

Arrêt

n° 257 353 du 29 juin 2021
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. KADIMA
Boulevard Frère Orban 4B
4000 LIÈGE

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 F.F. DE LA VIIIÈ CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 21 septembre 2017, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation d'une décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 3 août 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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 février 2021 convoquant les parties à l'audience du 17 mars 2021.

Entendu, en son rapport, N. CHAUDHRY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. KADIMA, avocat, qui comparait avec la partie requérante, et Me K. de HAES *loco* Mes D. MATRAY et C. PIRONT, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 21 juin 2011, le requérant a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges. Cette procédure s'est clôturée négativement, aux termes de l'arrêt n° 93 683 du Conseil de céans, rendu le 17 décembre 2012.

1.2. Le 4 septembre 2012, la partie défenderesse a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13quinquies). Le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par le Conseil de céans, aux termes de son arrêt n° 99 368 du 21 mars 2013.

1.3. Par voie de courrier daté du 15 novembre 2012, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9bis 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).

1.4. Le 18 janvier 2013, le requérant a introduit une nouvelle demande de protection internationale auprès des autorités belge. Cette procédure s'est clôturée négativement, aux termes de l'arrêt n° 111 561 du Conseil de céans, rendu le 9 octobre 2013.

1.5. Le 21 février 2014, la partie défenderesse a déclaré irrecevable la demande visée au point 1.3. Cette décision, notifiée au requérant le 11 mars 2014, ne semble pas avoir été entreprise de recours.

1.6. Par voie de courrier recommandé daté du 22 janvier 2015, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 19 octobre 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable et a pris, à l'égard du requérant, un ordre de quitter le territoire.

Ces décisions ont cependant été annulées par le Conseil de céans, aux termes de l'arrêt n° 184 664 du 30 mars 2017.

1.7. Le 3 août 2017, la partie défenderesse a, à nouveau, déclaré irrecevable la demande visée au point 1.6., et a pris, à l'égard du requérant, un nouvel ordre de quitter le territoire. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 22 août 2017, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

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

« 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 01.08.2017 (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.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération.»

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

« 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 1er, 1° 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 passeport revêtu d'un visa valable.»

1.8. Par courrier daté du 4 août 2017, le requérant a complété la demande visée au point 1.6.

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1. La partie requérante prend un premier moyen, tiré de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des « principes généraux de bonne administration (tenant à l'obligation pour une bonne administration de considérer tous les éléments utiles de la cause avant de prendre une décision) », du principe de proportionnalité, ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

Développant un bref exposé théorique relatif à la portée de l'obligation de motivation, elle relève que « la décision attaquée ainsi que le rapport médical litigieux se bornent à dire que manifestement le patient n'est pas atteint par une affection représentant une menace directe pour sa vie ou pour l'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 se séjournait, sans préciser ni à quelles conditions ils le seraient [sic] concrètement pour le requérant eu égard à son âge, son handicap et sa situation [...] financière, pourra accéder [sic] aux soins, ni dans quel mesure le système de mutuelles de santé organis[é] au Congo est effectif lorsque la corruption qui y règne est de notoriété publique ». Elle soutient que « vu l'âge du requérant et sa situation d'indigence, le bénéfice de ce système de mutuelles de santé ne lui serait manifestement pas accessible » et qu'« il est prématuré et absurde de compter sur une hypothétique aide financière de son entourage social sans s'interroger sur la capacité contributive financière actuelle de cet entourage social ». Elle relève également que la partie défenderesse « considère que l'incapacité éventuelle de voyager fera l'objet d'une évaluation lors l'application de la mesure d'éloignement, en même temps [elle] opte l'ordre de quitter le territoire [sic] », et lui reproche d'avoir adopté les actes attaqués « sans avoir au préalable démontré la disponibilité des soins dans le pays d'origine et partant, [d'avoir] précipitamment conclu à leur accessibilité par le requérant, alors que les éléments de la cause démontrent à suffisance les difficultés d'accès auxquelles le requérant devrait faire face une fois arriv[é] au Congo ».

