

Arrêt

n° 249 179 du 16 février 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. MOMMER
Rue de l'Aurore 10
1000 BRUXELLES

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 1^{er} juin 2017, par X, qui déclare être de nationalité nigérienne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 30 mars 2017.

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 la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 6 janvier 2021 convoquant les parties à l'audience du 28 janvier 2021.

Entendu, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me P. HUGET *loco* Me C. MOMMER, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le requérant, de nationalité nigérienne, a introduit en date du 27 novembre 2015 une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée recevable le 12 décembre 2016.

Le 29 mars 2017, le médecin-fonctionnaire a rendu un avis sur la situation médicale du requérant.

Le 30 mars 2017, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour en même temps qu'un ordre de quitter le territoire. Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

S'agissant de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour (le premier acte attaqué) :

« Motif:

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.

Monsieur [le requérant] 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 Étrangers (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 le Niger, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical du 29/03/2017, (joint, sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Niger.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier 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 de l'ordre de quitter le territoire (le deuxième 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: En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de la violation

« - des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;

- des articles 1 à 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;

- des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ;

- de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme ;

- du principe de bonne administration tels que les principes de minutie, de sécurité juridique, de légitime confiance ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation ».

Dans une articulation de la seconde branche du moyen, consacrée à l'examen de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine, elle expose notamment ce qui suit :

« Afin de justifier le fait que le requérant pourrait avoir accès au suivi médical que nécessite son état, la partie adverse évoque simplement les projets qui ont été mis en place grâce notamment à Monaco et à sa politique de coopération au développement qui a permis la création du Centre national de référence de la drépanocytose (CNRD) en 2010.

Bien que ces projets soient louables et constituent sans conteste une avancée pour les drépanocytaires au Niger, rien n'indique pour autant que le requérant pourrait avoir accès aux soins durant toute sa vie

grâce à ces projets. Il a d'ailleurs déposé un document attestant de la fin de sa prise en charge par la CNSS (voir développements *infra*).

Le CNRD qui a été créé dans ce cadre prend, en outre, uniquement en charge l'anémie falciforme alors qu'en l'espèce, le requérant souffre de problèmes moteurs importants aux hanches et doit être suivi et traité pour ceux-ci, ce que ne permettrait absolument pas le CNRD. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il a été opéré par les médecins monégasques à trois reprises. Cette prise en charge est cependant à présent terminée (voir développements *infra*). Quant au programme d'aide pour accéder aux micro-crédits mis en place dont parle les documents déposés, il est destiné aux mères des enfants malades afin de pouvoir leur permettre de générer des revenus et ensuite d'accéder aux traitements adéquats pour leurs enfants. Le requérant qui a de gros problèmes moteurs n'est cependant pas apte à travailler et ne pourrait bénéficier de ces aides qui sont, en outre, extrêmement limitées comparé au nombre de personnes souffrant de cette maladie et nécessitant des soins.

En l'espèce, la partie adverse a manifestement violé son obligation de motivation et les principes de bonne administration tels qu'énoncés au moyen. Elle a par ailleurs commis une erreur manifeste d'appréciation de la demande du requérant, violant ainsi également l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 et l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme.

La partie adverse étant tenue de rendre sa décision en se basant sur tous les éléments déposés au dossier administratif au moment où elle statue a dès lors violé le principe de bonne administration et a commis une erreur de motivation en considérant que le suivi nécessaire était disponible et accessible au pays d'origine et en ne tenant pas compte des informations relatives aux différents risques d'aggravation de sa maladie encourus par le requérant ».

3. Discussion.

3.1. Sur la seconde branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, 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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles 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, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. 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 du 15 décembre 1980, 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 [sic], 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 fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, 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 existants 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.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. 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. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur un avis du médecin conseil de la partie défenderesse daté du 29 mars 2017, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour, et dont il ressort, en substance, que le requérant est atteint de « Drépanocytose SS », pathologie pour laquelle le traitement et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

S'agissant de l'accessibilité des soins, le fonctionnaire médecin a notamment fait valoir les considérations suivantes :

