Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n° 251 348 du 23 mars 2021
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître T. SOETAERT
Avenue de Selliers de Moranville, 84
1082 BRUXELLES

contre:

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{EME} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 29 mars 2017, par M. X et Mme X, qui déclarent être de nationalité congolaise (RDC), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, et des ordres de quitter le territoire, pris le 7 mars 2017, et, et notifiés le 30 octobre 2020.

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, (ci-après « la loi du 15 décembre 1980 »).

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 31 mars 2017 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 11 février 2021 convoquant les parties à l'audience du 5 mars 2021.

Entendu, en son rapport, Mme B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M. MUGREYA *loco* Me T. SOETAERT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Les parties requérantes déclarent être de nationalité congolaise (RDC), être mariées et être arrivées sur le territoire belge le 4 décembre 2007. La première partie requérante a été autorisée au séjour en qualité d'étudiant jusqu'au 30 septembre 2012.

1.2.1. Le 25 novembre 2015, les parties requérantes ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.
Cette demande a été déclarée recevable par décision du 5 janvier 2016.

1.2.2. Le 21 décembre 2016, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

Le 4 janvier 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi que des ordres de quitter le territoire à l'encontre des parties requérantes.

Ces décisions ont été notifiées le 19 janvier 2017.

Les parties requérantes ont introduit un recours à l'encontre de ces décisions, qui a été déclaré sans objet par un arrêt n° 187 312 du Conseil du Contentieux des étrangers (ci-après « le Conseil ») de céans du 23 mai 2017, constatant le retrait des décisions litigieuses par la partie défenderesse en date du 16 février 2017.

1.2.3. Le 6 mars 2017, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

Le 7 mars 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande recevable mais non fondée, et a délivré des ordres de quitter le territoire à l'encontre des parties requérantes.

Ces décisions, qui leur ont été notifiées le 22 mars 2017 et qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision déclarant la demande recevable mais non fondée (ci-après « le premier acte attaqué ») :

« *Les intéressés invoquent un problème de santé chez [la première partie requérante] à l'appui de leur demande d'autorisation de séjour justifiant, selon eux, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (R.D.), pays d'origine des [parties requérantes].*

Dans son avis médical remis le 06.03.2017, le médecin de l'O.E. atteste que [la première partie requérante] présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou il n'apparaît pas que l'intéressé 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 de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH ».

- S'agissant des ordres de quitter le territoire (ci-après « les deuxième et troisième actes attaqués »), qui sont motivés de manière identique pour la première et la seconde partie requérante :

« *L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:*

o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

- *L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable* ».

2. Question préalable

A l'audience, le conseil des parties requérantes précise que la seconde partie requérante a quitté le territoire. Les parties conviennent de la perte d'intérêt au recours en ce qu'il est introduit par la deuxième partie requérante.

Il s'ensuit que le présent recours ne sera analysé qu'à l'aune des arguments développés en ce qu'ils visent la situation de la première partie requérante, ci-après dénommée « la partie requérante ».

3. Exposé du moyen d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un moyen unique « *de la violation des articles 9 ter et 62 de loi du 15.12.1980, des articles 2 et suivants de la loi du 29.07.1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, du principe de bonne administration, et autres moyens développés en terme de requête* ».

3.2. En ce qui concerne la première décision attaquée, la partie requérante fait notamment valoir que le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est abstenu de prendre en compte dans son avis médical l'ensemble des pathologies dont elle souffre, et n'a effectué qu'une analyse partielle de son état de santé.

Ainsi, elle relève que le médecin-conseil ne parle pas d'une « hypertension artérielle résistante et compliquée » mais d'une « simple hypertension artérielle », qu'il ne parle pas d'un « diabète en phase de compensation » mais d'un « simple diabète », qu'il ne fait pas d'analyse en ce qui concerne la cardiomyopathie hypertrophique, qu'il ne prend pas en considération l'hypertrophie ventriculaire gauche (qui est pourtant reprise dans l'analyse partielle des certificats déposés), et enfin qu'il ne prend pas en compte les interactions entre les différentes pathologies, pouvant notamment entrainer un risque déclaré de néphroangiosclérose des reins (pathologie nécessitant une hémodialyse ou une greffe rénale).

La partie requérante estime ensuite que l'analyse partielle de son dossier par le médecin-conseil de la partie défenderesse se déduit également des traitements proposés dans l'avis médical.

Elle rappelle notamment que, compte tenu de l'insuffisance rénale dont elle souffre, le traitement par diclofenac, ibuprofène, naproxene ou corticoïde lui est interdit. Elle souligne que ce type de traitement aggrave les infections et provoque la septicémie et donc un risque de décès. Or, il s'agit d'un des traitements proposés par le médecin-conseil.

Elle rappelle qu'elle a interrogé des praticiens congolais, et que ceux-ci ont rédigé un rapport médical en date du 26 janvier 2017, intitulé « Rapport médical sur les possibilités de prise en charge médicale et traitement des pathologies de [la partie requérante] en République Démocratique du Congo », qui précise ce qui suit :

> « Nous les médecins traitant dans les hôpitaux en République Démocratique du Congo, sur base des attestations et rapports médicaux de ses médecins ci-joints, nous avons retenu ceci
>
> 1. Dr [S.] : Médecin spécialiste en Néphrologie, Hôpital Erasme, 1070 Bruxelles :
> [La partie requérante] souffre d'une insuffisance rénale stade 3, filtration glomérulaire : 44 ml / minute / 1.73 m², sur base probable de néproangiosclérose qui peut conduire à une insuffisance rénale voire une greffe rénale.
> Notre conclusion : La prise en charge et le traitement de cette pathologie ne sont pas disponibles et accessibles en R.D.Congo.
> 2. Dr [Ly.] : Médecin spécialiste en Médecine interne et endocrinologue diabétologue, Hôpital Erasme, 1070 Bruxelles :
> [La partie requérante] souffre d'un diabète de type 2 avec tendance à la décompensation : HbA/C à 11,2% et la glycémie supérieure à 350 mg / dl, ce qui a nécessité son hospitalisation en urgence et y est resté pendant deux semaines.
> Notre conclusion : Le traitement efficace de l'état actuel de son diabète n'est pas accessible et disponible en R.D.Congo et sa vie serait en danger par manque de traitement et une bonne prise en charge médicale.
> 3. Professeur [L.] : Médecin spécialiste en cardiologie, Hôpital Erasme 1070 Bruxelles et Dr. [Le.] Médecin spécialiste en rhumatologie :

[La partie requérante] présente :

- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Cardiomyopathie hypertrophique
- Tachycardie supra ventriculaire
- Hypertension artérielle et urémie résistante

Conclusion : Ceci exige une prise en charge optimale comme disent ses médecins. Cependant la prise en charge et le traitement de ces pathologies cardio-vasculaires sévères en partie causées par le diabète ne sont pas disponibles et accessibles en R.D.Congo, ceci d'après ses médecins le met en grand danger d'une mort subite et un accident vasculaire cérébral à tout moment ».

Enfin, la partie requérante fait grief à la partie défenderesse de s'être prononcée sur l'accessibilité financière des soins et du suivi au pays d'origine, sans avoir tenu compte de toutes les pathologies admises aux traitements. Elle estime qu'il en découle une analyse partielle de sa situation individuelle.

3.3. S'agissant du deuxième acte attaqué, la partie requérante considère que les ordres de quitter le territoire sont des décisions autonomes, et que l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 impose à la partie défenderesse une obligation de motivation et d'examen du dossier des étrangers concernés.

Elle fait valoir qu'elle a obtenu un statut administratif en arrivant sur le territoire, qu'elle réside depuis presque dix ans en Belgique, qu'elle y a tissé des liens « indissolubles », qu'elle demeure vulnérable, et que ces éléments devaient être pris en considération par la partie défenderesse.

4. Discussion.

4.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9*ter*, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise des actes attaqués, «*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 3 et 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 […] indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. 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 9*ter* précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 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 pas que l'obligation d'informer la partie requérante 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 celle-ci se fonde, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter 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.

Le Conseil rappelle par ailleurs que, dans le cadre du contrôle de légalité qu'il est appelé à exercer, il lui incombe de vérifier si l'autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle n'a pas donné des dits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

4.2. En l'occurrence, le Conseil constate que le premier acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin daté du 6 mars 2017, lequel indique que la partie requérante souffre d' « *HTA* [hypertension artérielle] *systolo-diastolique relativement contrôlée* », de « *diabète II insulino-requérant ; IRC* [insuffisance rénale chronique] *stade 3B, connue sur diabète – insuffisance rénale pré rénale* », et de « *crises de goutte* », pathologies nécessitant un suivi par « *médecine interne / endocrinologie ; cardiologie ; rhumatologie ; Biologie clinique ; Ophtalmologie* » ainsi qu'un traitement médicamenteux composé de « *Nobiten (nébivolol, b-bloquant) ; Vasexten (barnidipine, antagoniste calcique) : médicaments du système vasculaire* », de « *Lantus (insuline) ; Novorapid (insuline) : médicaments du diabète* », d' « *Allopurinol (médicament de la goutte)* » et de « *Colchicine / Médrol (méthylprednisolone, corticoïde) : médicaments des crises de goutte* ».

Le fonctionnaire médecin estime que ces traitements et suivis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence de risque pour sa vie ou son intégrité physique, ou d'un risque de traitement inhumain et dégradant.

4.3. S'agissant des pathologies actives actuelles, le médecin-conseil a également précisé, en ce qui concerne l'hypertrophie ventriculaire gauche : « HVG évoquée antérieurement, non d'actualité car non signalée et non reprise dans le dernier CMT du médecin cardiologue traitant », en prenant comme « *Référence : les derniers CMT et/ou rapports médicaux de 08/2016* ».

La partie requérante fait grief au médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir pris en compte l'ensemble de ses pathologies, et plus particulièrement d'avoir omis celle liée à l'hypertrophie ventriculaire gauche de son avis médical.

A cet égard, le Conseil ne peut que constater que le médecin-conseil n'a pas procédé à une lecture attentive du dossier de la partie requérante et des certificats médicaux qui y sont versés. Il apparaît ainsi que, d'une part l'« histoire clinique et certificats médicaux versés au dossier » n'apparaît ni complet ni correct, et d'autre part qu'en indiquant que « l'hypertrophie ventriculaire gauche » n'est plus reprise dans le dernier certificat-médical type du médecin cardiologue traitant, le Pr. [D. L.], le médecin-conseil a procédé à une lecture erronée de la chronologies des certificats déposés.

S'agissant de l'historique clinique relatif aux pathologies cardiaques, le médecin-conseil reprend dans son avis du 6 mars 2017, quatre documents au nom du « Prof. Dr [D.L.] Cardiologie- Hôpital Erasme » : « 18.08.2016 et des 17.08.2015 ; 28.10.2015; 04.05.2016 ».

Si l'attestation du 17 août 2015 et le certificat médical du 28 octobre 2015 figurent bien au dossier administratif, tel n'est pas le cas pour les certificats médicaux des 4 mai et 18 août 2016. Le Conseil constate que figurent en réalité au dossier administratif six documents établis par le cardiologue. Outre les deux premiers documents précités, se retrouvent :

- un certificat du 29 mars 2016 ;
- un certificat du 18 mai 2016 ;
- un certificat du 4 août 2016 ;
- et un certificat incomplet.

Le dernier certificat médical type rédigé par le cardiologue s'avère en réalité être un certificat daté du 4 août 2016, et qui mentionne :

« ● hypertension artérielle compliquée d'hypertrophie ventriculaire gauche [le Conseil souligne] et de maladie rénale chronique.

- crise de goutte.
- œdème de Quincke.
- arythmie ventriculaire et supraventriculaire
- hypothyroïde ».

Le Conseil ne peut que constater, à la suite de la partie requérante, que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas procédé à une analyse complète et correcte de la situation de la partie requérante, et qu'il a notamment omis de prendre en considération l'hypertrophie ventriculaire gauche, qui devait être considérée comme toujours d'actualité.

A titre surabondant, le Conseil observe que l'historique des certificats médicaux est également incorrect en ce qui concerne le Dr. [Ly.] (endocrinologie) et le Dr. [Le.] (rhumatologie) :
- Le dernier certificat du Dr. [Ly.] est daté du 25 novembre 2016, et pas du 11 août 2016 ;
- Le dernier certificat du Dr. [Le.] est daté du 16 janvier 2017, et pas du 18 août 2016 ;

En omettant purement et simplement de son analyse une des pathologies de la partie requérante, le médecin-conseil (et, a fortiori, la partie défenderesse) n'a nullement tenu compte de la situation particulière de celle-ci.

4.4. S'agissant des traitements proposés, le Conseil observe que le médecin-conseil de la partie défenderesse a notamment analysé la disponibilité en République Démocratique du Congo (ci-après « RDC ») des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

> « Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine
>
> Des b-bloquants (comme le nébivolol, le carvédilol ou le bisoprolol), des antagonistes du calcium (comme le diltiazem ou l'amlodipine), de l'allopurinol et des médicaments de la crise de goutte – AINS (comme le diclofénac, l'ibuprofène ou le naproxène) [le Conseil souligne] ou des corticostéroïdes (comme le méthylprednisolone, éventuellement l'hydrocortisone), des insulines sont disponibles au Congo (RDC) ».

La partie requérante invoque dans sa requête que ce type de traitement aggrave les infections et provoque la septicémie, et donc un risque de décès ainsi qu'il ressort d'attestations déposées à l'appui de sa demande.

Le Conseil constate en effet que pas moins de deux certificats figurant au dossier administratif déconseillent fermement et spécifiquement l'utilisation de ce type d'anti-inflammatoires :

> « Contre-indication absolue à la prescription de tout anti-inflammatoire [le Dr. [Le.] souligne] » (certificat du Dr. [Le.] du 16 janvier 2017).
>
> « […] Les médicaments suivants lui sont contre-indiqués : Diclofénac – Ibuprofène – Naproxene – Corticoides » (certificat du Dr. [O.] du 25 janvier 2017).

Il est manifeste que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas tenu compte de l'intégralité des documents, attestations et certificats déposés par la partie requérante et se trouvant au dossier administratif, et n'a pas effectué une analyse pertinente et consciencieuse de sa situation particulière.

A titre surabondant, le Conseil remarque que la partie défenderesse n'a pas non plus pris en considération le document du Centre médical Bethesda établi le 26 janvier 2017 rappelé par la partie requérante dans sa requête au sujet des possibilités de prise en charge médicale et traitements des pathologies de la partie requérante en République Démocratique du Congo (cf. point 2.2.) et figurant au dossier administratif.

Il apparaît en réalité qu'aucun des documents transmis par la partie requérante suite au retrait de la précédente décision de refus de sa demande fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 du 14 janvier 2017 n'a été pris en considération par la partie défenderesse dans le cadre de la décision attaquée alors qu'ils figurent tous au dossier administratif.

4.5. Compte tenu de ce qui précède, la partie défenderesse n'a pas pu évaluer correctement la disponibilité et l'accessibilité des soins et suivi au pays d'origine.

4.6. Le Conseil estime par conséquent que la partie défenderesse n'a pas adéquatement motivé le premier acte attaqué dès lors qu'elle ne tient pas suffisamment compte de la particularité de la situation soumise à son examen, en violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980.

4.7. L'argumentation développée par la partie défenderesse dans sa note d'observations n'est pas de nature à énerver la conclusion qui précède, celle-ci se limitant à reproduire les erreurs commises par le médecin-conseil en faisant valoir que « L'HVG n'est pas prise en considération au motif qu'elle n'est plus d'actualité ». Elle ne répond pas à l'argumentation concernant les AINS contre-indiqués dans la situation spécifique de la partie requérante, et considère qu'aucune pathologie n'a été oubliée dans l'avis médical.

4.8. Il résulte de ce qui précède que les aspects visés du moyen unique, sont fondés, et suffisent à emporter l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

4.9. S'agissant de l'ordre de quitter le territoire attaqué visant la première partie requérante, le premier acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2.1., que la partie défenderesse a déclaré recevable, redevient pendante.

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.

5. Débats succincts

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

5.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

6. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie défenderesse, en ce qui concerne la première partie requérante, et à charge de la deuxième partie requérante.

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

Article 1er

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 7 mars 2017, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire visant la première partie requérante est annulé.

Article 3

La demande de suspension est sans objet, en ce qu'elle vise la décision de refus de séjour, et l'ordre de quitter le territoire visant la première partie requérante.

Article 4.

Le recours est rejeté pour le surplus.

Article 5.

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, par la première partie requérante, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

Article 6.

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la deuxième partie requérante.

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

Mme B. VERDICKT, présidente f. f., juge au contentieux des étrangers,

Mme E. TREFOIS, greffière.

La greffière, La présidente,

E. TREFOIS B. VERDICKT