Elle souligne ensuite que « l'état de santé du requérant reste inquiétant comme en atteste le certificat médical type [...] dûment complété par le Docteur [L.A.], ainsi que les rapports médicaux joints à l'appui à sa demande de 2014 ainsi qu'au complément de 2017 », qu'il « est atteint [t] d'une affection grave qui nécessite un traitement à vie et donc un suivi régulier en Belgique », qu'il « suit [en Belgique] un traitement approprié pour atténuer et éviter les complications sévères de la maladie » et qu'il « peut à tout moment présenter à nouveau un accident vasculaire en cas d'arrêt du traitement, ce qui lui serait fatal ». Elle soutient que « selon la nature de la gravité de la maladie, il s'agit donc bien d'une maladie qui comporte un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique et psychique, ou un risque réel de subir un traitement inhumain ou dégradant, s'il n'y a pas de disponibilité ou d'accès au traitement adéquat dans son pays ».

Elle fait valoir que « s'agissant de la disponibilité et de l'accessibilité des soins nécessaires à la poursuite de la prise en charge de la requérante [sic] dans son pays d'origine, plusieurs documents démontrent à suffisance que la prise en charge initiée en Belgique ne pourrait être poursuivie dans les mêmes conditions sur place » et que « le requérant ne pourrait pas avoir accès au Congo à la prise en charge dont [il] bénéficie actuellement en Belgique », ajoutant que « même dans l'hypothèse où les soins médicaux seraient disponibles au Congo, quod non, le requérant n'y aurait pas, in concreto, accès en raison notamment de son indigence ». Elle souligne ensuite qu'« il est de notoriété publique qu'au Congo, une grande majorité de la population vit dans des conditions précaires et que le secteur des soins de santé est dans un état de grand délabrement en République Démocratique du Congo », et se réfère à deux sites internet : <http://www.who.int/countries/cod/fr/> et <http://www.beltrade-congo.be/index2.php?page=1>. Elle ajoute encore que « Il faut [...] que la continuité du traitement [...] soit garantie [au requérant] » et qu'« il faut en outre tenir compte de la possibilité concrète pour le malade de pouvoir bénéficier d'un traitement, compte tenu de sa situation personnelle et financière », et souligne à cet égard que « la pauvreté qui règne au Congo a également des conséquences sur la circulation de médicaments de mauvaise qualité et surtout des médicaments contrefaits dans, car l'accès au médicament de bonne qualité, rarement disponible, est difficile voir[e] impossible pour la couche pauvre de la population congolaise ». Soutenant à nouveau que « le requérant est affaibli et sans ressources et n'aurait pas facilement accès au traitement dans le pays d'origine », elle affirme qu'« il existe à tout le moins un doute quant au fait que le requérant puisse bénéficier au Congo de soins de qualité en raison de son incapacité financière, de sa situation sociale et de son incapacité de travail », arguant que « dans ces circonstances, il convient de considérer que le requérant se trouve

dans une situation d'impossibilité absolue de retourner dans son pays, ce retour l'exposant à un risque de dégradation de son état de santé qui pourrait entraîner des conséquences graves pour sa vie ou son intégrité physique ».

Elle soutient ensuite que la partie défenderesse « aurait dû tenir compte des pièces déposées lors du recours au Conseil du Contentieux, [et] donner à l'intéressé l'occasion de compléter ou actualiser son dossier médical », et estime que « le complément de la demande de régularisation 9ter envoyé le 04/08/2017, juste un jour après la prise de la décision et avant la notification pourra être considéré comme une nouvelle demande 9ter qui est toujours pendante devant l'Office des étrangers ».