« Concernant l'accessibilité de soins de santé au Niger, notons que la S.A.S³. le Prince Souverain Albert II attache une importance particulière à la poursuite des 17 Objectifs de Développement durable (ODD) adoptés par les nations unies en septembre 2015. La politique de coopération au développement du gouvernement de Monaco, qui a fait de la lutte contre la pauvreté sa priorité d'intervention, permet de soutenir chaque année plus de 130 projets dans 12 pays, principalement les Pays les Moins Avancés (Madagascar, Mali, Burkina Faso, Niger, Mauritanie, Sénégal et Burundi). Les populations les plus vulnérables constituent le cœur de cible de la Coopération monégasque : les enfants, les femmes, les personnes en situation de handicap, les réfugiés. Au-delà de ces priorités, la DCI intervient dans d'autres domaines tels que la sécurité alimentaire, la protection civile, ou le déminage.

³<http://www.gouv.mc/Action-Gouvernementale/Monaco-a-l-International/L-Aide-Publique-au-developpement-et-la-Cooperation-Internationale>

Il existe 5 coopérations internationales⁴ : Coopération monégasque, pour lutter contre la pauvreté, STEPS, pour l'intégration et la participation sociale des personnes handicapées et autres groupes en situation d'extrême vulnérabilité, Fondation Pierre Fabre, pour accéder aux soins, Cordons de vie, recherche médicale, IECD. La première phase de ce projet⁵ pilote, initiée en 2010, a permis de mettre en œuvre une campagne de prévention de la drépanocytose à travers l'Association Nigérienne de Lutte contre la Drépanocytose (ALDN) et de favoriser l'accès au microcrédits d'une centaine de mères de famille afin de les aider à développer des Activités Génératrices de Revenus (AGR) et ainsi dégager des revenus nécessaires à la prise en charge durable des soins de santé de leurs enfants.

⁴http://www.reseaudrepano.com/?page_id=8

⁵<https://www.gouv.mc/Action-Gouvernementale/Monaco-a-l-international/L-Aide-Publique-au-Developpement-et-la-Cooperation-internationale/Actualités/Niger-Acces-au-micro-credit-pour-les-malades-de-la-repanocytose-phase-II>

La contribution de la Coopération monégasque pour la phase II permettra de pérenniser le projet en permettant aux drépanocytaires d'accéder aux services financiers proposés par les institutions de Micro Finance (IMF) de la place et ainsi d'être en mesure d'accéder plus facilement aux soins dispensés par le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose de Bamako.

Rappelons que la Coopération monégasque a fait de la lutte contre la drépanocytose, maladie négligée stigmatisant les inégalités, un axe fort de sa coopération dans le domaine de la Santé. Le Niger, le Mali et Madagascar disposent à présent d'un Centre de Référence dédié à cette maladie. L'appui aux associations de malades dans ces pays ainsi qu'en Mauritanie et au Sénégal constitue également un volet important de ce programme de coopération régional monégasque.

Le Centre National de Référence pour la Drépanocytose (CNRD) a été ouvert en janvier 2010 grâce à un accord de partenariat et de financement entre la République du Niger (MSP), le Gouvernement de la principauté de, l'AMADE Mondiale (Association Mondiale des Amis de l'Enfance) et l'Association de lutte contre la drépanocytose au Niger (Association de lutte contre la Drépanocytose au Niger - ALDN). Les objectifs du CNRD sont la prise en charge médicale et psychologique de l'anémie falciforme (consultation, hospitalisation, service social, la promotion de l'anémie falciforme, le dépistage, l'information et l'alerte de la population et le développement de la recherche scientifique⁶

⁶<http://www.amade-mondiale.org/fr/actions/niger-lutte-contre-la-drepanocytose.html>

AMADE Mondiale et l'ALDN ont également un partenariat basé sur deux axes : l'amélioration des sources de revenus pour l'anémie falciforme par l'accès au microcrédit et l'amélioration de l'accès au traitement par le soutien à la création d'une pharmacie régionale pour l'anémie falciforme. Les activités spécifiques menées sont les suivants : cibler l'identification et la sensibilisation de la population à l'accès au microcrédit : Aider les bénéficiaires.

