



## Arrêt

**n° 268 693 du 22 février 2022**  
**dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile :     au cabinet de Maître C. DIONSO DIYABANZA**  
**Rue des Alcyons, 95**  
**1082 BRUXELLES**

**Contre :**

**l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,**  
**et de l'Asile et la Migration et désormais par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la**  
**Migration**

### **LA PRÉSIDENTE DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 23 avril 2019, 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 12 mars 2019.

Vu le titre I<sup>er</sup> bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 20 décembre 2021 convoquant les parties à l'audience du 11 janvier 2022 .

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

Entendus, en leurs observations, Me C. DIONSO DIYABANZA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocate, qui comparaît 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 4 juin 2016, accompagnée de son mari, et munie d'un visa de type C valable jusqu'au 9 juillet 2016, et prolongé à deux reprises jusqu'au 15 novembre 2016.

1.2. Le 31 octobre 2016, ils ont introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Le 20 janvier 2017, la partie défenderesse a déclaré la demande recevable. En date du 23 mai 2017, elle a autorisé les requérants au séjour temporaire pour une durée d'un an.

1.3. Le 30 avril 2018, la requérante et son mari ont demandé la prolongation de cette autorisation de séjour. Le 7 septembre 2018, la partie défenderesse a refusé de prolonger l'autorisation de séjour des requérants, et a pris deux ordres de quitter le territoire (annexes 13) à leur égard.

1.4. Le 3 décembre 2018, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Le 12 mars 2019, la partie défenderesse a pris une décision déclarant sa demande non fondée. Cette décision, notifiée le 25 mars 2019, constitue l'acte attaqué et 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.*

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

*Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 07.03.2019, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine le Congo (Rép dém)*

*Dès lors,*

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

*2) il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne*

*3) .*

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

## **2. Exposé des moyens d'annulation**

2.1. La partie requérante prend un premier moyen de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), des articles 9<sup>ter</sup>, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 13, §3, 2<sup>o</sup> et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des « principes généraux de bonne administration, dont le principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause ».

Après quelques considérations afférentes à l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 et à l'article 3 de la CEDH, elle se réfère aux documents médicaux envoyés à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, et estime que ses problèmes de santé ne pourraient être pris en charge au Congo, faute de traitement accessible, adéquat et disponible gratuitement ou à moindre coût sur place. En ce sens, elle précise avoir produit plusieurs attestations du Docteur [B.M.], et affirme que les traitements dont elle bénéficie sont inexistantes en république Démocratique du Congo (ci-après : R.D.C.). Elle ajoute que, quand bien même ils existeraient, il lui serait totalement impossible de les financer compte tenu de leur coût financier. Elle rappelle avoir nourri sa demande par des preuves justifiant que les maladies dont elle souffrait ne pouvaient être prises en charge en R.D.C. faute de traitement adéquat et disponible, et relève que pourtant le médecin conseiller a considéré que l'ensemble des soins étaient disponibles et accessibles après avoir remis en cause les traitements initiés par ses médecins. Elle constate que la partie défenderesse, à l'instar du médecin conseiller, ne conteste pas le rapport du Docteur [B.M.]. Elle souligne également qu'il est surprenant de lire et de constater que le médecin conseiller, généraliste, remette en cause la pertinence de la décision de son chirurgien, et estime que c'est à tort que le médecin conseiller tente de minimiser la découverte de l'anévrisme iliaque, ainsi que la nécessité du suivi annuel en Belgique, alors que son médecin a qualifié le degré de gravité de sévère et que le suivi n'existe pas au pays d'origine. Elle ajoute qu'il en est de même pour la masse pelvienne et l'accident ischémique, et affirme que « *ce n'est pas parce que la mise au point ne permet pas de déterminer la*

*nature exacte de la masse annexielle G ou parce que le délai dans lequel une ovariectomie n'est pas précisé qu'il y a lieu de débouter la requérante de sa demande, d'autant plus que le médecin a également qualifié le degré de gravité de cette masse de sévère nécessitant une intervention chirurgicale ; Que les mesures préventives à prendre au niveau des facteurs de risque cardio-vasculaires à mettre en œuvre pour éviter la récurrence ne sont pas envisageables au Congo ».* Elle en déduit que la motivation du médecin conseiller, et par voie de conséquence de la partie défenderesse, est tout simplement inadéquate.

Quant aux requêtes MedCOI, portant les numéros de référence BMA-10726, BMA-11584, BMA-11782, elle soutient qu'elles ne figurent pas au dossier administratif en manière telle que le principe du contradictoire est mis à mal par la partie défenderesse. En outre, elle relève l'absence totale d'information concrète, actuelle et vérifiable concernant la base de données MedCOI, elle estime qu'elle ne peut objectivement vérifier l'exactitude des informations alléguées, et rappelle que la base de données n'est pas librement accessible.

Concernant l'accessibilité des soins, elle se réfère une nouvelle fois à l'attestation du Docteur [B.M.], et observe que les considérations du médecin conseiller constituent des pétitions de principe dès lors qu'elles se fondent sur des informations générales relevant de la propagande. Elle soutient que, contrairement à ce qu'affirme le médecin conseiller, il n'y a aucune mutuelle en R.D.C. en mesure de prendre en charge les soins de santé dont elle a besoin. Elle considère que l'argument selon lequel elle pourrait subvenir elle-même à ses besoins est approximatif, hypothétique et stéréotypé. Elle précise qu'à 65 ans elle n'a plus accès au marché du travail, qu'elle ne bénéficiera pas d'une pension de retraite, et que les économies dont elle disposait avec son mari ont été épuisées à cause des dépenses de santé. Elle ajoute qu'elle ne saurait pas compter sur la solidarité familiale, ni sur la générosité d'amis ou proches pour financer ses soins médicaux. A cet égard, elle rappelle que plus de 70% des Congolais vivent avec moins d'un dollar USD par jour, et précise qu'une telle solidarité n'est pas une condition prévue par l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980, et ne ressort pas des travaux préparatoires. Elle rappelle ensuite, successivement, plusieurs considérations théoriques relatives à l'article 9<sup>ter</sup> susmentionné, et fait valoir que sa situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de sa demande. En ce sens, elle estime que sa situation individuelle *« ne peut lui permettre un accès au traitement adéquat dans son pays d'origine, les soins médicaux pour les affections dont elle souffre étant inaccessibles et/ou indisponibles, ou à tout le moins non suffisamment accessibles »*. Elle soutient que *« dans l'examen du caractère adéquat de ce traitement ne peut se concevoir une énumération uniquement d'une série d'informations et de considérations qui, exhaustives et précises qu'elles soient, se limitent à une description factuelle des médicaments, praticiens et infrastructures médicales disponibles dans le pays d'origine ou de séjour, pour traiter la pathologie dont souffre la requérante »*, et ne peut se concevoir comme une mention générale de l'existence de la sécurité sociale dans le pays d'origine, ni un renvoi à la solidarité familiale ou à la possibilité de trouver un travail. Elle en déduit que la partie défenderesse, en se fondant sur l'avis du médecin conseiller, ne motive pas adéquatement la décision entreprise et commet une erreur manifeste d'appréciation en ne tenant pas compte de tous les éléments de la cause. Elle conclut à la violation des dispositions visées au moyen.

2.2. La partie requérante prend un second moyen de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, de l'article 62 de la loi du 15 décembre 1980, et de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH) combiné avec l'article 1<sup>er</sup> de la CEDH.

La partie requérante expose tout d'abord des considérations théoriques et jurisprudentielles relatives à l'article 3 de la CEDH, et soutient qu'elle *« ne pourra pas se faire soigner dans son pays d'origine en l'absence de traitement accessible et disponible ainsi qu'il ressort clairement de l'attestation du docteur [B.M.], ce qui entraînera une dégradation de son état de santé s'apparentant à des traitements inhumains ou dégradant gravité tels que prévu par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et partant, et entrer dans les prévisions de l'article 9<sup>ter</sup> »*. Elle se réfère à un arrêt du Conseil - dont elle cite un extrait - et soutient qu'il ne fait aucun doute que ses pathologies atteignent bien le seuil minimum de gravité tel que requis pour tomber sous le coup de l'article 3 de la CEDH et partant, entrer dans les prévisions de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980. Elle souligne que, suite à la prise de la décision attaquée, elle ne peut plus prétendre à la carte santé, ni à la mutuelle et par voie de conséquence aux soins spécifiques auxquels elle a droit, en manière telle que sa vie est sérieusement en danger. Elle en conclut que *« la décision de la partie défenderesse expose cette dernière à un risque suffisamment réel et immédiat d'agissements*

*prohibés par l'article 3 CEDH dans la mesure où elles impliquent que le retour de la requérante vers un pays dans lequel les soins de santé ne sont nullement garantis ».*

### **3. Discussion**

3.1.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte attaqué, « *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 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 1<sup>er</sup>, 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<sup>ter</sup> 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<sup>ter</sup> 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.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la requérante. Elle n'implique que l'obligation d'informer la 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'intéressée. 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.

3.1.2. En l'occurrence, le Conseil observe que l'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 7 mars 2019, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'un « *Anévrisme de l'artère iliaque D ; Masse annexielle G de nature non déterminée ; Accidents ischémiques cérébraux anciens* » pour lesquelles les traitements et suivis requis 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.

Cette motivation se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas utilement contestée par la partie requérante qui reste en défaut de démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie défenderesse à cet égard.

3.2.1. En ce que la partie requérante fait grief au fonctionnaire médecin de remettre en cause les traitements initiés par ses médecins, le Conseil constate que ce dernier a indiqué que « *l'anévrisme de l'artère iliaque a été découvert fortuitement lors d'un examen radiologique, il n'est donc responsable d'aucun symptôme. Il faut constater que cet anévrisme ne mesure que 21 mm dans sa plus grande*

largeur ; or, la limite à partir de laquelle une intervention est impérative du fait d'un risque majeur de rupture est fixé à 60 mm, nous en sommes dès lors très loin. D'ailleurs, le médecin certificateur, lui-même chirurgien vasculaire, ne préconise pas d'intervention mais un suivi annuel ; il n'y a donc, dans l'état actuel de la situation, aucun degré de gravité. En ce qui concerne l'autre découverte fortuite, la masse annexielle G, la mise au point réalisée ne permet pas d'en déterminer la nature exacte et par conséquent le degré de gravité ; le médecin certificateur mentionne une ovariectomie à programmer mais n'indique pas dans quel délai. En ce qui concerne les séquelles d'accidents ischémiques découvertes à l'IRM, l'examen montre bien qu'il s'agit de lésions anciennes. Dans pareil cas de figure, il n'y a évidemment aucun traitement causal à apporter ; seules des mesures préventives au niveau des facteurs de risque cardio-vasculaires sont à mettre en œuvre pour éviter la récurrence. C'est d'ailleurs ce que préconise le médecin certificateur ». Par ailleurs, il apparaît à la lecture du dossier administratif que, bien qu'émettant un doute quant à la gravité de ces différentes pathologies, le fonctionnaire médecin a indiqué, sous l'intitulé « *Pathologies actives actuelles à la date du certificat médical type* », « *Anévrisme de l'artère iliaque D ; Masse annexielle G de nature non déterminée ; Accidents ischémiques cérébraux anciens* ».

Quant au risque de récurrence, évoqué par la partie requérante en termes de requête, force est de constater que le risque d'aggravation de la pathologie ne suffit pas dès lors qu'il est, lors de l'adoption de la décision attaquée, purement théorique. Le Conseil rappelle en effet que le fonctionnaire médecin doit se prononcer sur la gravité de la maladie au moment de la prise de l'acte et qu'il n'a, en conséquence, pas à se livrer à des anticipations spéculatives sur son éventuelle évolution.

3.2.2. S'agissant du grief fait à la partie défenderesse de mettre à mal le principe du contradictoire en raison de l'absence des réponses aux requêtes MedCOI portant les numéros de référence BMA-11584, 10726 et 11782 au dossier administratif, le Conseil constate, à la lecture du dossier administratif, que la partie défenderesse a pris soin d'imprimer les pages consultées contrairement à ce que soutient la partie requérante, en telle sorte qu'elle est en mesure d'y avoir accès. Si elle désirait compléter ses informations, il lui était parfaitement loisible de demander la consultation du dossier administratif contenant ces documents, et ce, sur la base de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration.

Quant aux griefs relatifs aux informations provenant de la base de données MedCOI utilisée par la partie défenderesse et dont la partie requérante critique la fiabilité, le Conseil constate qu'elle se borne à critiquer de manière péremptoire les sources utilisées par la partie défenderesse sans toutefois démontrer que le suivi requis par son état de santé ne lui serait pas disponible et accessible, en manière telle que ces critiques sont dépourvues d'utilité.

En ce qui concerne l'attestation du Docteur [B.M.] du 23 octobre 2018, le Conseil relève que le fonctionnaire médecin a indiqué à cet égard « *23/10/2018, Dr [M.B.], directeur d'une société kinoise spécialisée dans la gestion des dépenses de santé : attestation que la prise en charge de la rupture de l'anévrisme de l'aorte n'est pas disponible en RDC* ». Le fonctionnaire médecin a ensuite conclu à la disponibilité des soins et traitements nécessaires à la partie requérante sur base des requêtes MedCOI susmentionnées, ce que la partie requérante reste en défaut de réfuter.

3.2.3. S'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins et traitements, le Conseil observe tout d'abord que la partie requérante affirme de manière péremptoire qu'il n'existe « *aucune mutuelle en République Démocratique du Congo en mesure de prendre en charge les soins de santé dont a besoin la requérante* ». Force est de constater que la partie requérante se contente à cet égard d'une affirmation générale et reste en défaut d'apporter le moindre élément de nature à démontrer qu'elle ne pourrait avoir accès à une mutuelle. Elle ne semble pas davantage contester la possibilité, en cas d'impossibilité d'assurer les cotisations exigées par les mutuelles de santé, de s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre notamment Kinshasa.

Par conséquent, dans la mesure où la partie requérante ne conteste pas utilement les motifs qui précèdent, force est de constater que le motif selon lequel elle disposerait de moyens financiers suffisants pour se prendre en charge présente un caractère surabondant. Les observations formulées à leur sujet ne sont donc pas de nature à entraîner une annulation de l'acte attaqué.

Pour le surplus, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence des développements de la partie requérante aux termes desquels elle fait valoir qu'elle ne saurait compter sur la solidarité familiale ni sur la générosité

de ses amis proches pour financer ses soins médicaux dès lors que le fonctionnaire médecin n'examine pas cette hypothèse.

3.3. Enfin, quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, §§42-45).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises. Partant, le second moyen est inopérant en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

3.4. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la partie requérante ne démontre pas la violation par la partie défenderesse des dispositions qu'elle vise dans ses moyens, de sorte que ceux-ci ne sont pas fondés.

#### **4. Débats succincts**

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

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

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

##### **Article unique**

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-deux février deux mille vingt-deux par :

Mme E. MAERTENS, présidente de chambre,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière, La présidente,

A. KESTEMONT

E. MAERTENS