

## Arrêt

n° 263 257 du 29 octobre 2021  
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître H. DOTREPPE  
Avenue de la Couronne 88  
1050 BRUXELLES

contre:

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

### LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 5 février 2021, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), 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 18 janvier 2018.

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 2 juillet 2021 convoquant les parties à l'audience du 30 juillet 2021.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. DOTREPPE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES loco Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

#### 1. Faits pertinents de la cause.

La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 23 juin 2011. Le même jour, elle a introduit une demande d'asile. Le 12 septembre 2012, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été confirmée par le Conseil de céans dans un arrêt du n° 96 159 du 30 janvier 2013. Le 19 septembre 2012, un ordre de quitter le territoire - demandeur d'asile (annexe 13quinquies) a été délivré à la requérante.

Le 2 avril 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Le 2 juillet 2013, la partie défenderesse prend une décision d'irrecevabilité de cette demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire avec interdiction d'entrée. Le

recours introduit à l'encontre de ces décisions est rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 219 862 du 16 avril 2019.

Le 18 mars 2014, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 14 août 2014, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante.

Le 8 décembre 2016, la requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Le 18 janvier 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante. Ces décisions qui lui ont été notifiées en date du 6 janvier 2021, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- s'agissant du premier acte attaqué :

« 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.

La requérante invoque l'application de l'article 9 ter en raison d'un problème de santé l'empêchant tout retour au pays d'origine.

Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 11.01.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine Congo (Rép. dém ).

Dès lors,

1) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou

2) il n'apparaît pas que l'intéressée 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 elle séjourne

3)

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

- s'agissant du second acte attaqué :

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : La requérante n'est pas en possession d'un passeport muni d'un Visa valable.»

## **2. Exposé du premier moyen d'annulation.**

La partie requérante prend un premier moyen de la violation « de l'art. 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et de l'articles 9 ter de la loi du 15.12.1980 [...], de l'article 3 de la Convention Européenne des droits de l'Homme, de l'article 41 de la charte européenne, des articles un et deux de la directive 2008/115 ainsi que du principe général de bonne administration et du contradictoire, et de l'erreur manifeste d'appréciation ».

Dans un premier grief, elle indique que « Selon le médecin de l'office : La requérante souffre de d'améloblastome mandibulaire (tumeur bénigne) ayant bénéficié au moment de la décision entreprise, de deux cures chirurgicales (2013 et 2016) ; En réalité : la situation est tout autre : Contrairement à l'analyse du médecin de l'office, la pathologie est récurrente et madame a souffert de récidives ;

2010 : diagnostic

2011 : curetage du kyste avec mise en place de greffons d'os

12.12.2012 : récidive n°1

10.12.2013- 03.01.2014 récidive n°2 avec hospitalisation et intervention chirurgicale en 4 temps sous anesthésie générale- héli-mandibulectomie gauche avec reconstruction

28/09/2016-03.10.2017 récidive n°3 avec hospitalisation et intervention chirurgicale en 2 temps

L'analyse du médecin de l'office est inexacte au regard du dossier médical, tout autant que rationne temporis ; Le médecin conseil la qualifie de : bénigne., on peut en douter au vu des opérations, des ablations partielles de la mandibule et des reconstructions importantes, mais le caractère bénin devait être mis en doute au vu des nombreuses et importantes récidives ; Il ressort en effet de la littérature spécialisée que : « Elle est néanmoins connue très récidivante après traitement » ( <https://www.lecourrierdudentiste.com/cas-clinique/ameloblastome-folliculaire-de-la-mandibule-rapport-d-un-cas-clinique.html>), annexe 3

- « L'améloblastome est un néoplasme épithélial constitué de cellules dentoformatrices. Il est défini par l'OMS en 1972 comme étant : Elle prend naissance à partir de l'épithélium odontogène et se développe au sein d'un stroma fibreux, sans reproduire dans son développement de tissus calcifiés tels que l'émail, la dentine ou autres matériaux. Les premières descriptions dans la littérature datent du XVII<sup>e</sup> siècle, mais c'est Malassez, en 1885, qui en attribue l'origine à l'organe adamantin. Depuis, l'améloblastome continue d'interpeller les anatomopathologistes par la variété de ses types histologiques et les thérapeutes par l'aspect clinique et évolutif trompeur de certaines formes qui soulèvent des problèmes de diagnostic et de traitement délicats. Les améloblastomes sont rares et ne représentent que 1% de toutes les tumeurs des maxillaires et environ 11% de l'ensemble des tumeurs odontogènes. L'améloblastome atteint la mandibule dans 80% des cas. La chirurgie demeure l'unique moyen thérapeutique curatif, deux méthodes d'exérèse existent : soit conservatrice, soit radicale. Le choix d'une méthode ou de l'autre est difficile car la tendance à la récurrence des améloblastomes influence beaucoup l'attitude thérapeutique et la question à laquelle se trouve toujours confronté le chirurgien est : faut-il adopter une attitude (1) conservatrice ou radicale ? Cette question a fait l'objet de nombreuses études et tous les auteurs se sont acharnés pour y apporter la bonne réponse. Nakamura a comparé les résultats des deux approches thérapeutiques sur une série de 78 cas avec un suivi de 5 ans (2), et a relevé : 7 % de récurrence (3/42) après chirurgie radicale ; 33,3 % (12/36) après chirurgie conservatrice. Il a noté une tendance élevée à la récurrence des lésions multi kystiques, du type histologique folliculaire et plexiforme. Hong a démontré que les formes uni kystiques étaient de meilleur pronostic après un traitement conservateur (3): 11 récurrences sur 71 cas (15,5 %). Des publications récentes semblent pencher pour un traitement radical d'emblée. En effet, une revue de la littérature démontre l'inefficacité du traitement conservateur (4). Il insiste sur le fait que pour guérir les patients en utilisant une approche scientifique, une résection avec des limites histologiques saines, est nécessaire. La comparaison des différents taux de récurrence, montre des taux variant entre 36 et 100% après traitement conservateur, et entre 0 et 21% après traitement radical. Selon Gardner 55 à 90% de ces tumeurs récidivent après énucléation simple (5). Adrian sur une série de 30 cas, la chirurgie radicale était d'emblée en 1<sup>ère</sup>, aucune récurrence n'a été déplorée sur un recul de 5 ans (6). » <https://www.lecourrierdudentiste.com/cas-clinique/prise-en-charge-chirurgicale-des-ameloblastomes-mandibulaires-a-propos-d-une-serie-de-14-cas.html>.

Dès lors, l'approche et l'avis du médecin conseil est totalement contraire à la littérature médicale en ce qu'il devait tenir compte du taux de récurrence notoirement très connu et élevé ; Il ne pouvait s'affranchir de cette analyse et estimer : - Qu'il s'agit d'antécédent - - qu'il n'incombe pas au médecin de l'Office des Etrangers, dans l'exercice de sa mission, de supputer la possibilité de l'aggravation ultérieure d'une pathologie et en ce, la probabilité de survenue d'hypothétiques complications La récurrence importante de ce type de pathologie, qui est typique, devait être prise en compte et faisait partie intégrante de son appréciation, notamment quant au type de soins, quant à l'accès à des services de chirurgie spécialisés et à la disponibilité en RDC de ceux-ci ; L'évaluation du médecin de l'office relève de la faute médicale ; Notamment en ce qu'il ne prend pas en compte la situation de récurrence -alors qu'il convient qu'il y en avait déjà eu et qu'elles devaient être plus que probables et donc des besoins chirurgicaux spécifiques de la requérante ( on rappelle les opérations complexes déjà subies) ; Non, le médecin de l'office se contente d'examiner la disponibilité et l'accessibilité de kinésithérapie et de paracétamol .. de qui se moque-t-on ? En ce qui concerne les sources :

- Medcoi il n'y a pas la moindre référence, même internet et le médecin signale qu'elle en donne pas l'accessibilité des soins( avis, page2), que medcoi fait « tout son possible » et que ce n'est pas exhaustif... en bref, la force probante en est limitée, voire inexistante

- [http://padiyathmedicitykinshasa.com/minimally\\_invasive\\_surgery.php](http://padiyathmedicitykinshasa.com/minimally_invasive_surgery.php) page d'accueil d'un hôpital de Kinshasa. Il n'est pas mis en doute qu'il ya des hôpitaux à Kinshasa, mais la source ne permet pas de confirmer que cet hôpital dispose de spécialistes aptes à traiter un améloblastome mandibulaire ni que ses tarifs sont accessibles à la requérante. »

### **3. Discussion.**

3.1 L'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980 prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du ministre ou de son délégué par

« L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, n°225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, n°229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, *Ch. repr.*, sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, n° 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci 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.

Dans le cadre du contrôle de légalité, 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 ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée 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.

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 11 janvier 2018, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d' « antécédent d'améloblastome mandibulaire (tumeur bénigne) ayant bénéficié de deux cures chirurgicales (2013 et 2016) »

S'agissant de la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine, le Conseil relève que le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 11 janvier 2018, ce qui suit :

« Anti-douleurs ; kinésithérapie.  
Suivi en neurologie

Des anti-douleurs - de diverses classes, tels le paracétamol, le tramadol ou encore, si nécessaire, la morphine - ainsi que le suivi médical sont disponibles en Rép. dém. Du Congo.

Tout comme en Belgique, des médicaments peuvent être temporairement indisponibles dans chaque pays du monde. Voir : [https://www.fagg-afmps.be/fr/items-HOME/mdisponibilites\\_de\\_medicaments](https://www.fagg-afmps.be/fr/items-HOME/mdisponibilites_de_medicaments), pour les médicaments actuellement indisponibles en Belgique. Une indisponibilité temporaire peut toujours être compensée par des médicaments alternatifs, en Belgique comme ailleurs.

Il n'est enfin nullement exigé qu'il soit procédé 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 dispose 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.

Les informations de disponibilité émanent de la banque de données MedCOI1 :  
Requête MedCOI du 04.08.2016 portant le numéro de référence unique BMA-8493.  
Ainsi que des sources suivantes :  
[http://padiyathmedicitykinshasa.com/minimally\\_invasive\\_surgery.php](http://padiyathmedicitykinshasa.com/minimally_invasive_surgery.php)  
[http://padiyathmedicitykinshasa.com/head\\_neck\\_surgery.php](http://padiyathmedicitykinshasa.com/head_neck_surgery.php) »

Le Conseil observe que dans un certificat médical type du 27 octobre 2016, le spécialiste en chirurgie maxillo-faciale qui suit la requérante a indiqué à la rubrique « si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? [...] », « Kiné et éventuel chirurgie si récurrence d'améloblastome ». Or, il ne ressort pas clairement de l'avis médical que le médecin-conseil aurait vérifié la disponibilité de la chirurgie. Le Conseil relève à cet égard que la requête MedCOI mentionnée par le médecin-conseil n'est pas versée au dossier administratif. Ce besoin de chirurgie n'est pas évoqué par le médecin-conseil, lequel n'indique dès lors pas clairement s'il considère que la requérante doit pouvoir consulter un chirurgien capable de l'opérer en cas de récurrence. L'avis du médecin-conseil n'est pas formellement motivé à cet égard.

La seule mention de pages internet, qui ne sont pas versées au dossier administratif mais dont l'adresse renvoie vers les sites internet de services de chirurgie d'un hôpital à Kinshasa ne peuvent être jugées suffisantes à formellement motiver l'avis du médecin-conseil à cet égard dès lors que celui-ci devait en tirer une conclusion. Il en est d'autant plus ainsi que le Conseil constate que dans sa note d'observations, la partie défenderesse a indiqué qu'elle ne voyait pas

« l'intérêt de la partie requérante à invoquer que la page d'accueil d'un hôpital à Kinshasa ne permettrait pas de confirmer qu'il dispose de spécialistes aptes à traiter un améloblastome mandibulaire ni que ses tarifs lui sont accessibles puisque son améloblastome a été traité et que le traitement actif au moment de la prise de décision était constitué d'anti-douleurs et de kinésithérapie dont la disponibilité et l'accessibilité a été vérifiée par le médecin fonctionnaire ».

Or, si le médecin-conseil estimait que la chirurgie dont aurait besoin la requérante en cas de récurrence n'était pas nécessaire afin de lui éviter un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitements inhumains et dégradant, au sens de l'article 9ter, §1<sup>er</sup> de la loi du 15 décembre 1980, il lui revenait d'en indiquer les raisons.

La seule mention stéréotypée du médecin-conseil selon laquelle

« Rappelons ici qu'il n'incombe pas au médecin de l'Office des Etrangers, dans l'exercice de sa mission, de supputer la possibilité de l'aggravation ultérieure d'une pathologie et en ce, la probabilité de survenue d'hypothétiques complications, mais de statuer, sur base des documents médicaux qui lui ont été transmis, si ces pathologies peuvent actuellement être considérées comme des maladies visées au §1er alinéa 1er de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et donner lieu à l'obtention d'une autorisation de séjour dans le Royaume sur base dudit article. »

ne peut être jugée suffisante à cet égard au vu de l'affirmation précise du médecin spécialiste de la requérante selon laquelle la requérant doit pouvoir bénéficier de chirurgie afin de traiter une éventuelle récurrence de son améloblastome.

Vu l'absence de motivation formelle quant à la nécessité de chirurgie, la partie requérante a, à juste titre, pu considérer que le médecin-conseil était resté en défaut de vérifier la disponibilité d'un chirurgien en cas de récurrence, malgré l'indication du médecin spécialiste de la requérante sur la nécessité d'une telle disponibilité. En fondant la première décision attaquée sur cet avis insuffisamment motivé et ne respectant pas le prescrit de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, la partie défenderesse a violé cette disposition ainsi que son obligation de motivation formelle des actes administratifs.

3.3 Le premier moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.4 Le premier acte attaqué étant annulé, la demande d'autorisation de séjour ayant donné lieu au premier acte attaqué redevient pendante et recevable. L'ordre de quitter le territoire attaqué, n'étant pas compatible avec une telle demande recevable, il s'impose de l'annuler également, pour des raisons de sécurité juridique.

#### **4. Débats succincts.**

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.

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.**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 18 janvier 2018, sont annulés.

#### **Article 2.**

La demande de suspension est sans objet.

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

M. J.-C. WERENNE,

président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme F. HAFRET ,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

F. HAFRET

J.-C. WERENNE