2.2. La partie requérante prend un second moyen, tiré de la violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH).

Elle soutient que « le requérant se trouve dans une situation médicale telle qu'il ne pourrait être éloign[é] du territoire sans violation de l'article 3 de la [CEDH] », dans la mesure où « le requérant est une personne gravement malade, et qui plus est dans une situation exceptionnellement vulnérable si tant qu'il est établi qu'[il] suit un traitement dont la disponibilité à l'état actuel ne peut être garantie et qui est encore moins accessible pour lui dans son pays d'origine ». Elle estime que « le retour du requérant au Congo l'exposerait assurément à un risque réel pour sa santé ou sa vie dès lors qu'il [e] priverait des soins adéquats ou à tout le moins, [qu']il perdrait le bénéfice actuel de sa prise en charge médicale en cours en Belgique », et affirme que « l'arrêt du traitement médical dont bénéficie le requérant actuellement en Belgique lui causerait de grandes souffrances psychiques, physiques et morales constitutives, à tout le moins, de traitement inhumain et dégradant interdit par l'article 3 de la [CEDH] », et que « le requérant [...] présente un risque élevé d'être à nouveau victime d'un AVC ».

3. Discussion.

3.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 3, 4°, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une demande d'autorisation de séjour est déclarée irrecevable « *lorsque le fonctionnaire médecin ou le médecin désigné par le ministre ou son délégué, visé au § 1^{er}, alinéa 5, constate dans un avis que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume* ».

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle n'implique que l'obligation d'informer le requérant des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Il suffit par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est amené à effectuer, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis.

3.2.1. En l'espèce, l'avis du fonctionnaire médecin, établi le 1^{er} août 2017, sur lequel repose le premier acte attaqué, mentionne notamment ce qui suit :

« Le syndrome d'apnées du sommeil n'est pas une affection grave requérant d'emblée un traitement par CPAP. Il convient avant tout de perdre du poids, d'éviter de dormir sur le dos et éviter la prise d'hypnotiques et de sédatifs. La réduction et la gestion du poids sont les méthodes principales pour traiter le SAOS chez les patients en surpoids (BMI>25), ce qui est le cas du requérant. L'effet de ces mesures n'a pas été démontré puisque l'examen du 03.01.2014 a été réalisé avec son surpoids.

Les orthèses d'avancée mandibulaire, plus simples et moins onéreuses, qui permettent de réduire les apnées de façon significative, n'ont pas non plus été testées.

Par ailleurs, il n'est donc pas démontré que chez le requérant ce traitement est efficace.

En effet, l'INAMI ne rembourse l'usage d'un appareil CPAP qu'à 2 conditions

« Que l'on souffre du syndrome du SAOS confirmé par un examen polysomnographique ». Cela a bien été réalisé

« Qu'un 2e examen du sommeil pendant lequel vous dormez avec un appareil CPAP et un masque adapté à votre nez ou votre visage démontre que ce traitement améliore votre respiration et la qualité de votre sommeil ». Cela n'a pas été démontré dans le dossier médical et donc il n'est pas non plus démontré que ce traitement soit efficace pour réduire les apnées du requérant.

Il n'est pas non plus démontré que chez le requérant ce traitement est toléré. En effet, la moitié des patients se conforment bien à la thérapie par voie nasale à long terme et l'autre moitié des patients l'abandonnent définitivement.

Or, le rapport d'observance exigé par l'INAMI « avec le nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit (minimum 3H/nuit) » n'est pas non plus communiqué.

Il n'est pas non plus démontré que chez le requérant ce traitement est formellement indispensable. Il ne présente en effet aucune autre affection organique et « le traitement par CPAP avec soins habituels, par rapport aux soins habituels seuls (mentionnés supra), n'a pas empêché les événements cardiovasculaires chez les patients souffrant d'apnée obstructive du sommeil modérée à sévère et d'une maladie cardiovasculaire établie ».

3.2.2. Le Conseil observe toutefois qu'à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, visée supra sous le point 1.6., le requérant a produit, notamment, deux certificats médicaux, établis par le docteur [A.L.] en date des 7 juillet 2014 et 15 janvier 2015, lesquels précisent que le requérant souffre, notamment, d'« Apnées – Sommeil » d'une gravité qualifiée de « sévère » au sujet de laquelle il est précisé qu'elle a été mise en évidence par « Une polysomnographie, réalisée [...] le 31/03/2014 » dont les résultats sont également joints. Il ressort, en outre, de ces mêmes certificats que cette pathologie du requérant est actuellement traitée par « CPAP, appareil à pression positive à appliquer sur le visage la nuit », un traitement que le docteur [A.L.] précise être « nécessaire » et « à vie » et dont diverses pièces jointes établissent, par ailleurs, qu'il a été prescrit par le docteur [F.B.], un pneumologue membre de l'unité des troubles du sommeil de l'hôpital « CHR Citadelle ».

S'agissant des conséquences et complications éventuelles en cas d'un arrêt du traitement, les certificats susvisés indiquent « Fatigue. Hypertension artérielle, complications cardio-vasculaires. Diminution de la durée de vie ».

S'agissant du syndrome d'apnées du sommeil, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse a considéré qu'il ne s'agit pas d'« une affection grave requérant d'emblée un traitement par CPAP », et a indiqué, en substance, qu'il existait d'autres traitements que celui par CPAP, à savoir, d'une part, « perdre du poids, éviter de dormir sur le dos et éviter la prise d'hypnotiques et de sédatifs », et d'autre part, « les orthèses d'avancée mandibulaire ». Le médecin conseil de la partie défenderesse a également indiqué que l'effet de ces mesures alternatives n'avait pas été démontré dès lors qu'elles n'avaient pas été testées chez le requérant.

Or, le Conseil rappelle que le traitement par CPAP, soit « un appareil à pression positive à appliquer sur le visage la nuit », a été prescrit par le pneumologue [F.B.], qui suit le requérant, après l'avoir soumis à un examen de polysomnographie, à l'issue duquel il a conclu à un diagnostic de « Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil sévère induisant [...] une fragmentation importante de sommeil », pour lequel il a estimé y avoir « dès lors indication d'un traitement par pression positive ». Au vu de ces éléments, le Conseil estime que les affirmations du médecin conseil de la partie défenderesse, relatives aux mesures alternatives au traitement par CPAP, outre qu'elles ne sont appuyées d'aucune référence médicale de nature à les étayer, apparaissent purement théoriques. Elles ne font en effet nullement ressortir que la pertinence d'appliquer les « autres traitements » relevés au cas du requérant aurait été examinée avec soin, et elles ne permettent pas non plus à suffisance de comprendre les raisons pour lesquelles, dans la situation spécifique du requérant rappelée ci-avant, le fonctionnaire médecin conclut, sur cette base, que la gravité de l'affection diagnostiquée dans le chef du requérant ne serait pas établie. Le Conseil observe également que ledit médecin ne s'interroge à aucun moment sur les raisons médicales susceptibles de justifier le choix du pneumologue traitant le requérant de préférer le traitement par CPAP aux autres possibilités, ni sur la question de savoir si ces autres possibilités seraient adaptées ou efficaces dans le cas du requérant.

Ensuite, le Conseil relève que le médecin conseil de la partie défenderesse a estimé qu'il n'était pas démontré que le traitement par CPAP était « efficace », « toléré » et « formellement indispensable » dans le cas du requérant.

Cependant, s'agissant de l'« efficacité » du traitement par CPAP, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse se réfère à cet égard aux conditions de remboursement d'un appareil CPAP par l'INAMI, indiquant que « l'INAMI ne rembourse l'usage d'un appareil CPAP qu'à 2 conditions

« Que l'on souffre du syndrome du SAOS confirmé par un examen polysomnographique ». Cela a bien été réalisé « Qu'un 2^e examen du sommeil pendant lequel vous dormez avec un appareil CPAP et un masque adapté à votre nez ou votre visage démontre que ce traitement améliore votre respiration et la qualité de votre sommeil ». Cela n'a pas été démontré dans le dossier médical et donc il n'est pas non plus démontré que ce traitement soit efficace pour réduire les apnées du requérant ». Le Conseil estime cependant que la conclusion, selon laquelle la gravité de l'affection diagnostiquée dans le chef du requérant ne serait pas établie, ne peut être raisonnablement déduite de la seule circonstance que le requérant n'aurait pas satisfait aux exigences imposées par l'INAMI en vue de la prise en charge du coût de l'appareil CPAP.

L'extrait de l'avis médical relatif à la « tolérance » du requérant au traitement par CPAP, portant que « la moitié des patients se conforment bien à la thérapie par voie nasale à long terme et l'autre moitié des patients l'abandonnent définitivement. Or, le rapport d'observance exigé par l'INAMI « avec le nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit (minimum 3H/nuit) » n'est pas non plus communiqué » n'appelle pas d'autre analyse, le Conseil restant sans comprendre en quoi l'absence d'un tel rapport permettrait de conclure, de manière certaine, à la tolérance ou non du requérant audit traitement. Le Conseil observe, à toutes fins utiles, que le médecin conseil de la partie défenderesse ne démontre nullement que le requérant ne se conformerait pas « à la thérapie par voie nasale à long terme », susmentionnée.

Quant au caractère « formellement indispensable » du traitement par CPAP dans le cas du requérant, le Conseil observe que le médecin conseil de la partie défenderesse s'écarte à cet égard, une nouvelle fois, des conclusions des médecins traitant le requérant, lesquels estiment ce traitement à tout le moins « nécessaire ». Pour ce faire, le médecin conseil de la partie défenderesse s'appuie sur une étude du New England Journal of Medicine selon laquelle « le traitement par CPAP avec soins habituels, par rapport aux soins habituels seuls (mentionnés supra), n'a pas empêché les événements cardiovasculaires chez les patients souffrant d'apnée obstructive du sommeil modérée à sévère et d'une maladie cardiovasculaire établie », après avoir relevé que le requérant « ne présente aucune autre affection organique ». A cet égard, le Conseil ne peut cependant qu'observer que, dans les deux certificats médicaux joints à la demande visée au point 1.6., le Dr [A.L.] indiquait que les conséquences et complications éventuelles en cas d'arrêt du traitement par CPAP étaient « Fatigue. Hypertension artérielle, complications cardio-vasculaires. Diminution de la durée de vie ». Force est de constater à ce sujet que l'étude citée par le médecin conseil de la partie défenderesse, bien que constatant, certes, une absence d'effet significatif du traitement par CPAP sur la prévention des événements cardiovasculaires, indique cependant que « In conclusion, in a large group of adults with both cardiovascular disease and moderate-to-severe obstructive sleep apnea, the use of CPAP therapy had no significant effect on the prevention of recurrent serious cardiovascular events, despite significantly reduced sleepiness and other symptoms of obstructive sleep apnea and improved quality-of-life measures » (traduction libre : « En conclusion, dans un groupe important d'adultes souffrant à la fois de maladies cardiovasculaires et d'apnée obstructive du sommeil modérée à sévère, l'utilisation d'un traitement par CPAP n'a pas eu d'effet significatif sur la prévention des événements cardiovasculaires graves récurrents, malgré une réduction significative de la somnolence et des autres symptômes de l'apnée obstructive du sommeil et une amélioration des mesures de la qualité de vie »). Le Conseil relève dès lors que le médecin conseil de la partie défenderesse semble avoir opéré une lecture partielle de ladite étude, en telle sorte que la simple référence à cette littérature médicale ne permet pas de comprendre les raisons pour lesquelles il aboutit à la conclusion que le traitement par CPAP ne serait pas « formellement indispensable » au requérant, au vu des certificats médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour de ce dernier, et des effets significatifs du traitement par CPAP sur divers symptômes invalidants de l'apnée obstructive du sommeil, susmentionnés.

Le Conseil estime, dès lors, que le médecin conseil de la partie défenderesse ne démontre pas avoir pris en considération de manière adéquate le fait qu'un traitement a été prescrit au requérant, lequel était toujours en cours au moment de la prise des actes attaqués. L'avis dudit médecin ne permet donc pas de comprendre à suffisance les raisons pour lesquelles il aboutit à la conclusion selon laquelle le requérant n'est pas atteint « 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 §1^{er} alinéa 1^{er} de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980) et qui peut donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article ». Le Conseil considère, dès lors, que l'avis du fonctionnaire médecin, et par voie de conséquence, le premier acte attaqué, fondé sur cet avis, n'est pas suffisamment et valablement motivé.

