



Arrêt

n° 259 441 du 19 août 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. DE BUISSET
Rue Saint-Quentin 3
1000 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 15 avril 2021, par X, qui déclare être de nationalité guinéenne, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 4 décembre 2020.

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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu le dossier administratif et la note d'observations.

Vu l'ordonnance du 19 juillet 2021 convoquant les parties à l'audience du 10 août 2021.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. QUESTIAUX *loco* Me M. DE BUISSET, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *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.

Selon ses dernières déclarations, la partie requérante, née le 26 août 1996, est arrivée en Belgique le 2 novembre 2018.

Par un courrier daté du 11 août 2020, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 4 décembre 2020, la partie défenderesse a déclaré ladite demande recevable mais non fondée.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers la Guinée, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 03.12.2020, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine [du requérant], que ces soins médicaux lui sont accessibles, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour au pays d'origine. Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

Vu que le requérant a déjà été radié d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique, de :

« o la violation de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, notamment ses articles 2 et 3 ;
o la violation de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après loi du 15 décembre 1980), notamment ses articles 9ter, 62
o la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après CEDH);
o la violation des principes généraux de droit et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives ;
o l'erreur manifeste d'appréciation, la contrariété, l'insuffisance dans les causes et les motifs
o L'article 24 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ».

La partie requérante développe son moyen en quatre branches.

Dans une première branche, elle expose notamment que la partie défenderesse a considéré que les soins requis par son état de santé, à savoir des consultations en gastro-entérologie, des examens par échographie et des tests de biologie, sont disponibles en Guinée sur la base de requêtes de recherche dans la base de données Med-Coï, qui ont donné lieu à la désignation d'une clinique et d'un laboratoire.

Elle invoque que le fait de se référer ainsi à une seule structure hospitalière et à un seul laboratoire est insuffisant pour conclure à la disponibilité des soins requis dans une capitale comme Conakry, estimée en 2015 comme comptant plus de trois millions d'habitants.

Elle reproche à la partie défenderesse de ne pas s'être fondée sur une analyse de la disponibilité et de l'accessibilité effectives des soins requis.

Dans une deuxième branche, la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération les nombreuses informations données à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour en termes d'offre médicale au vu de sa situation individuelle, rappelant que son état de santé nécessite des infrastructures médicales qui permettent des examens spécialisés, de manière biannuelle, et des nombreux rapports, notamment de l'OMS, décrivant l'indisponibilité manifeste du personnel du secteur guinéen des soins de santé. Elle cite à cet égard notamment le passage suivant dudit rapport : « [L'] OMS estime que la proportion de personnel de santé par habitant dans le pays est de l'ordre de 1 médecin pour 8325 habitants et de 1 infirmières pour 6343 habitants ». Elle souligne

avoir fourni des informations plus précises concernant les maladies liées aux hépatites, reproduisant le passage suivant de sa demande : « En ce qui concerne plus précisément les maladies liées aux hépatites, le docteur Abdourahmane N'diouria Diallo, hépato-gastro-entérologue et chargé des cours de gastro-entérologie à la Faculté de Médecine de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry depuis 1992, indique qu'elles constituent un problème de santé publique majeur en Guinée. Il constate notamment que les patients admis à l'hôpital se trouvent le plus souvent à un stade très avancé de l'infection (cirrhose et cancer primitif du foie) ¹³, ce qui démontre, de facto, l'absence de disponibilité d'une prise en charge effective des patients atteints d'une hépatite à un stade moins avancé. Le docteur Abdourahmane N'diouria Diallo souligne également l'indisponibilité des dispositifs mis en place pour soigner les hépatites. Il explique à cet égard que le fibroscan, appareil permettant de quantifier la fibrose du foie en déterminant la dureté du tissu hépatique et donc d'effectuer un suivi d'une hépatite, d'en surveiller les complications et de détecter les tumeurs du foie, n'existe pas en Guinée. Il témoigne en outre de l'inefficacité de la lutte contre les hépatites en raison du fait que cette lutte est incluse au sein du programme national de lutte contre le sida depuis 2016, occultant dès lors la lutte contre les hépatites. En 2018, plusieurs médecins et chercheurs guinéens partageaient leurs expériences en matière de prise en charge de cette maladie relevant ce qui suit : « [L]a prise en charge des hépatites requiert encore d'importants investissements en termes de renforcement des capacités du personnel soignant, de disponibilité et d'accès aux médicaments et d'amélioration des équipements et infrastructures ».

La partie requérante indique avoir en outre invoqué que « [c]ette insuffisance d'accès aux soins en Guinée résultant de l'indisponibilité d'infrastructures suffisantes, du manque important de dépenses publiques dans ce secteur et de la répartition géographique inégale des professionnels de la santé ainsi que de leur nombre insuffisant a encore été constatée dans le cadre de la mise en place du plan national de développement sanitaire 2015-2024 : « L'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) 2012 indique que 55,2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation fragilise une partie importante de la population dans un contexte où la protection contre le risque maladie est faible (5%). Au regard du contexte, de l'état de santé de la population et des facteurs sociaux qui le sous-tendent, les principaux problèmes identifiés sont : i) Un taux de croissance de la population élevé (3.1%) et en décalage avec la croissance économique (2.8%). Un tel rythme de croissance entraînera un doublement de la population dans les 25 prochaines années ; ii) une faiblesse des revenus des populations avec une tendance à l'aggravation; iii) La méthode de financement de la santé reposant essentiellement sur le paiement direct par les ménages ; iv) un cadre de vie peu propice notamment en zones urbaines caractérisées par une grande promiscuité et un faible niveau d'assainissement et d'hygiène ; v) un niveau d'alphabétisation faible et une faiblesse de l'offre de soins au niveau de l'ensemble de la population (inégalité dans la répartition, faible qualité, etc.) ; vi) le Partenariat Public/Privé presque inexistant ; vii) l'accès aux soins reste insuffisant pour la majorité de la population; viii) le déséquilibre dans la répartition des partenaires sur le territoire national (régions et localités défavorisées) ; ix) la mauvaise gestion de l'environnement et de la biodiversité ; x) l'inadéquation du cadre institutionnel et organisationnel actuel avec les défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines, etc.) ; xi) les faibles capacités opérationnelles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements, etc.) des structures de régulation de conception et d'appui technique ; xii) la faible application des textes juridiques et réglementaires. Les médecins (spécialistes et généralistes) représentaient 76% du personnel de santé (public et privé), soit une densité de 1,8 médecin pour 10.000 habitants. Les médecins (généralistes uniquement) représentaient 72 % de l'ensemble des personnels de santé (public et privé), soit une densité de 1,3 médecin généraliste pour 10.000 habitants en 2014. Le manque de ressources affecte dangereusement la fonctionnalité des institutions de résolution du secteur pharmaceutique et la qualité des médicaments et dispositifs médicaux sur le marché. La faible évaluation des besoins en produits de santé, l'insuffisance des fonds alloués, la lenteur administrative dans les processus d'acquisition, la mauvaise gestion des ressources disponibles, la faible harmonisation des interventions rendent le sous-secteur pharmaceutique fragile. Le secteur pharmaceutique est une composante essentielle du système national de santé. Il comprend les sous-secteurs public et privé. L'absence de préparateurs en pharmacie, l'absence de plan de formation continue, les difficultés d'application du plan de redéploiement et la faible motivation dans les structures publiques affectent sérieusement le fonctionnement de l'ensemble des structures pharmaceutiques. Le recouvrement des coûts induits par la nécessité de générer des ressources pour compléter celles mises en place par l'Etat en vue de garantir le fonctionnement des structures sanitaires et offrir des prestations de qualité, s'est traduit par l'application d'une tarification qui a rendu inaccessibles les prestations pour une partie relativement importante de la population. Conscient de cette situation, l'Etat a développé des alternatives en faveur des couches les plus vulnérables. Pour favoriser l'accès des indigents aux soins de santé, une ligne

budgétaire en sa faveur a été mise en place par le gouvernement. Malgré cette mesure, l'accès aux soins est resté difficile voire impossible pour un bon nombre de potentiels usagers. La question de l'indigence reste difficile à solutionner dans un environnement de pauvreté quasi généralisée ».

3. Discussion.

3.1. Sur ces développements des première et deuxième branches du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980 précitée, « l'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou son délégué ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe portent que « l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical [...] indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire ».

Le cinquième alinéa indique que « l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi 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, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de séjour 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 souligne que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer, 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 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.

Le Conseil rappelle également qu'en vertu de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, « la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate ».

L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. La décision doit, toutefois, faire 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. Cette obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le demandeur de l'autorisation de séjour, mais lui impose de répondre, par l'acte lui-même, aux arguments essentiels de ce dernier, fût-ce de façon implicite mais certaine.

3.2.1. En l'espèce, la décision attaquée s'appuie sur le rapport du fonctionnaire médecin, du 3 décembre 2020, qui figure au dossier administratif et dont une copie a été remise sous pli fermé à la partie requérante.

3.2.2. La partie requérante critique le caractère stéréotypé de la motivation de la décision attaquée, s'agissant de la disponibilité des soins requis, dont l'effectivité n'aurait pas été examinée, et estime que ses nombreux arguments étayés relatifs à l'insuffisance de structures et du personnel médical en Guinée n'ont pas été rencontrés.

3.2.3. L'avis du fonctionnaire-médecin indique ceci :

« Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

NB : les références citées dans les rapports médicaux de MedCOI (BMA) le sont uniquement au titre d'exemples prouvant la disponibilité de l'objet de la requête dans le pays concerné et ne sont pas limitatives. Il ne peut donc en aucun cas être déduit que la disponibilité soit limitée à ces seules références.

- Les consultations en gastro-entérologie sont disponibles en Guinée (cf BMA-12159);
- Les examens par échographie sont disponibles en Guinée (cf. BMA-12159);
- Les tests de biologie sont disponibles en Guinée (cf. BMA-12159);

Selon notre législation, il n'est nullement exigé que l'on procède à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne stipule pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine.

Selon une jurisprudence constante de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui en la matière est décisive, il importe que l'intéressé(e) puisse obtenir des soins médicaux dans son pays d'origine sans qu'il soit exigé que les soins dans le pays d'origine du requérant soient du même niveau que ceux dispensés en Belgique.

Selon une jurisprudence du Conseil d'État (arrêt n°246.381), les références MedCOI de disponibilités telles que celles mentionnées ci-avant ne peuvent être contestées par la juridiction de recours à peine de violer la foi due aux actes telle qu'instituée par les articles 1319, 1320, 1322 du Code Civil.

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé):

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI :

- Requête MedCOI du 05/04/2019 portant le numéro de référence unique BMA-12159, qui concerne une recherche de disponibilité de divers suivis, examens et médications en Guinée et qui confirme la disponibilité de consultations en gastro-entérologie, d'examens par échographie, de tests de biologie :

Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a gastroenterologist

Availability : Available

Required treatment according to case description : laboratory research of HBV DNA testing in case of Hepatitis B

Availability : Available

Required treatment according to case description : laboratory research of liver function (PT, albumin, bilirubin, transaminases: ASAT (SGOT), ALAT (SGPT) etc.)

Availability : Available

Required treatment according to case description : diagnostic imaging by means of ultrasound

Availability : Available

De plus, la pathologie attestée ne répond pas aux critères de l'article 9ter §1er alinéa de la loi du 15 décembre 1980 qui stipule qu'elle doit entraîner un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant compte tenu du fait que le traitement adéquat existe dans le pays d'origine.

Rappelons qu'il relève du choix personnel d'un(e) patient(e) de suivre ou non les recommandations thérapeutiques émises par son médecin ; par conséquent, la non-observance thérapeutique ne peut être prise en compte pour tenter de légitimer a posteriori une péjoration de la situation clinique antérieure.

Rappelons que ce n'est pas au délégué du ministre d'effectuer des démarches pour la mise à jour médicale d'une demande 9ter (= compléter les infos médicales) : ce soin et cette diligence incombent au demandeur et cette charge de preuves ne peut être inversée. De plus, il incombe au demandeur de rédiger sa demande avec soin afin d'éclairer sa situation personnelle.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Pour prouver l'inaccessibilité des soins, le conseil du requérant fournit des documents sur la situation humanitaire en Guinée, faisant notamment valoir l'argument du manque de médecins au pays.

Notons que les éléments invoqués dans ces documents ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

De plus, le requérant« peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles» (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant« peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » (CCE n°57372 du 04.03.2011).

Notons que le site Internet de l'International Labour Organization (ILO)² indique que plusieurs institutions et organisations (à titre d'exemple : Essentiel international³) ont joué un rôle important dans la mise en place de programmes qui favorisent l'accès au plus grand nombre à des soins de qualité (dans le cadre de la protection sociale de l'économie informelle) notamment via la mise en place et le développement de mutuelles et organisations mutualistes.

Ajoutons que le dispensaire Saint-Gabriel", fondé par FIDESCO - ONG Catholique Française de Coopération - dans la banlieue de Conakry, permet de passer une consultation, les éventuels examens nécessaires et recevoir les médicaments prescrits pour un prix forfaitaire d'1€ pour un enfant et de 3€ pour un adulte.

Ajoutons que le requérant étant âgé de 24 ans est en âge de travailler. Rien n'indique que celui-ci serait exclu du marché de l'emploi lors de son retour au pays d'origine. Dès lors, il pourrait obtenir un emploi afin de prendre en charge ses soins de santé.

Les soins sont donc accessibles en Guinée ».

3.2.4. Le rapport de l'OSAR, qui faisait référence à un rapport de l'OMS, au sujet de l'insuffisance notamment du nombre de médecins en Guinée, invoqué par la partie requérante en termes de requête, avait bien été invoqué à l'appui de la demande d'autorisation de séjour et produit en annexe de celle-ci, en pièce n° 12, et force est de constater que le passage qui était retranscrit dans la demande y figurait.

Compte tenu des arguments de la partie requérante et notamment du document susmentionné, le fonctionnaire-médecin ne pouvait, comme en l'espèce, se contenter de se fonder essentiellement sur une requête Med-Coi qui se limite à indiquer que les examens requis par l'état de santé de la partie requérante sont « disponibles », sans autre précision, dans une clinique et un laboratoire situés à Conakry, lesquels sont cités « à titre d'exemples ».

Le Conseil observe que le fonctionnaire-médecin a entendu aborder l'argument du manque de médecins, invoqué par la partie requérante, dans le cadre de la rubrique de son avis consacrée à l'examen de l'accessibilité des soins requis, mais force est de constater que cet argument n'y est pas davantage rencontré ou, à tout le moins, n'a pas fait l'objet d'une analyse adéquate. Le fonctionnaire-médecin indique en effet que la partie requérante a fait état de généralités non étayées, alors même qu'elle avait produit des rapports à l'appui de ses dires, ainsi qu'il a été relevé ci-dessus. Or, il revenait au fonctionnaire-médecin de prendre en considération ces arguments avec sérieux dès lors qu'ils étaient susceptibles de l'amener à un constat d'indisponibilité des soins requis.

Pour autant que de besoin, le Conseil souligne que la considération du fonctionnaire-médecin relative à l'International Labour Organization n'est, en tout état de cause, pas de nature à combler la lacune ainsi constatée, le Conseil relevant que le fonctionnaire-médecin en prenait d'ailleurs plutôt argument pour considérer que la partie requérante pouvait accéder financièrement aux soins requis. Il en va de même de l'indication de l'existence d'un dispensaire permettant d'avoir des consultations ou médicaments pour un prix modique ou encore de la capacité de la partie requérante à travailler.

Il résulte de ce qui précède que le fonctionnaire-médecin a omis de procéder à une vérification de l'effectivité de la disponibilité des soins requis par l'état de santé de la partie requérante qui tienne compte des arguments présentés par cette dernière dans sa demande.

Le Conseil estime dès lors que des arguments essentiels de la partie requérante, invoqués à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, n'ont pas été rencontrés suffisamment en l'espèce, dès lors que la décision attaquée se fonde sur l'avis de son fonctionnaire-médecin.

Il résulte de ce qui précède que le Conseil ne peut suivre la partie défenderesse lorsqu'elle soutient dans sa note d'observations que les requêtes Med-Coi suffisent en l'espèce à établir la disponibilité des soins requis et à répondre aux arguments à cet égard de la partie requérante, et plus généralement, que la disponibilité des soins requis est suffisamment établie en l'espèce compte tenu des arguments invoqués par la partie requérante à l'appui de sa demande.

A la suite de la partie requérante, le Conseil constate le caractère lacunaire de la motivation de la décision attaquée, en ce qu'elle se fonde sur l'avis du fonctionnaire médecin, au vu de l'ensemble des éléments dont ce dernier disposait et des exigences de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le moyen unique est dès lors fondé, dans les limites exposées ci-dessus, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, qui exige une motivation adéquate, ce qui doit conduire à l'annulation de l'acte attaqué.

3.3. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts.

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, 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 de la demande d'autorisation de séjour, prise le 4 décembre 2020, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

M. GERGEAY