

Arrêt

n° 224 920 du 13 aout 2019
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres D. ANDRIEN & Z. ISTAZ-SLANGEN
Mont Saint Martin 22
4000 LIEGE

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la Pauvreté et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 31 mars 2014, 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, prise le 10 décembre 2013.

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 mai 2019 convoquant les parties à l'audience du 18 juin 2019.

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

Entendues, en leurs observations, Me P. ANSAY *locum tenens* Mes D. ANDRIEN & Z. ISTAZ-SLANGEN, avocate, qui comparait pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *locum tenens* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocate, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 7 août 2011.

1.2. Le 8 août 2011, elle a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges. Cette demande a été clôturée négativement par l'arrêt du Conseil n° 99.808 du 26 mars 2013.

1.3. Par un courrier daté du 10 janvier 2011, la requérante a introduit, auprès de la partie défenderesse, une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter 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 »). Le 16 mars 2012, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande irrecevable. Le recours introduit contre cette décision a été rejeté par le Conseil dans l'arrêt n° 99.608 du 22 mars 2013.

1.4. Le 23 août 2013, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la Loi. Le 10 décembre 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande recevable mais non-fondée. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« 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'intéressée 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'intéressée 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 (RÉP. DÉM.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 27.11.2013, (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 au requérant, 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 du requérant à son pays d'origine.

Pour répondre aux arguments de l'avocat de la requérante, « 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 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) 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 preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslüm/Turquie, § 68). » Et, « (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier les dés parités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. » (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, www.echr.coe.int)

Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles au Congo (RÉP. DÉM.).

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

- 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 il séjourne.*

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

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation des articles 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe général de minutie et du principe général de bonne administration qui impose de tenir compte de tous les éléments de la cause ».

2.2. Dans un « troisième grief », la partie requérante constate que « *L'avis médical ne conteste pas la gravité de la pathologie, mais retient la disponibilité et l'accessibilité de la requérante aux traitements médicamenteux et suivi requis pour assurer la stabilité de sa pathologie* ».

Concernant l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, elle constate que « *Le rapport du fonctionnaire médecin stipule que le Congo développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale et cite à titre d'exemple la "MUSU"* ». A cet égard, elle soutient que « *la requérante, même en remplissant les différentes conditions énumérées, se verrait dans l'impossibilité d'avoir accès au financement des traitements médicamenteux dont elle a besoin durant la période d'observation de trois mois. A ce titre, il convient de signaler que le Dr. [J. Z.] indique qu'un arrêt du traitement aurait des conséquences très néfastes sur la santé de la requérante [...]. Le docteur [J. J.], quant à lui, souligne que "la patiente nécessite des soins continues car elle a présenté des complications infectieuses graves ayant nécessité son hospitalisation à plusieurs reprises" [...]* ». Elle souligne, en outre, que « *les centres de santé et hospitaliers de la MUSU ne se situent que dans la ville de Kinshasa. Cela restreint considérablement l'accès aux soins en République Démocratique du Congo* ».

Elle relève ensuite que « *La partie adverse prétend que le BDOM organise un programme de lutte contre le HIV et SIDA. Pour affirmer cela, elle cite la source "CRI NET, Brève présentation du DBUM, 2008, <http://clavius.affinitic.be:5680/plone/congo/BDOM.pdf/view>. Cependant, "la page demandée n'a pas pu être trouvée". De sorte que ni la requérante, ni Votre Conseil ne sont capables de vérifier les affirmations de la partie adverse, qui commet une erreur manifeste et méconnait ainsi les articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980* ».

Elle poursuit en exposant : « *Quant aux sites de Caritas, de l'OMS et de la CTB, on constate que ces organismes internationaux sont en premier lieu présents au Congo pour faire face à la crise humanitaire qui est une des plus graves. Par conséquent, bien que leurs actions relatives à la lutte contre le SIDA soient nécessaires, d'un point de vue pratique, il est impossible qu'elles puissent assurer l'accès aux traitements nécessaires pour l'entièreté de la population congolaise affectée par le virus du SIDA. L'aide extérieure jugée non négligeable par la partie adverse ne permet pas d'assurer que la requérante pourra bénéficier de celle-ci lors de son retour au Congo* ».

S'agissant de la référence relative à l'OMS, elle constate que « *[cette référence] ne fait pas partie de la documentation disponible. Seul un document intitulé "Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 : Rép. Dém. Congo" est accessible. Il ressort de celui-ci que "L'offre des services de santé en RDC, est à l'image de la situation sociopolitique d'un pays en post-conflit. Et comme, l'utilisation des services de santé reflète généralement la performance de ces derniers, la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur son utilisation" [...]* ».

Source :<http://www.afro.who.int/fr/republique-democratique-du-congo/bureau-de-pays-de-loms-rep-dem-du-congo.html> ».

Quant à la CTB, elle constate que « *selon le document cité en référence par la partie adverse, il apparaît explicitement que "le programme de coopération s'orientera vers trois secteurs clés : l'agriculture, le développement rural et l'enseignement technique et professionnel"* ».