3.3. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans la note d'observations, rappelant en substance les termes de l'avis établi le 1^{er} août 2017 par le fonctionnaire médecin, et faisant successivement valoir que « sur base des informations fournies par la partie requérante et principalement sur base du certificat médical produit, le médecin conseil [...] a pu arriver à a conclusion que la maladie ne répond manifestement pas à une maladie visée au § 1^{er} de l'article 9ter de la loi » et que « cette disposition [en son paragraphe 3, 4^o] ne laisse aucun pouvoir d'appréciation à l'autorité administrative lorsque l'avis du fonctionnaire médecin conclut que le demandeur d'autorisation de séjour ne souffre manifestement pas d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique et que, partant, la maladie alléguée ne rentre manifestement pas dans le champ d'application de l'article 9ter, § 1^{er} de la loi » n'occulte en rien les considérations émises ci-avant et n'appelle, dès lors, pas d'autre analyse.

S'agissant de l'invocation, dans cette même note d'observations, que le « Conseil [de céans] ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse et encore moins à celle de son médecin conseil qui dispose d'une compétence médicale », il s'impose de relever qu'elle n'enlève rien ni au fait que la partie défenderesse demeure tenue de permettre, d'une part, au requérant de comprendre les justifications de sa décision et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet, ni à la circonstance que cette exigence prend une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane (en ce sens également : CCE, n° 146 419 du 27 mai 2015).

Or, il résulte à suffisance des développements repris *supra* sous le point 3.2. que l'avis du médecin-conseil, rendu en l'espèce, ne répond nullement aux exigences susvisées. Dans la mesure où cet avis est indissociablement lié à la décision d'irrecevabilité attaquée et en constitue le fondement indispensable et déterminant, la motivation du premier acte attaqué est insuffisante et inadéquate.

3.4. Il résulte de ce qui précède que le premier moyen, ainsi circonscrit, 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 premier moyen, ni le second moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

3.5. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre du requérant, constituant l'accessoire de la première décision attaquée, qui lui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également. En effet, dès lors que la décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour du 3 août 2017 est annulée par le présent arrêt, de manière rétroactive, ladite demande doit être considérée comme étant pendante au moment où la partie défenderesse a adopté la seconde décision querellée.

A cet égard, il convient de rappeler que la partie défenderesse est tenue par les obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent, lorsqu'elle prend une décision administrative individuelle, et ainsi, notamment, de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue (en ce sens, arrêt CE n° 196.577 du 01.10.2009). De surcroît, la partie défenderesse ne peut, lorsqu'elle prend un ordre de quitter le territoire, se contenter du seul constat du séjour irrégulier mais doit tenir compte d'autres facteurs, notamment les éléments de la vie familiale de l'intéressé.

Le Conseil rappelle encore que le Conseil d'Etat a déjà jugé que « *dès lors que la partie adverse avait formé une demande d'autorisation de séjour, basée sur l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, il appartenait à la partie requérante [...] de statuer sur cette demande avant d'adopter un ordre de quitter le territoire. En effet, la partie requérante ne pouvait exclure a priori qu'elle ne ferait pas droit à la demande précitée. Or, si elle avait autorisé la partie adverse au séjour sur la base de l'article 9bis précité, cette dernière n'aurait pas séjourné de manière irrégulière de telle sorte que la partie requérante n'aurait pas été appelée à lui enjoindre de quitter le territoire en application des articles 52/3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et 7, alinéa 1^{er}, 1^o à 12^o, de la loi du 15 décembre 1980* » (C.E., arrêt n° 231.443 du 4 juin 2015).

Si on ne peut, certes, reprocher à la partie défenderesse d'avoir considéré qu'une issue négative avait été apportée à la demande d'autorisation de séjour de la partie requérante, lors de la prise de la seconde décision attaquée, le Conseil ne peut, pour sa part, ignorer l'annulation qu'il a lui-même prononcé dans cette affaire et les conséquences qui en découlent pour la présente cause.

Dans un souci de sécurité juridique, l'ordre de quitter le territoire attaqué doit être annulé.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :

Article unique.

La décision d'irrecevabilité d'une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 3 août 2017, sont annulés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-neuf juin deux mille vingt-et-un par :

Mme N. CHAUDHRY, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière,

La présidente,

E. TREFOIS

N. CHAUDHRY