Etant arrivé en Belgique en 2015, on peut conclure que l'intéressé a vécu la majorité de sa vie au Niger et qu'il a dû y tisser des liens sociaux et/ou y a encore de la famille. Or rien ne permet de démontrer que sa famille et/ou son entourage ne pourrait l'accueillir au Niger et/ou l'aider financièrement si nécessaire.

En outre, il ressort des déclarations déposées par l'intéressé que ses parents dont la mère travaille, sont présents au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de sa famille en cas de nécessité ».

En termes de requête, la partie requérante estime que nonobstant les efforts mis en œuvre par les différentes structures citées dans la lutte contre la drépanocytose, ceux-ci s'avèrent insuffisants pour garantir au requérant un accès aux soins durant toute sa vie.

3.3. A cet égard, le Conseil observe que, pour aboutir au constat d'accessibilité des soins nécessaires au requérant grâce aux mécanismes de la coopération internationale, le médecin de la partie défenderesse s'est appuyé sur les sources émanant des sites internet du Gouvernement de la Principauté de Monaco, de l'Association Mondiale des Amis de l'Enfance (AMADE) et du réseau Drepano, lesquelles figurent toutes au dossier administratif.

Il constate à la lecture des informations issues des liens internet <http://www.gouv.mc/Action-Gouvernementale/Monaco-a-l-International/L-Aide-Publique-au-Developpement-et-la-Cooperation-Internationale> et http://www.reseaudrepano.com/?page_id=8 que celles-ci se bornent à présenter les objectifs de la politique de coopération internationale au développement menée par la Principauté de Monaco, les pays partenaires cette coopération ainsi que les domaines d'intervention.

Il n'est, en revanche, fait état d'aucune considération spécifique relative à l'accès aux soins des malades drépanocytaires au Niger.

Quant au document émanant du site internet <https://www.gouv.mc/Action-Gouvernementale/Monaco-a-l-international/L-Aide-Publique-au-Developpement-et-la-Cooperation-internationale/Actualités/Niger-Acces-au-micro-credit-pour-les-malades-de-la-drepanocytose-phase-II>, il se rapporte à une « dépêche » datée du 26 mars 2012 de la coopération internationale monégasque, confirmant que « le projet pilote initié en 2010 a permis de mettre en œuvre une campagne de prévention de la drépanocytose à travers l'association nigérienne de lutte contre la drépanocytose (ci-après ALDN) et de favoriser l'accès au micro-crédit d'une centaine de mères de famille afin de les aider développer des activités génératrices de revenus et ainsi dégager des revenus nécessaires à la prise en charge durable des soins de santé de leurs enfants ».

Il y est également précisé que « La contribution de la coopération internationale pour la phase II permettra de pérenniser le projet en permettant aux drépanocytaires d'accéder aux services financiers proposés par les institutions de micro finance de la place et ainsi d'être en mesure d'accéder plus facilement aux soins dispensés par le centre de recherche et de lutte contre la Drépanocytose de Bamako (sic) ».

Toutefois, à la lecture de ce passage, il ne peut être raisonnablement déduit des informations qu'il comporte que le requérant pourrait avoir un accès aux soins requis par sa pathologie. En effet, selon les termes mêmes utilisés, l'accès au micro-crédit vise essentiellement à aider les mères de famille dans la prise en charge des soins de santé de leurs enfants, ce qui ne correspond aucunement à la situation du

requérant, lequel est dès lors exclu du bénéfice de ce programme. Aucun autre document déposé par la partie défenderesse ne permet en outre d'accréditer une thèse contraire. Il en est d'autant plus ainsi que l'objectif de ce programme étant de développer des activités génératrices de revenus, il y a lieu de s'interroger sur la capacité réelle du requérant qui souffre de crises répétitives et sévères d'hémolyse et d'une diminution de ses aptitudes motrices résultant de la pose de prothèses sur ses deux hanches, à atteindre un tel objectif.

C'est dès lors à bon droit que la partie requérante estime que ce projet de la coopération internationale monégasque ne permet pas d'établir que la prise en charge des soins requis par l'état de santé de la partie requérante, en tant que personne drépanocytaire majeure et souffrant de problème moteurs, sera assurée.

L'affirmation selon laquelle le requérant pourrait « *accéder plus facilement aux soins dispensés par le centre de recherche et de lutte contre la Drépanocytose [...]* » n'est pas de nature à renverser ce constat.