Source : <http://www.btcctb.org/fr/node/86/projects> » et que « *Les soins de santé primaire et la lutte contre le VIH/SIDA ne sont donc pas visés par les actions menées par la CTB* ».

En outre, elle constate, concernant les informations fournies par l'Organisation Internationale pour les Migrations que « *la dispense de traitement du VIH/SIDA dans les hôpitaux et cliniques des secteurs privé et public énumérés n'est pas remise en cause, cependant, seuls les traitements contre des infections opportunistes et les traitements avec Antirétroviraux sont gratuits. Il n'est, dès lors pas garanti que la requérante, qui poursuit un traitement médicamenteux composé d'antirétroviraux mais également d'antibactériens, de probiotiques, d'antidiarrhéiques, de vitamines et d'acide folique, pourra bénéficier du traitement prescrit* ».

Elle souligne par ailleurs que « *80 pourcent de ces hôpitaux se trouvent à Kinshasa, cela entraînera des complications pour la requérante, qui résidait jusqu'en 2011 à Kisantu (120 kilomètres au sud de Kinshasa), pour se procurer le traitement médicamenteux prescrit et pour bénéficier du suivi médical nécessaire* ».

Enfin, elle relève qu' « *outre le fait qu'il soit mentionné, sur le document référencé comme source pour affirmer que des ONG offrent le même type d'assistance que les hôpitaux et cliniques publics ou privés, que « Les informations sur le retour dans le pays d'origine contenues dans ce document ont été collectées avec le plus grand soin. L'OIM ne garantit toutefois ni l'authenticité, ni l'exhaustivité, ni l'exactitude de ces informations et ne saurait endosser les points de vue, opinions ou politiques des organisations et des individus exprimés dans ce document », il y est stipulé que « Les traitements sont moins onéreux dans les hôpitaux publics que privés. L'accès aux soins est toutefois difficile, compte tenu de la pauvreté générale du pays »* [...] ».

Source : <http://irrco.belgium.iom.int/images/stories/documents/congo%20fr.pdf> »

Elle estime dès lors que « *La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation ainsi que les dispositions visées au moyen en retenant la disponibilité d'un suivi médical approprié au Congo. En effet, la documentation disponible, produite à l'appui de la demande 9ter, indique clairement qu'un retour de la requérante dans son pays mettra un terme à son suivi médical et provoquera dans son chef un traitement prohibé par l'article 3 CEDH* ».

3. Discussion

3.1. Le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas suivants 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 prévu par le Roi [...]. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* » et 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, 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 résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

En outre, le Conseil estime utile de rappeler, s'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs dont la violation est invoquée au moyen, qu'il est de jurisprudence administrative constante que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Cette même jurisprudence enseigne également que 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 celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Sur ce dernier point, le Conseil précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2.1. En l'occurrence, au vu de l'examen des pièces versées au dossier administratif, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur les conclusions du médecin-conseil de la partie défenderesse, mentionnées dans l'avis du 27 novembre 2013, lequel est joint à la décision attaquée et dont il ressort que la requérante souffre d'une infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), pathologie pour laquelle elle suit un traitement médicamenteux, disponible au pays d'origine.

3.2.2. Concernant la possibilité de s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales, la partie défenderesse estime que: « *Si l'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix. Le BDOM organise un programme qui lutte contre le HIV et SIDA comprenant notamment les volets suivants : prise en charge des maladies opportunistes, les traitements Anti Rétro Viraux (ARV) ainsi que le suivi biologique* ». La partie requérante observe que le médecin-conseil s'appuie sur le contenu d'un site internet, (à savoir <http://clavius.affinitic.be:5680/plone/congo/BDOM.pdf/view>), tout en relevant que cette source n'est plus disponible, et que dès lors « *ni la requérante, ni Votre Conseil ne sont capables de vérifier les affirmations de la partie adverse* ».

Force est de constater que le site référencé par le médecin-conseil n'est effectivement plus consultable. En outre, à la lecture du dossier administratif, il ressort que celui-ci ne comporte pas de copie imprimée de cette page internet sur laquelle le médecin-conseil et à sa suite la partie défenderesse se sont basés, dans la décision entreprise, pour apprécier l'accessibilité des soins en République Démocratique du Congo.

Dès lors, la partie défenderesse ne permet pas au Conseil d'exercer son contrôle de légalité quant à cet aspect de la décision ni à la partie requérante de vérifier l'exactitude du motif de la décision attaquée sur ce point.

3.2.3. Concernant la référence relative à l'OMS, le Conseil observe avec la partie requérante qu'elle ne fait pas partie « *de la documentation disponible* ». Elle constate que « *Seul un document intitulé "stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 : Rép. Dém. Congo" est accessible. Il ressort de celui-ci que "L'offre des services de santé en RDC, est à l'image de la situation sociopolitique d'un pays en post-conflit. Et comme, l'utilisation des services de santé reflète généralement la performance de ces derniers, la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur son utilisation" (p. 19)* » extrait qui se trouve en réalité à la page 8. .

3.2.4. Enfin, le Conseil constate comme le relève la partie requérante, à juste titre qu'en ce qui concerne la CTB, « *Les soins de santé primaire et la lutte contre le VIH/SIDA ne sont donc pas visés par les actions menées par la CTB* ».

L'ensemble de ces constats permet de conclure que la motivation de la décision attaquée sur ces différents points n'est pas exacte ou à tout le moins pas complète.

3.2.5. Sur la question de l'accessibilité du traitement médical proprement dit, le médecin-conseil développe dans son avis du 27 novembre 2013 que « *Le Congo (Rép. Dém.) développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale. Citons à titre d'exemple la « MUSU ». La plupart d'entre elles assure (sic), moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle, les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (Rép. Dém.).*

Or, le Conseil constate que, comme le souligne la partie requérante, « *qu'il convient de relever que ce régime ne couvre pas les soins durant les trois premiers mois* », alors que comme le rappelle la partie requérante également, « *le certificat médical type, daté du 24 mai 2013, indique qu'un arrêt du traitement aurait des conséquences très néfastes sur la santé de la requérante* ». De plus, et comme les hospitalisations de la requérante en attestent, « *Le docteur [J. J.], quant à lui, souligne que 'la patiente nécessite des soins continues (sic) car elle a présenté des complications infectieuses graves ayant nécessité son hospitalisation à plusieurs reprises* ». Enfin, il convient d'observer que « *les centres de santé et hospitaliers de la MUSU ne se situent que dans la ville de Kinshasa. Cela restreint considérablement l'accès aux soins en République Démocratique du Congo* », alors que, comme indiqué plus loin dans la requête, la requérante est originaire de Kisantu, situé à 120 kilomètres au sud de Kinshasa.

La partie requérante, qui ne remet pas en cause le rapport de l'OIM repris dans l'avis du médecin-conseil sur les traitements dispensés pour VIH/SIDA dans les hôpitaux et cliniques des secteurs privé et public énumérés, rappelle cependant que « *seuls les traitements contre des infections opportunistes et les traitements antirétroviraux sont gratuits et qu'il n'est dès lors pas garanti que la requérante, qui poursuit un traitement médicamenteux composé d'antirétroviraux mais également d'antibactériens, de probiotiques, d'antidiarrhéiques, de vitamines et d'acide folique, pourra bénéficier du traitement prescrit.* »

Or, si le Conseil constate que la liste « *des médicaments essentiels de la RDC 2010* » qui est au dossier administratif, mentionne bien certains des médicaments non gratuits nécessaires à la requérante, cela n'implique pas que ses médicaments sont disponibles. Par ailleurs cela n'empêche pas non plus de constater que la requérante ne pourra que très difficilement y avoir accès en raison de leur coût.

Quant au fait que la partie requérante pourrait travailler pour prendre en charge ses soins de santé, il convient de relever avec la partie requérante qu' « *en se basant sur le nombre d'hospitalisations de la requérante et sur les différents documents médicaux annexés au dossier, il est manifeste que celle-ci se trouve dans l'impossibilité de travailler. L'absence de contre-indication médicale ne peut être interprétée comme l'aptitude de madame à travailler [...].* » Le Conseil estime à l'instar de la partie requérante qu'il n'est donc pas possible de s'assurer que la requérante pourrait être prise en charge par la mutuelle comme la Musu, la requérante n'étant pas à priori susceptible de travailler au vu de son état de santé, ni même qu'elle aurait accès directement et de manière régulière à l'ensemble des médicaments dont elle a besoin sans « *conséquences très néfastes sur la santé de la requérante* ».

Par conséquent, force est de constater qu'il ne peut raisonnablement être déduit des informations reprises dans la décision attaquée ainsi qu'au dossier administratif que le traitement nécessaire à la partie requérante lui serait accessible dans son pays d'origine, de sorte que la décision attaquée n'est pas adéquatement motivée en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité du suivi médical nécessaire au regard de sa situation individuelle.

3.3. Le Conseil observe que la partie défenderesse, dans sa note d'observations, se limite à constater que « *La partie défenderesse a dûment examiné la disponibilité des soins adaptés à l'état du requérant dans son pays d'origine et les possibilités pour ce dernier d'en avoir accès, la partie requérante restant, pour sa part, en défaut d'exposer quelles seraient les circonstances précises qui l'empêcheraient d'avoir accès au système de soins existant dans son pays d'origine* », ce qui n'est pas pertinent au regard des développements exposés par la partie requérante concernant les références sur lesquelles se base l'avis du médecin-conseil.

3.4. Au vu de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation, de sorte que le moyen unique pris est fondé en son « *troisième grief* » et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué.

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^{er}

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 10 décembre 2013, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT E. MAERTENS