboutit à la conclusion selon laquelle « *les chances de récupération d'un PTSD/PTSS sont plus grandes dans l'environnement propre du pays ou de la région d'origine et que même sans traitement au pays d'origine, les chances de guérison sont meilleures qu'à l'étranger* ».

Or, si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi 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.

2.5. Il résulte de ce qui précède que ces aspects du moyen sont fondés et suffisent à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements de cette branche, ni les autres branches du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

2.6. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre du requérant, constitue l'accessoire de la décision de refus de prolongation d'une autorisation de séjour, qui lui a été notifiée à la même date. Il doit donc également être annulé.

3. Débats succincts.

3.1. 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.

3.2. Les actes attaqués étant annulés 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 de refus de prolongation d'une autorisation de séjour, et l'ordre de quitter le territoire, pris le 17 décembre 2013, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme N. RENIERS, Présidente de chambre,

Mme N. SENGEGERA, Greffière assumée.

La Greffière, La Présidente,

N. SENGEGERA N. RENIERS