En effet, selon l'article figurant au dossier administratif « *Niger : renforcement des capacités socio-économiques et amélioration de l'accès au traitement pour les drépanocytaires* », tiré du site internet cité par le médecin fonctionnaire <http://www.amade-mondiale.org/fr/actions/niger-lutte-contre-la-drepanocytose.html>, la mission de ce centre de recherche est « *de contribuer à réduire la mortalité liée à la drépanocytose par la prise en charge médicale et psychosociale des patients drépanocytaires, la formation des professionnels de santé, la sensibilisation, le conseil génétique et le dépistage ainsi que par le développement de la recherche scientifique* ». Or, dès lors qu'aucune indication n'est fournie quant aux conditions et mécanismes de prise en charge médicale des patients drépanocytaires, il ne peut être conclu, comme le fait la partie défenderesse, à une accessibilité réelle des soins requis par la situation médicale du requérant.

Quant à l'existence mentionnée dans ce même document de l'étroite collaboration entre l'AMADE et l'ALDN autour des deux axes que sont l'accès au microcrédit et le soutien à la création d'une pharmacie régionale, dont l'objectif est d'offrir des produits pharmaceutiques à prix réduits, le Conseil renvoie à ce qui a été exposé *supra* quant à l'exclusion du requérant de ce type de programme, qui, en outre, s'adresse à une catégorie de destinataires géographiquement distincts ; les familles drépanocytaires résidant à Niamey quant à l'accès au micro-crédit et les familles drépanocytaires de la région de Touha en ce qui concerne les offres de la pharmacie régionale.

En tout état de cause, il convient de souligner que le requérant, dont les capacités physiques sont considérablement amoindries, n'est pas en mesure de développer seul des activités génératrices de revenus lui permettant d'accéder au micro-crédit, ou de prendre en charge les frais nécessaires à son traitement et à ses soins. Ceci est d'autant plus vrai que les certificats médicaux des 17 juillet 2015 et 27 novembre 2015 font état dans la rubrique F consacrée aux besoins spécifiques en matière de suivi « *d'un accompagnement du patient et d'une aide dans sa vie personnelle* »

Pour le surplus, en ce qui concerne l'aide que le requérant pourrait obtenir de sa famille ou de son entourage, le Conseil estime qu'une telle considération ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des soins au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivis nécessaires à la partie requérante.

En effet, un tel motif, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté que la partie requérante souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écarter un risque réel – entraîné par cette maladie – pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat *in specie* dès lors qu'il s'agit notamment d'écarter un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH et au regard de ce qui a été rappelé au point 3.1. du présent arrêt, à savoir que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9^{ter} précité, les traitements existants 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 conséquence, il découle de ce qui précède qu'aucune des informations fournies par les sources mentionnées par le médecin de la partie défenderesse ne permet d'établir, avec certitude, que les soins nécessaires à la partie requérante lui seraient accessibles au Niger. Dès lors qu'il n'est pas permis d'établir l'accessibilité des soins dans le pays, le risque de l'atteinte à l'article 3 CEDH est établi.

Les arguments de la partie défenderesse avancés dans la note d'observations ne sont pas de nature à énerver les constats posés *supra*, dès lors qu'elle se contente de répéter les motifs de l'avis médical et estime que le requérant pourrait bénéficier de l'aide du centre National de Référence de la Drépanocytose au Niger.

3.4. La seconde branche du moyen unique, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Concernant spécifiquement l'ordre de quitter le territoire, deuxième acte attaqué, étant donné qu'il y a des indications en l'espèce que le renvoi du requérant dans son pays d'origine pouvait donner lieu à une violation de l'article 3 de la CEDH, que l'article 7 de la loi sur les étrangers ne peut être appliqué que si des dispositions plus favorables contenues dans un traité international n'y font pas obstacle et qu'il apparaît maintenant que les problèmes médicaux invoqués par le requérant n'ont pas été correctement évalués, le requérant peut être suivi dans son affirmation selon laquelle une erreur manifeste d'appréciation a été commise, en sorte qu'il convient de l'annuler également.

4. Débats succincts.

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

4.2. Les 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^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 30 mars 2017, sont annulés.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS