



Arrêt

**n°180 942 du 19 janvier 2017
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre :

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 19 octobre 2015, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, par X, et au nom de leur(s) enfant(s) mineur(s) respectif(s) par X et X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.) pour la première, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 3 septembre 2015 et notifiée le 17 septembre 2015, ainsi que de l'ordre de quitter le territoire, pris et notifié les mêmes jours.

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 ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 25 novembre 2015 convoquant les parties à l'audience du 5 janvier 2016.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me L. de FURSTENBERG, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me A. HENKES loco Me D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1 La requérante est arrivée en Belgique le 17 septembre 2011 et elle a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges le 20 septembre 2011.

1.2. Le 3 novembre 2011, elle a introduit, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi. Le 16 avril 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée. Le 19 mai 2012, la requérante a introduit un recours à l'encontre de cette décision.

1.3. Le 11 décembre 2012, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus du statut de réfugié et de refus du statut de protection subsidiaire, à l'égard de la requérante. Le 4 janvier 2013, cette dernière a introduit un recours à l'encontre de cette décision.

1.4. Le 8 janvier 2013, la partie défenderesse a pris une décision d'ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile (annexe 13^{quinquies}), à l'égard de la requérante. Le 18 janvier 2013, cette dernière a introduit un recours à l'encontre de cette décision.

1.5. Le 18 janvier 2013, la requérante a introduit, en son nom personnel et au nom de ses enfants mineurs, une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur le territoire du Royaume, sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi.

1.6. Le 29 mai 2013, le recours visé au point 1.3 a été rejeté par un arrêt n° 103 739 du Conseil de céans refusant de reconnaître le statut de réfugié à la requérante et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

1.7. Le 28 juin 2013, la décision visée au point 1.2 a été annulée par un arrêt n° 106 125 du Conseil.

1.8. Le 30 septembre 2013, la partie défenderesse a, de nouveau, déclaré la demande visée au point 1.2 non fondée. Le 15 novembre 2013, la requérante a introduit un recours à l'encontre de cette décision.

1.9. Le 17 décembre 2013, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.5 non fondée. Le 23 janvier 2014, la requérante a introduit un recours à l'encontre de cette décision.

1.10. Le 23 octobre 2014, la décision visée au point 1.8 a été annulée par un arrêt n° 131 874 du Conseil.

1.11. Le 7 novembre 2014, la décision visée au point 1.4 a été annulée par un arrêt n° 132 883 du Conseil.

1.12. Le 7 novembre 2014, la décision visée au point 1.9 a été annulée par un arrêt n° 132 884 du Conseil.

1.13. Le 14 janvier 2015, la partie défenderesse a déclaré les demandes visées aux points 1.2 et 1.5 non fondées et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

1.14. Le 3 juillet 2015, les décisions visées au point 1.13 ont été annulées par un arrêt n° 149 101 du Conseil.

1.15. Le 24 août 2015, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.16. En date du 3 septembre 2015, la partie défenderesse a rejeté à nouveau les demandes visées aux points 1.2 et 1.5 et a pris un ordre de quitter le territoire (annexe 13). 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 fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi :

« Motifs :

*Le problème médical invoqué par Madame [M.K.M.] 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.*

Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de Mademoiselle [R.] 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 Congo R.D., pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 24.08.2015, (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 demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager si elle est accompagnée d'un parent vu le jeune âge de l'enfant et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour de la requérante à son pays d'origine.

Les soins de santé sont donc disponibles et accessibles en République Démocratique du Congo.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors,

Du point de vue médical, nous pouvons conclure que bien que la pathologie de l'intéressée puisse être considérée comme celle entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique si celle-ci n'est pas traitée de manière adéquate, n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en RD Congo.

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 :

«

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:

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'étrangère n'est pas en possession d'un passeport revêtu d'un VISA valable.

En application de l'article 74/14, §3 de la loi du 15 décembre 1980, le délai pour quitter le territoire est diminué à 7 jours car :

4° la ressortissante d'un pays tiers n'a pas obtempéré dans le délai imparti à une précédente décision d'éloignement ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un unique moyen « 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 ;
- de la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation des actes de l'administration ;
- du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs ;
- de l'erreur manifeste d'appréciation ;
- du principe du raisonnable et du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause ; »

2.2. Dans une première branche relative à la disponibilité des soins et d'un suivi en RDC. Elle relève que dans son avis médical remis le 24.08.2015 le médecin conseil conclut que la deuxième requérante « ne souffre pas d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent en RD Congo », alors que la partie défenderesse, tout en se référant au rapport médical précité indique: « nous pouvons conclure que bien que la pathologie de l'intéressée puisse être considérée comme celle entraînant un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique si celle-ci n'est pas traitée de manière adéquate, n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est possible et accessible en RD Congo », elle

estime que ce faisant la partie défenderesse contredit le rapport médical auquel se réfère la décision et viole par la même dans la motivation de sa décision le principe de bonne administration et les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 sur la motivation des actes administratifs.

Ensuite, elle reprend les sites citées par l'avis médical quant à la disponibilité du traitement à savoir : l'Hydréa, l'acide folique, la vitamine D et l'amoxicilline. Elle examine ensuite les différentes sources citées et expose en ce qui concerne le site web : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18817fr/s18817fr.pdf>. Elle constate que le résultat suivant apparaît : "PAGE NOT FOUND". Elle en conclut que ce site ne prouve ni la disponibilité, ni l'existence du traitement prescrit, dans la mesure où son contenu n'est pas disponible, méconnaissant ainsi l'obligation de motivation, l'obligation de soin et de minutie dans la rédaction des décisions administratives. En ce qui concerne le site web : www.monkole.cd, elle relève que tant ce site internet que l'avis du médecin conseil indique que le centre hospitalier est « *une oeuvre collective de l'Opus Dei* » (pièce 17.1) ; que « *selon le type de facturation ou de paiement, le CH Monkole propose 4 options de convention et que « ces contrats de convention sont donc une alternative aux mutuelles de santé, non encore répandues chez nous* ». Elle souligne qu'il s'agit d'un hôpital privé non universitaire et constate que le site indique que les mutuelles de santé, étant non encore répandues en RDC, le centre hospitalier propose 4 modes de paiements, qu'elle détaille en termes de recours.

Elle en déduit que cette information démontre que ce centre hospitalier ne peut pas offrir des soins accessibles à la fille de la requérante. Elle relève que l'on peut y lire d'ailleurs : « *le faible revenu de la population est un sérieux obstacle à l'accessibilité de celle-ci à des structures de santé adéquates. La précarité de la sécurité sociale et de l'assurance maladie ne facilite pas la tâche aux institutions hospitalières.* ». Elle expose avoir entrepris des démarches en date du 14.10.2015 auprès du docteur J.F.K.M. afin de lui demander des informations sur l'existence de systèmes d'assurance de santé au Congo et des précisions sur le Centre de Santé MONKOLE. Elle reproduit les questions et réponses quant à ce. Elle conclut de cet échange que : « *le Centre Monkolé est exclusivement réservée à l'élite kinoise puisque le Docteur K. précise : « Monkole reçoit une petite cohorte d'une cinquantaine de malades généralement de bonnes familles* » ». Elle argue que ce faisant, la partie défenderesse a méconnu son obligation de motivation, violé son obligation de minutie; et les principes généraux de bonne administration de sécurité juridique et de légitime confiance, de préparation avec soin d'une décision administrative et de l'absence de l'erreur ;

En ce qui concerne la disponibilité en suffisance de sang pour les transfusions à Kinshasa, elle constate que l'avis médical ne fait nullement référence à une possibilité de transfusions sanguines à Kinshasa de qualité, alors que celui-ci reprend dans l'historique clinique de la deuxième requérante les «antécédents de l'enfant » rappelant les nombreuses crises vaso-occlusives dont certaines ont nécessité des transfusions. Elle expose que lors d'une transfusion de sang au Congo-Kinshasa, il est possible d'être infecté par le virus de l'hépatite C, ce qui représente un indice criant de la piètre qualité des banques de sang en RDC, lorsqu'elles existent à tout le moins. Elle rappelle qu'en Belgique, la deuxième requérante bénéficie d'une sécurité transfusionnelle tant au point de vue des risques infectieux que des risques immunologiques.

Elle estime que cette omission entraîne une violation de l'obligation de motivation, du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause.

En ce qui concerne le site web http://padiyathmedicitykinshasa.com/child_health paediatric surgery.php Elle constate qu'il est en langue anglaise et donc non accessible à la première requérante et qu'il n'indique nullement les conditions d'intervention et les coûts financiers qu'une prise en charge dans cet hôpital représente, n'apportant nullement les informations nécessaires permettant de constater l'existence de soins et d'un suivi de traitement en RDC.

Elle indique : « *Que le site RFI (pièce 27) explique que : « Le ministre de la Santé de RDC promet une consultation à 20 dollars pour le patient congolais, 25 dollars pour le plus grand spécialiste. Un prix qui, selon des observateurs de la société civile, serait néanmoins hors de portée de la très grande majorité des Congolais. Un tiers de la population vit avec à peine un peu plus d'un dollar par jour* ».

En ce qui concerne la base de données MedCOI, laquelle est utilisée pour attester si des médecins locaux et des traitements sont disponibles, elle constate ne pas avoir accès à cette base de données puisqu'il faut avoir un identifiant/mot de passe pour accéder au site. Elle poursuit qu'« *il conviendrait à tout le moins que la partie adverse communique les informations concrètes contenues sur cette base de données pour que l'on puisse apprécier la disponibilité ou non du traitement.*».

Elle estime que les informations fournies ne donne aucune précision sur la spécialité des médecins locaux, alors qu'un suivi spécialisé est nécessaire. Elle estime que la partie défenderesse a violé le principe de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs et a violé les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation des actes de l'administration.

En ce qui concerne le site web : http://dreparvie.awardspace.com/soins_centres_monde.htm.

Après consultation du site elle nomme les deux hématologues et constate que le Docteur T. (pédiatre et hématologue) exerce au Centre hospitalier Monkole. Quant au site <http://www.fr.josemariaescriva.info/article/si-c92est-un-enfant-qui-souffre> qui offre le témoignage du Docteur T., il date de plus de 5 ans et elle cite quelques extraits choisis et souligne « *que le Docteur T. aime ces enfants SS (drépanocytaires) car « ils ont la croix de Jésus-Christ plantée dans leur sang. Ce sang qui véhicule la douleur ... dans tout le corps » (!!!!) . concluant que « cette source n'apporte AUCUNE certitude quant aux compétences techniques, médicales, et scientifiques du médecin en question »*, elle n'apporte aucune information nécessaire permettant de constater l'existence de soins et d'un suivi de traitement en RDC.

Elle soutient que ce médecin est l'auteur de plusieurs articles publiés dans des revues de référence internationale où lui-même se contredit et apporte des arguments démontrant la difficulté de prise en charge de la maladie en Afrique et en RDC en particulier (pièce 9 du recours).

Elle conclut au manque de minutie et de sérieux dans l'examen de la cause et rappelle la portée de l'obligation de motivation ainsi que la nécessité d'un « traitement adéquat », tel que repris dans les travaux parlementaires.

Elle critique la thèse de la partie adverse quant à l'existence d'un traitement en RDC qui se résume en ce qu'au vu des différents services accessibles d'après les sites internet susmentionnés, il n'existe pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, alors qu'une telle lecture témoigne d'un examen pour le moins superficiel du dossier. Elle rappelle, jurisprudence du Conseil de céans à l'appui, « *Qu'il a été jugé par le Conseil de céans que la partie adverse manquait à son devoir d'obligation de motivation formelle s'il ne ressort pas du dossier administratif et si les informations sur lesquelles se basent l'OE pour évaluer la disponibilité des médicaments nécessaires au traitement sont uniquement tirées d'une source internet (voyez en ce sens l'arrêt CCE du 28/08/2012 n°76076 et Arrêt CCE 79566 du 19/04/2012)* », réitérant la violation du principe de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation des actes administratifs, ainsi que les obligations de soins et de minutie dans la préparation des actes de l'administration qui étaient les siennes.

2.3. La partie requérante prend une deuxième branche relative à l'accessibilité du traitement adéquat, elle libelle sa branche comme suit :

« Attendu que, premièrement, le médecin conseil précise que « concernant l'accessibilité aux soins en RDC, le conseil de l'intéressée évoque d'une part les problèmes de traitement et de la prise en charge de la drépanocytose en Afrique subsaharienne en général et en RD Congo en particulier : renseignement sur la greffe, frais médicaux nécessaires pour une prise en charge. Il fournit à cet effet deux articles intitulés « Les progrès thérapeutiques dans la prise en charge de la Drépanocytose sont-ils applicables en Afrique subsaharienne ? » et « La drépanocytose : une vieille maladie aujourd'hui planétaire » ? et le médecin conseil de poursuivre : « selon lui, demander aux requérants de retourner en RD Congo serait constitutif d'une violation de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. »

Le médecin conseil rejette les informations contenues dans ces deux documents au motif qu' « ils ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant en RDC. En l'espèce la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE, n°23.771 du 26.02.2009).

De plus la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (...) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuves » ;

Concernant ces deux articles « Les progrès thérapeutiques dans la prise en charge de la Drépanocytose sont-ils applicables en Afrique subsaharienne ? » et « La drépanocytose : une vieille maladie aujourd'hui planétaire » ?, force est de constater que le conseil de Madame xxx ne les a jamais versés au dossier : ni dans les demandes d'autorisation de séjour du 24 janvier 2012 et/ou du 7 juin

2013 ; ni dans un éventuel recours devant Votre Juridiction ; ni par courrier de complément à l'Office des étrangers.

Le médecin conseil a du mixer certains dossiers de demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter en raison de drépanocytose chez une personne congolaise.

Attendu que la partie adverse en faisant référence à des documents qui n'ont jamais été déposés au dossier administratif, a donc gravement manqué à son obligation de motivation, ainsi qu'aux obligations de soin et de minutie dans la préparation des actes de l'administration qui étaient les siennes ;

Attendu que, deuxièmement, concernant la situation personnelle de la requérante, celle-ci a déjà exposé de quel milieu social elle était issue au Congo : mère de trois enfants, ayant fui le Congo en raison d'une crainte de persécution, elle a introduit une demande d'asile en septembre 2011. Presque simultanément, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour 9ter pour sa fille xxx. Depuis 4 années, les demandes d'autorisation de séjour sont annulées par décisions négatives par l'Office des étrangers qui ont été par la suite annulées (à 4 reprises : le 28.06.2013 ; le 23.10.2014 ; le 07.11.2014 ; le 03.07.2015) par Votre Juridiction.

Sans qualification, sans n'avoir plus eu aucun contact avec le Congo depuis son départ il y a 4 ans, elle n'a plus aucun repère dans son pays d'origine. Ici en Belgique, les enfants sont scolarisés. XX est prise en charge médicalement. L'octroi de cette aide sociale démontre bien l'état de besoin dans le chef de Madame XX, mère de famille. La partie adverse reproche à la requérante de n'apporter aucune preuve pour étayer son allégation concernant « l'absence de revenus, le suivi déficitaire des drépanocytaires en RD Congo, l'hypothèse que la requérante ne pourrait continuer de bénéficier du même traitement qu'en Belgique ;

□ Concernant l'absence de revenus : La requérante a quitté il y a 4 années le Congo avec sa fille et son fils. Elle ne possédait rien et a tout quitté pour fuir son pays et introduire une demande d'asile en Belgique. En Belgique, elle vivait de la charité des membres de l'Eglise qu'elle fréquente, jusqu'à ce qu'elle soit aidée par le CPAS de Woluwé-Saint-Lambert qui a été condamné par le Tribunal du Travail à lui octroyer une aide sociale équivalente au Revenu d'intégrations social.

Partant, l'absence de revenus au Congo est établie.

□ Concernant le suivi déficitaire des drépanocytaires au Congo : Pour résumer ici ce qui a été dit plus haut, aucun centre médical mentionné dans l'avis médical ne pourra prendre XXX en charge.

Et ce, pour deux raisons : premièrement le Centre Monkolé n'est accessible qu'aux familles aisées de Kinshasa (voir mail du Docteur K. M. pièce 29) qui peuvent payer la mutuelle organisée au sein du Centre Monkolé : 600 € par mois.

Le nouvel hôpital du Cinquantenaire est encore moins accessible à XX ; deuxièmement, Madame XXX n'aura accès à aucune mutuelle car elle n'a pas de revenus d'un travail et même si elle en avait, ces mutuelles restent extrêmement coûteuses.

□ Sur base des deux points précédents, la requérante ne pourrait continuer de bénéficier du même traitement qu'en Belgique, c'est évident !

Contrairement à ce que souligne le médecin-conseiller dans son avis médical « la mère de l'intéressée a déclaré lors de sa demande d'asile que son frère vivait encore au Congo. Dès lors, rien ne laisse présager que la famille de l'intéressée ne pourrait compter sur un soutien familial si cela s'avérait nécessaire » ;

La partie adverse émet donc la supposition que la requérante pour être aidée par son oncle qui sera capable de lui venir en aide en cas de nécessité.

Il est consternant de remarquer que l'Office des étrangers affirme noir sur blanc que les soins de santé seront disponibles et accessibles pour elle en RDC sur une seule supposition hypothétique que la requérante aurait au pays un frère capable de lui payer ses soins !.

Que à supposer que Madame XXX ait un frère au pays, rien ne permet de considérer que ce frère soit capable de la soutenir financièrement ;

Rien ne permet donc de penser avec raison qu'elle pourra faire bénéficier sa fille d'une mutuelle. La maladie de sa fille est une maladie grave et qui nécessite des soins réguliers et intensifs (tous les deux mois, comme mentionné dans la décision attaquée) comme le montrent les attestations de suivi de soins joints tant à la demande de régularisation qu'au présent recours.

Nous soulignons qu'une demande d'adhésion à une mutuelle, aussi hypothétique soit-elle, risque de prendre énormément de temps.

La requérante n'a précisément pas le temps de faire ses démarches. Dès lors XXX sera rapidement soumise à des traitements inhumains et dégradants de part les crises que la maladie provoquera.

La partie adverse n'a donc pas pris en compte le profil individuel des requérants à savoir une mère avec ses trois enfants. L'analyse faite par la partie adverse doit donc à tout le moins être qualifiée de superficielle, voir de trompeuse.

Attendu que troisièmement, la jurisprudence de Votre Juridiction établit 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. La partie adverse précise que « concernant l'accessibilité des soins requis, la jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles à la requérante (arrêt CCE 815-74 du 23.05.2015) » ;

Qu'il vient d'être démontré que le traitement n'est pas disponible en RDC, donc la partie adverse part d'un postulat faussé ;

Qu'il sera démontré à l'appui du présent recours que les soins pour drépanocytaire au Congo ne sont ni appropriés, ni suffisamment accessibles au pays ;

En ce que deuxième branche, la thèse de la partie adverse quant à l'accessibilité d'un traitement en RDC est résumé comme suit :

1. « la RDC a développé un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de prévoyance sociale. Il existe le Plan National de développement sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011-2015) qui constitue le plan de mise en oeuvre de la Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Le PNDS et la SRSS sont les déclencheurs pour le Gouvernement du point d'achèvement de l'Initiative des pays pauvres »

2. « On y trouve également une stratégie nationale de protection sociale des groupes vulnérables (SNPS-GV) : l'objectif global de cette stratégie consiste à garantir les droits fondamentaux et l'accès des personnes et des groupes vulnérables aux services sociaux de base de qualité ».

3. Lancement en septembre 2012 du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé et naissance en même temps d'organisations mutualistes : MNK et SOLIDARCO.

4. La partie adverse soulève en outre que, dans chaque mutuelle, les membres qui paient une cotisation (2.5 à 4.5 dollars/mois) se présentent en cas de maladie dans des centres de santé agréés et reçoivent des soins primaires, les petites et moyennes chirurgies et peuvent bénéficier d'une hospitalisation de courte durée ;

5. L'Institut européen de développement et de coopération (IECD), l'Agence française du développement (AFD) et la Fondation Pierre Fabre ont décidé, en 2014, de s'investir dans un vaste projet, d'une durée de 4 ans, dont l'enjeu est de réduire la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose, et d'améliorer les conditions de vie des malades.

Thèse des parties requérantes :

1. /

2. Le programme national de lutte contre cette maladie est fortement critiqué et critiquable, il manque de tout : il subsiste une totale absence de véritable volonté politique du côté des décideurs et des pouvoirs publics, il n'y a par exemple aucun budget de fonctionnement disponible.

3. Concernant MNK : ce système de mutuelle concerne les congolais qui sont en Belgique et qui désirent cotiser pour les membres de leur famille à Kinshasa soignés dans des hôpitaux congolais.

La partie adverse ne revoie à aucune source expliquant le fonctionnement de cette mutuelle. La partie adverse ne renseigne nullement les requérants quant aux conditions d'adhésion à cette mutuelle.

C'est le conseil de la requérant qui a du, de par sa propre initiative expliquer, sur base d'informations objectives la procédure à suivre pour s'y affilier. D'ailleurs, aucune couverture « base, premium, optimum » ne reprend dans son catalogue de soins les prestations hématologiques ni les soins nécessaires à la drépanocytose.

Il faut donc considérer que la jeune requérante n'aurait aucun accès concret à ce type d'assurance-maladie.

4. La partie adverse ne motive pas en quoi la requérante serait capable de s'affilier à de telles mutuelles. La partie adverse stipule que les cotisations à ces mutuelles s'élèvent de 2.5 à 4.5 euros / mois, il faut donc être salarié pour pouvoir s'affilier à ce type de mutuelle. Quand on sait que le salaire moyen du secteur public est de 15 euros/mois, si un tiers du salaire que la mère de la petite XXX pourrait espérer gagner au Congo, quod non, vu sa situation financière, il est clair que sans un tiers de ses revenus, elle ne pourrait faire vivre ses trois enfants (pièce 21).

Notons à ce sujet qu'une consultation médicale d'un patient drépanocytaire coûte 20 dollars.

Une plaquette d'Hydréa au Congo coûte 10 dollars ; avec une plaquette le patient tient 5 jours. Donc il doit pouvoir avoir 6 plaquettes par mois alors que le salaire moyen en RDC est entre 50 et 80 dollars par mois.

Soulignons à ce sujet, le constat fait par le Docteur Maes en date du 03.05.2012 qui affirmait ne pas être certain de l'accessibilité à l'HYDREA en RDC : « Ik weet dan ook niet of Hydrea goed verkrijgbaar is in Kongo, want deze therapie is absoluut noodzakelijk om het risico op crisis te verminderen en haar levenskansen te vergroten / Traduction libre : « je ne sais même pas si l'Hydréa est bien accessible au

Congo car ce traitement est absolument nécessaire pour diminuer le risque de crises et augmenter ses chances de survie » (pièce 11) ;

Dans son avis médical, le médecin conseil renvoie au site internet : <http://www.fondationpierrefabre.org/decouvrir-nos-programmes/lutte-contre-la-drepanocytose>

Cette page internet donne accès à une interview du Professeur d'Hématologie Gil Tchernia : http://www.fondationpierrefabre.org/sites/default/files/interview_0.pdf (pièce 30). Ce Professeur répond à une interview reprise dans le rapport annuel de la Fondation Pierre Fabre en 2013.

Voici un passage particulièrement intéressant au sujet de l'Hydréa que confirme le coût beaucoup trop élevé de l'Hydréa à Kinshasa:

Y A-T-IL UN TRAITEMENT EFFICACE ?

Un médicament, l'hydroxycarbamide, diminue la fréquence et l'intensité des crises de manière remarquable. Mais il est trop cher pour les familles en Afrique sub-saharienne sauf exception. A Bamako, il est pris en charge par le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose. Il faut absolument que cette molécule soit fabriquée en Afrique et vendue au prix coûtant. Cela transformerait la vie de beaucoup de drépanocytaires car, malgré ses effets secondaires qui sont modérés, elle procure un réel soulagement aux malades. De plus, l'accès à un suivi régulier et à un traitement peu onéreux diminue la souffrance psychologique des drépanocytaires, qui vivent mal le fait d'être une si lourde charge pour leur famille. Le coût des traitements peut en effet retentir considérablement sur le budget familial, y compris le budget alimentaire.

5. Attendu que d'après la partie adverse, l'Institut européen de développement et de coopération (IECD), l'Agence française du développement (AFD) et la Fondation Pierre Fabre ont décidé, en 2014, de s'investir dans un vaste projet, d'une durée de 4 ans, dont l'enjeu est de réduire la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose, et d'améliorer les conditions de vie des malades.

Qu'en allant sur le site référencé : <http://www.fondationpierrefabre.org/decouvrir-nos-programmes/lutte-contre-la-drepanocytose>, on peut y lire que :

« Environ 50 millions d'individus dans le monde sont porteurs du trait drépanocytaire et donc susceptibles de transmettre cette affection génétique de l'hémoglobine à leur descendance. Maladie emblématique des populations du continent africain et de sa diaspora, elle limite l'espérance de vie des malades en l'absence de soins adaptés : on pense que la moitié des enfants décèdent avant l'âge de cinq ans ».

Qu'en allant sur le site référencé : <http://www.fondationpierrefabre.org/decouvrir-nos-programmes/lutte-contre-la-drepanocytose/amelioration-de-la-prise-en-charge-socio-sanitaire-des-drepanocytaires>,

On peut lire que la première mission du programme mis en place par l'IECD, AFD et la Fondation Pierre Fabre² est le renforcement du dépistage chez les enfants. Un test de 100000 enfant est prévu en tout.

Cette mission ne concerne nullement la requérante car XXX n'a plus besoin d'être dépistée. Elle est atteinte de la drépanocytose.

En avançant dans la lecture des informations contenues sur le site, on apprend qu'à terme « ce programme devrait produire un changement durable dans les comportements de la population, et autonomiser les structures de santé locales. Il devrait également inciter les pouvoirs publics à inclure la drépanocytose parmi leurs priorités. En l'intégrant, par exemple, dans le paquet minimum de santé, dans la formation initiale des professionnels de santé ou encore dans la formation des enseignants d'écoles primaires et secondaires. »

2 Voir plus loin : rapport annuel de la fondation Pierre Fabre disponible à cette adresse : http://www.fondationpierrefabre.org/sites/default/files/publications/fichiers/fpf_ra_2014_fr_web-ilovepdf-compressed.pdf

Ce vaste projet, que la partie adverse, présente comme le moyen qui pourra être utilisé par Madame xxx pour offrir des soins de santé à sa fille, n'est en réalité qu'un vaste de programme de sensibilisation, certes important pour la RDC mais qui n'apportera aucune garantie de (sic). » Elle reproduit un extrait de l'arrêt du 7 novembre 2014 (n°132 884) lequel a constaté que le Conseil de céans n'était pas en mesure de vérifier cette pertinence – contestée par la partie requérante – au regard de l'accessibilité au Congo du traitement médicamenteux requis en vue de soigner la pathologie de la fille mineure de la requérante.

Elle se réfère également au 4ème arrêt d'annulation du 3 juillet 2015 (n°149101) du Conseil de céans et particulièrement au point 4.2 et constate que la partie défenderesse reprend (en partie) la même motivation dans sa dernière décision présentement attaquée, elle a donc gravement manqué à son obligation de motivation, ainsi qu'aux obligations de soin et de minutie dans la préparation des actes de l'administration qui étaient les siennes.

Dans un troisième, elle expose : « (...), si des progrès sont réalisés en ce sens, tout congolais ne peut aujourd'hui raisonnablement prétendre à un accès illimité aux soins de santé et à des soins de

santé de qualité », elle souligne le risque transfusionnel repris ci-dessus et remet en cause la qualité des soins.

Dans un quatrième, elle affirme que « (...) a partie adverse est contredite à l'unanimité par les intervenants sur place, dont le Ministre Provincial de la Santé, Affaires sociales et Actions Humanitaires de la Ville-Province de Kinshasa (pièce 13) qui a reconnu dans un cas tout à fait similaire (raison pour laquelle le nom du patient, également atteint de la drépanocytose est anonymisé sur l'attestation produite) que : « Le système sanitaire de la République Démocratique du Congo en général et de la Ville de Kinshasa en particulier, ne peut prendre en charge [...] atteinte de la drépanocytose et de l'hépatite C, suite aux raisons suivantes :

□ L'absence d'hôpitaux qualifiés pour la prise en charge de ces pathologies (drépanocytose et hépatite C) surtout couplées.

□ L'absence dans notre pays des médicaments liés à ces pathologies et d'une mauvaise assurance médicale ou d'une mutuelle de santé les couvrant.

Compte tenu de ces différents points, et suite au difficile accès à ces soins spécialisés en République Démocratique du Congo, il nous est plus humain et responsable de recommander [...] le patient dans un hôpital qualifié en Europe où il pourra être bien suivi » ;

Que cette attestation doit sonner comme un constat de carence de la part de la plus haute autorité en matière de santé à Kinshasa ;

Que l'auteur de cette attestation, Monsieur V. K. B. a autorité sur le Centre hospitalier NGANDA »

Elle rappelle la nécessité d'avoir accès à un centre d'hématologie universitaire et de transfusion ainsi qu'un suivi pédiatrique.

Elle soutient : « Que la possibilité d'obtenir ce suivi pédiatrique, pourtant vital (pièce 4, 5, 6, 7, 10, 14), n'a nullement été analysé et pris en compte par la partie adverse dans sa décision qui n'en fait aucune mention; »

Elle estime avoir démontré que les voyages vers son pays d'origine étaient totalement contre-indiqués ; Qu'il est tout à fait inexact de soulever que l'enfant peut voyager vers la RDC, au vu du lourd traitement mensuel qu'elle doit suivre : Hydrea, acide folique et amoxicilline.

2.4. Elle développe une troisième branche quant au risque réel de traitement inhumain et dégradant de l'enfant en cas de retour au Congo.

Elle fait grief à la partie défenderesse d'interpréter de manière restrictive l'article 9ter de la Loi. Elle soutient que l'article 9ter a une portée plus large que ces deux instruments (voir en ce sens CE, 19 novembre 2013, ainsi que l'arrêt du Conseil d'Etat du 16 octobre 2014, n°228 778) et qu'il ne se limite pas à l'hypothèse d'un risque vital, puisqu'il vise une maladie qui entraîne un risque réel pour la vie (1) ou pour l'intégrité physique (2) ou encore un risque de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'y a pas de traitement adéquat dans le pays d'origine. Elle rappelle des extraits de l'arrêt n°92 258 du 27 novembre 2012 et expose ne pas comprendre comment la partie défenderesse arrive à la conclusion qu'il n'existe pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante, elle conclut que la partie défenderesse se borne à examiner (mal) la question du risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante.

Elle souligne que cette déduction ne peut plus non plus être opérée en ce sens qu'elle se base sur une prémisse (l'accessibilité et la disponibilité des soins au Congo) non établie.

Elle argue que l'inaccessibilité et la non disponibilité des soins de santé nécessaires au traitement du requérant dans son pays d'origine exposent la requérante en cas de retour à des risques de traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH.

Elle rappelle aussi que l'attestation du Dr. P. M. atteste que le traitement de l'enfant par l'HYDREA augmente ses chances de survie; Que l'arrêt de ce traitement, par conséquent, entrainerait sa mort; qu'il y a donc un risque réel pour sa vie en cas de retour au Congo car la partie défenderesse n'apporte pas à suffisance de preuves que ce type de traitement est accessible au Congo.

Elle estime qu'il convient de prendre aussi en compte le risque vital dans son ensemble en ce compris l'arrêt de traitement en Belgique et il convient d'examiner si la requérante pouvait être soignée dans son pays d'origine et insiste sur le fait qu'il ne faut pas perdre de vue que dans l'article 9 ter, § 1er, il est exigé que l'étranger 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 et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine.

Qu'il a été démontré plus haut qu'un traitement adéquat au Congo pour la pathologie n'est pas disponible et encore moins accessible, la notion de risque vital s'analysant dès lors, en fonction de l'absence de traitement adéquat dans le pays d'origine et non pas en se basant uniquement sur le fait qu'actuellement et directement, la requérante ne connaît pas un risque immédiatement vital (car elle est prise en charge médicalement par la Belgique).

Elle conclut qu'en n'expliquant pas en quoi les complications évoquées dans la demande 9ter qui sont raisonnablement attendues en cas de cessation du traitement ne mettent ni en danger la vie de la requérante, ni son intégrité physique, ni ne risquent d'entraîner un traitement inhumain et dégradant, l'autorité administrative n'a pas motivé à suffisance sa décision et qu'elle n'a pas procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui sont soumis, violant l'article 3 de la CEDH, l'article 9ter et 62 de la Loi et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, commettant également une erreur manifeste d'appréciation.

2.5. Dans une quatrième branche et cinquième branche, relative au médecin conseil elle expose :

« Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt 111.609 du 16.10.2002) :

« Il appartient à l'autorité, saisi d'une demande d'autorisation de séjour ou de prorogation de séjour pour raison médicale, d'apprécier les circonstances de l'espèce et de procéder aux investigations nécessaires pour pouvoir se prononcer en parfaite connaissance de cause ; qu'en présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement du demandeur, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en « verzekeringsgeneeskunde » et en « gezondheidseconomie », n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre le demandeur » ;

En l'espèce, ni la décision attaquée, ni l'avis-médical ne précise la spécialisation du Docteur R. A..

Il s'avère que le médecin conseil qui a rédigé l'avis médical pour xxx est un généraliste (pièce 31).

La requérante a pourtant déposé plusieurs certificats médicaux de spécialistes.

Le fait de donner préférence à l'avis de l'expert le moins spécialisé entraîne dans le chef de la requérante une violation du principe de bonne administration.

Il en est d'autant plus ainsi que le médecin-conseil de la partie adverse a rendu un avis sur le dossier, sans même rencontrer l'enfant. C'est notamment en réponse de cette jurisprudence constante du Conseil d'Etat que l'article 9ter §1, alinéa 2 de la loi et l'AR du 17.05.2007 en son article 4 prévoient la possibilité pour la partie adverse de faire appel à un avis spécialisé.

Or, force est de constater que la partie adverse s'en est abstenue, ce qui a pour conséquence que sa décision viole le principe de bonne administration (...). Notons également que si xxx n'a pas été examinée par le médecin conseil, la requérante n'a pas été entendue par les services de la partie adverse avant que la décision de non-fondement de sa demande d'autorisation de séjour ne soit prise.

Or une demande de régularisation pour motif médicaux est une demande de protection subsidiaire.

Ainsi, dans un arrêt rendu le 22.11.2012, dans une affaire M.M. contre Minister for Justice, Equality and Lwa Reform, of Ireland (C-227/11), la Cour de Justice de l'Union européenne (première chambre) affirme que le droit pour l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'examen de sa demande de protection subsidiaire découle du respect des droits de la défense qui constitue un principal fondamental du droit de l'Union, reconnu comme tel par la Charte des droits fondamentaux de l'union européenne.

Dans ce même arrêt, la Cour précise que les Etats membres doivent « non seulement interpréter leur droit national d'une manière conforme au droit de l'Union, mais également de veiller à ne pas se fonder sur une interprétation qui entrerait en conflit avec les droits fondamentaux protégés par l'ordre juridique de l'Union ou avec les autres principes généraux du droit de l'Union » (point 93) (Voir CJUE, Grande chambre, 21.12.2011, N.S e.a, C-411/10 et C-493/10, non encore publié au Recueil, point 77 – ADL du 29.12.2011). Parce qu'elle juge que l'affaire « soulève plus généralement la question du droit de l'étranger d'être entendu au cours de la procédure d'instruction de sa seconde demande, visant au bénéfice de la protection subsidiaire (point 75), elle en vient à considérer la question du point de vue général offert par l'exigence de « respect des droits de la défense (qui) constitue un principe fondamental du droit de l'Union » (point 81) voir CJCE, 28.03.2000, Dieter Krombach contre André Bamberski, C-7/98, Rec. P. I-1935, point 42 ; et CJCE, 18.12.2008, Sopropé – Organizações de Calçado Lda contre Fozenda Publica, C-349/07, Rec. P I-10369, point 36).

La cour confirme ainsi que le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre est consacrée par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, non seulement au titre du respect des droits de la défense (articles 47 et 48 CDFUE), mais également au titre du droit à une bonne administration (article 41 du CDFUE) (point 82). Par conséquent, le droit d'être entendu a un champ d'application général (point 84), « doit s'appliquer à toute procédure susceptible d'aboutir à un acte faisant grief » (point 85), y compris lorsque la réglementation en cause ne le prévoit pas expressément (point 86). »

3. Discussion

3.1. Sur la première branche du moyen unique pris quant à la disponibilité, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la Loi, « 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 ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1^{er}, 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 ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, 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 9 *ter* précité, les traitements existant 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 également que l'obligation de motivation formelle 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. 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'expliquer les motifs de ses 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.

3.2. En termes de recours, la partie requérante soutient que « (...) la partie adverse se base sur les données du MedCOI pour attester que des médecins locaux travaillent dans le pays d'origine et que des traitements sont disponibles. »

3.3. Le Conseil observe qu'il ressort de l'avis médical que le traitement médicamenteux consiste en hydroxycarbamide, acide folique, Amoxiciline et vitamines (dont calciférol), lequel serait disponible tel qu'en atteste les informations de la banque de données medCOI (BMA-4700, BMA-6133, BMA-6555)

S'agissant de la requête Medcoi BMA-4700 du 22 mars 2013, elle indique que l'Hydrea (l'Hydroxycarbamide) est disponible, la requête Medcoi BMA -6133 du 13 novembre 2014, concerne le suivi pédiatrique et enfin la requête Medcoi BMA-6555 du 9 mars 2015, mentionne la disponibilité d'un suivi hématologique et la disponibilité de l'acide folique et hydroxycarbamide

L'avis cite également d'autres sites (http://depravie.awardspace.com/soins-centres_monde.htm; http://www.depravie.org/drepanocytose_centres.htm; <http://www.monkole.cd>, <http://www.monkole.cd/index.php?option=com.content&view=articles&id=74&temid=121>; <http://www.fr.josemarjaescriva.info/article:si-c92est-un-enfant-qui-souffre>; http://padiyathmedicitykinshasa.com/child-health-paediatric_surgery.php et <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18817fr/s18817fr.pdf>), il est à constater que ces références concernent le suivi et non le traitement médicamenteux nécessaire en tant que tel. Il ne ressort dès lors pas de ces informations que l' amoxiciline et les vitamines (dont claciférol) sont disponibles.

3.4. Au vu de ce qui précède, cette partie du moyen unique est fondée et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner le reste du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.5. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations ne sont pas de nature à renverser les constats qui précèdent.

3.6. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre de la partie requérante constituant l'accessoire de la décision de refus de la demande d'autorisation de séjour susmentionnée, il s'impose 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. L'acte attaqué étant annulé, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision de refus de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 3 septembre 2015, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix-neuf décembre deux mille dix-sept par :

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDOY ,

Greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE