

Arrêt

n° 335 273 du 30 octobre 2025
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maîtres D. ANDRIEN et J. PAQUOT
Mont Saint Martin 22
4000 LIÈGE

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration et désormais par la
Ministre de l'Asile et de la Migration

LA PRESIDENTE DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 25 avril 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 8 mars 2024.

Vu le titre 1^{er} *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 29 août 2025 convoquant les parties à l'audience du 30 septembre 2025.

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

Entendus, en leurs observations, Me M. KIWAKANA *loco* Mes D. ANDRIEN et J. PAQUOT, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me G. EL ALAMI *loco* Me E. DERRIKS, avocat, 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 30 mars 2010. Elle a introduit une demande d'asile le 31 mars 2010 à laquelle elle a renoncé le 6 mai 2010.

1.2. Le 18 avril 2010, elle a sollicité une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois introduite sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée non-fondée le 28 septembre 2011. Par un arrêt n° 82 731 du 11 juin 2012, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision suite à son retrait pas la partie défenderesse en date du 21 mars 2012.

1.3. Le 4 janvier 2012, la requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 7 mars 2012, la partie défenderesse a pris une décision déclarant ladite demande irrecevable.

1.4. Le 22 mars 2012, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande du 18 avril 2010 susvisée.

1.5. Le 28 juin 2012, la requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 29 janvier 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil au terme d'un arrêt n°142 256 du 30 mars 2015.

1.6. Le 25 mars 2013, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{bis} de la loi du 15 décembre 1980. Le 14 mai 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande irrecevable.

1.7. Le 23 mai 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement, ainsi qu'une interdiction d'entrée, à l'encontre de la requérante. Par un arrêt n°103 715 du 28 mai 2013, le Conseil a rejeté le recours en suspension en extrême urgence introduit contre cette mesure.

1.8. Le 24 mai 2013, la requérante a introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 11 juin 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant ladite demande irrecevable.

1.9. Le 13 juin 2013, la requérante a introduit une cinquième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 9 juillet 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande irrecevable.

1.10. Le 15 novembre 2013, la requérante a introduit une sixième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 10 juin 2014, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée. Par un arrêt n°142 257 du 30 mars 2015, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision.

1.11. Le 29 mai 2015, elle a introduit une septième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 11 mars 2016, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13).

1.12. Le 21 juin 2018, la partie requérante a introduit une huitième demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980. Le 3 octobre 2018, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n°274 967 du 5 juillet 2022, le Conseil a annulé les décisions susmentionnées.

1.13. Le 18 décembre 2023, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision déclarant la demande du 21 juin 2018 non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Par un arrêt n°305 296 du 23 avril 2024, le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de ces décisions suite à leur retrait par la partie défenderesse en date du 16 février 2024.

1.14. Le 8 mars 2024, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande du 21 juin 2018 non fondée, ainsi qu'un ordre de quitter le territoire (annexe 13). Ces décisions, notifiées le 26 mars 2024, constituent les actes attaqués et sont motivées comme suit :

- En ce qui concerne la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour :

« MOTIF :

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, selon elle, 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'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 (R.D.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 06.03.2024, le médecin de l'O.E. atteste que la 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 à la requérante 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 de la requérante dans son pays d'origine.

Vu l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir 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 que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle 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.

Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif de la requérante.

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018)

[...] ».

- En ce qui concerne 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'intéressée n'est pas en possession d'un visa valable.

[...]

Dans le cadre de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, lors de la prise d'une décision d'éloignement, le ministre ou son délégué tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la vie familiale, et de l'état de santé du ressortissant d'un pays tiers concerné. La situation a été évaluée lors de la prise de cet ordre de quitter le territoire. Cette évaluation est basée sur tous les éléments actuellement dans le dossier :

- Unité familiale :

L'intéressée est seule en Belgique. Signalons en outre que le fait d'avoir tissé des relations sociales avec des ressortissants belges ne peut constituer une éventuelle atteinte à l'article 8 de la CEDH, qui vise exclusivement la sauvegarde l'unité familiale et la vie de famille.

- Intérêt supérieur de l'enfant:

Pas d'enfant connu en Belgique.

- État de santé (retour) :

Pas de contre-indication médicale à un retour au pays d'origine (cf. avis médical du médecin de l'O.E. du 06.03.2024)

Par conséquent, il n'y a pas d'éléments qui posent problème pour prendre un ordre de quitter le territoire ».

2. Questions préalables.

2.1. La partie défenderesse soulève, dans sa note d'observations, une exception d'irrecevabilité du recours en tant qu'il est dirigé contre l'ordre de quitter le territoire. Elle fait valoir que :

« La partie requérante dirige ses griefs uniquement à l'encontre de la décision de refus de prolongation de son autorisation de séjour pour raisons médicales. Aucun grief précis n'est formé à l'encontre de l'ordre de quitter le territoire de même date. [...] Le recours n'est dès lors pas recevable en ce qu'il est dirigé contre l'ordre de quitter le territoire ».

2.2. Lors de l'audience du 30 septembre 2025, interrogée sur l'exception d'irrecevabilité soulevée dans la note d'observations, la partie requérante estime que l'ordre de quitter le territoire est « par ricochet » également visé par les griefs dirigés contre la décision principale dès lors qu'il n'en est que l'accessoire.

2.3. En l'espèce, le Conseil observe que le caractère recevable du recours à l'encontre de l'ordre de quitter le territoire attaqué est lié au fond, de telle sorte que l'exception d'irrecevabilité soulevée à l'encontre de la seconde décision querellée ne peut être retenue.

En outre, dès lors qu'il n'est pas contesté que l'ordre de quitter le territoire apparait clairement comme l'accessoire de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, introduite sur base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, il convient de les traiter conjointement.

3. Exposé du moyen d'annulation.

3.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation de l'article 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 (ci-après : la CEDH), de l'article 4 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union, des articles 5 et 12 de la Directive 2008/115 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier (ci-après : la Directive 2008/115), des articles 7, 9^{ter}, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, 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), du « devoir de minutie », de « l'autorité de chose jugée de Votre arrêt 274.967 », ainsi que de « l'erreur manifeste d'appréciation ».

La partie requérante expose tout d'abord des considérations théoriques relatives à l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

3.2. A titre préliminaire, elle observe que « L'avis du médecin-conseil est contradictoire, en ce que, d'une part, il affirme qu'aucun nouveau document médical n'a été reçu depuis le dernier avis médecin rendu par l'Office des Étrangers (p. 2 de son avis), mais que d'autre part, il liste deux documents du 4 mars 2022. Par ailleurs, concernant le document Word du Dr [F.M.], contrairement à ce qu'affirme le médecin de l'OE, il existe bien des preuves que ce document émane du médecin rédacteur puisque rédigé le même jour que le certificat médical type (du 4 mars 2022), annexés à celui-ci et comprenant les coordonnées complète du médecin, ainsi que son numéro inami ».

3.3. La partie requérante prend un premier grief concernant la disponibilité des soins.

A titre principal, elle soutient que « comme déjà jugé illégal dans votre arrêt n°274.967, la décision consiste en une motivation par double référence : un rapport du médecin fonctionnaire, lequel renvoie lui-même à diverses requêtes MedCOI reproduites dans son avis ». Elle rappelle ensuite, successivement, plusieurs considérations théoriques relatives à la motivation par double référence.

Par ailleurs, elle relève que « le médecin de l'OE affirme que les médicaments et spécialistes suivants sont disponibles, sans que ceux-ci ne figurent dans les données MedCoi repris dans l'avis médical : la sitagliptine, la metformine, l'olmésartan, la gliclazide, le colécalciférol, appareil d'auomesure de la glycémie, cardiologue, interniste, endocrinologue, néphrologue, ophtalmologue, gynécologue. Ainsi, pour tous ces médicaments et suivis médicaux, le médecin de l'OE affirme de façon péremptoire qu'ils sont disponibles au Congo, sans même en apporter un début de preuve ».

Elle ajoute que « le médecin conseil indique que l'acide tranexamique n'est pas disponible en RDC, mais que la vitamine K est disponible, sans pour autant vérifier que ce médicament soit adapté à la requérante et,

partant, sans procéder à un examen concret et individuel de la situation de Madame [K.]. Le fait qu'il tente de trouver des solutions pour pallier à cette indisponibilité n'est pas de nature à atténuer le constat d'indisponibilité. En effet, il appartient au médecin fonctionnaire de se prononcer sur la disponibilité du traitement requis et non de fournir des pistes de solutions hypothétiques et non étayées en cas d'indisponibilité du traitement [...] ».

A titre subsidiaire, elle constate que « les auteurs de cette requête MedCOI ne sont pas renseignés, pas plus leurs qualifications et mérites que leurs sources » et expose qu'il « faudrait donc croire sur parole la partie adverse qui se base sur des rapports aux auteurs anonymes et aux sources non identifiées, alors que la requérante, dans sa demande, a cité et reproduit de multiples sources qui ne sont pas rencontrées par la décision. Les informations tirées de la base de données ne concernent pas personnellement la requérante et visent d'autres patients souffrant d'autres pathologies. Par ailleurs, pour plusieurs médicaments la source est « International SOS », une société dont le siège mondial est à Singapour, et qui propose des prestations aux entreprises qui opèrent à l'international. Ce ne sont donc pas les hôpitaux et pharmacies qui sont directement consultés, mais une société internationale non autrement identifiée ».

A titre plus subsidiaire, elle se réfère à la clause de non-responsabilité relative au projet MedCOI et fait valoir qu'il « ressort de cette clause que le projet MedCOI analyse la disponibilité des soins dans le pays d'origine uniquement sur base d'informations recueillies dans un seul et unique établissement de soins. Une telle information permet légitimement de douter du sérieux de cette étude supposée évaluer la disponibilité des soins à l'échelle nationale : le fait qu'un centre médical dispose des soins requis ne signifie pas que lesdits soins soient disponibles à l'échelle de la demande nationale et soient donc effectivement disponibles pour Madame [K.]. En l'espèce, il ressort précisément des données Medcoi que la disponibilité des soins nécessaires à Madame [K.] est analysée exclusivement au regard de la ville de Kinshasa, alors que Madame [K.] vient de Lubumbashi, qui se situe à 1567 kilomètres à vol d'oiseau ! La partie adverse reste donc en défaut de démontrer la disponibilité, ou, à tout le moins, l'accessibilité de soins nécessaires ».

3.4. La partie requérante prend un second grief concernant l'accessibilité des soins nécessaires au Congo.

Premièrement, elle relève que « le médecin-conseil mentionne le code du travail congolais, afin d'affirmer que l'employeur est tenu de fournir des soins médicaux au travailleur, alors que, d'après le certificat médical type transmis à la partie adverse, datant du 4 mars 2022, Madame [K.] est en incapacité de travailler ».

Deuxièmement, quant au renvoi fait par la partie défenderesse à des mutuelles en formation, elle estime que cela « confirme l'inaccessibilité des soins auprès des autorités congolaises : l'avis du médecin-conseil affirme la « volonté » de la RDC de « progresser vers la couverture santé universelle », ainsi que des lois théoriques prévoyant ces mutuelles de santé, sans que leur effectivement pratique ne soit démontrée. A titre d'exemple, l'avis médical cite la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa, qui remonte à 2016 (proposant « une solution solidaire »), sans que son effectivité actuelle ne soit démontrée. Le défendeur se basant sur des articles de presse, passablement anciens pour la plupart, qui constituent des sources d'autant moins fiables que leurs propres sources ne sont pas citées. La seule source relativement récente mobilisée par le médecin de l'Office est un article de 2023 qui s'intitule « *Enjeux et défis de couverture santé universelle en République Démocratique du Congo: Synthèse critique interprétative de la littérature* » ; si cet article affirme en effet la volonté des autorités congolaises à installer un système de mutualité, il affirme dès son introduction que la RDC « *peine à engranger des progrès significatifs* » et conclut par ceci : « *Cette étude sur la marche vers la couverture santé universelle en RDC montre une réelle volonté déclarée pour la CSU. Cette volonté, qui répond à une aspiration profonde des populations de la RDC à l'équité en santé, se heurte dans les faits à un cadre légal et organisationnel des dispositifs d'opérationnalisation et des pratiques des acteurs, qui sont en décalage avec cette volonté.* » Ainsi, la source-même mobilisée par l'OE confirme les lacunes au niveau de l'accessibilité des soins en RDC ».

Elle ajoute que le « BDOM œuvre à Kinshasa, à plusieurs milliers de kilomètres de Lubumbashi, et démontre une nouvelle fois les carences du système de mutuelles puisque que d'après l'avis du médecin-conseil, c'est cette aide, charitable, qui est identifiée comme un des meilleurs prestataires en termes de couverture territoriale ».

Troisièmement, elle relève que « le rapport du médecin-fonctionnaire indique que la requérante est arrivée sur le territoire belge munie d'un visa pour rendre visite à des proches, et que « *cela démontre que la requérante n'était pas dans une situation financière précaire au moment de son départ et qu'aucun élément concret ne démontre qu'elle le serait maintenant à son retour* ». Outre que ce visa date de 2010, une telle analyse n'entre absolument pas dans le champ des compétences du médecin-fonctionnaire ». Elle se réfère en ce sens à un arrêt n° 196 468 du Conseil.

Quatrièmement, quant à la circonstance selon laquelle elle a passé de nombreuses années en Belgique en séjour illégal, en pouvant néanmoins subvenir à ses besoins, elle affirme qu'« Outre qu'il s'agit de spéculations, qui sortent tout à fait du champ de son analyse médicale, les affirmations du médecin-conseil sont fausses. Madame [K.] n'a pu travailler que brièvement, lorsqu'elle était en possession d'une carte orange, puis elle a dû arrêter de travailler, faute d'attestation d'immatriculation lui permettant d'exercer une activité professionnelle et surtout, en raison de son état de santé : ce qui est confirmé par le certificat médical-type du 4 mars 2022, rédigé par son médecin (« elle est en incapacité de travailler »). Madame [K.] a vécu durant plusieurs années de la charité : elle percevait des repas de la part de la Croix-Rouge, ainsi que des vêtements, et elle bénéficiait d'une aide de la part de l'Eglise Baptiste de Liège. Sa famille ne l'a aidé que très ponctuellement. Par ailleurs, à partir de 2019, elle a bénéficié de l'aide du CPAS de Liège, suite à un jugement du Tribunal du travail de Liège, en application de la jurisprudence Abdida [...] ». De plus, elle souligne que « concernant le fait que la requérante aurait des personnes qui pourraient la soutenir en cas de retour au Congo, Votre Conseil a déjà jugé que le seul fait de mentionner la présence de la famille sans examiner sa situation financière et si elle est disposée à aider le demandeur ne suffit pas ».

Cinquièmement, quant aux informations contenues dans sa demande d'autorisation de séjour, elle relève que la partie défenderesse « soutient que ces informations ont un caractère général et ne concernent pas la requérante. Madame [K.] comprend mal pourquoi la référence à des informations dites « générales » ne suffirait pas pour permettre de conclure à l'inaccessibilité des soins médicaux nécessaires à sa survie au Congo, puisque le médecin adverse se base également sur des informations tout aussi générales pour tenter de démontrer le contraire. Votre Conseil a jugé que l'administration doit tenir compte tant des informations générales que de la situation personnelle de l'étranger dans son pays d'origine (CCE - arrêt n° 173.764 du 31 août 2016). Par conséquent, le médecin conseil ne peut se contenter d'opposer le caractère général des informations déposées par Madame [K.] à l'appui de sa demande 9ter pour ne pas les prendre en considération ».

Sixièmement, elle soutient que plusieurs sources décrivent les problèmes structurels existants au Congo. En ce sens, elle souligne que « Selon le rapport d'OSAR du 19 juin 2018, il n'existe pas de système d'assurance maladie publique et très peu de mutuelles en RDC. Un système de sécurité sociale existe mais ne bénéficie qu'aux travailleurs du secteur formel pour couvrir les risques professionnels ». Elle ajoute que « Le Country return Information de l'UNHCR explique les défaillances du système de sécurité sociale au Congo et leurs implications dans l'accès aux soins » et se réfère à un article du 15 juillet 2020 intitulé « Santé au temps du coronavirus : soutenons l'accès à la santé pour toutes et tous en RDC ».

Elle conclut en affirmant que « Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, les exigences de l'article 9ter ne sont nullement respectées en l'espèce: la partie adverse, qui a statué sur des informations hypothétiques, n'a pas démontré que Madame [K.] aura effectivement accès aux soins de santé requis dans le pays d'origine et ne motive pas correctement sa décision, en méconnaissance des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 ainsi que des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. L'ordre de quitter le territoire étant l'accessoire de cette celle-ci, le constat d'illégalité de la première décision entraîne l'illégalité de la seconde ».

4. Discussion.

4.1. Sur le moyen unique, le Conseil rappelle à titre liminaire que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat et du Conseil, l'exposé d'un « moyen de droit » requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par la décision attaquée (cf. notamment C.E., 8 novembre 2006, n° 164.482 et C.C.E., 29 mai 2008, n° 12 076).

Le Conseil constate en l'occurrence que, dans son moyen unique, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière les décisions attaquées violeraient l'article 3 de la CEDH, les articles 5 et 12 de la Directive 2008/115, les articles 7 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 et le devoir de minutie. Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions et de ce principe.

4.2.1. Sur le reste du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable lors de la prise du premier acte querellé :

« 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 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 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 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.

Il rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par le requérant. Elle 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. 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.

4.2.2. En l'occurrence, le Conseil observe que le premier acte entrepris est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 6 mars 2024, lequel indique, en substance, que la partie requérante souffre d'« Hypertension artérielle avec discrète dysfonction ventriculaire gauche et extrasystole (traitement par sotalol) Antécédent 'accident ischémique transitoire (pathologie non active) », d'« Adénome hypophysaire non sécrétant » d'un « Statu post myomectomie (07.05.2018) », d'une « Allergie oculaire », d'un « Angioedème » et de « Diabète (aucune précision, ni examen spécialisé joint) », affections 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.

4.3.1. S'agissant de l'examen de l'accessibilité des soins médicaux requis par la partie requérante, le Conseil observe que la première décision attaquée repose sur les conclusions du médecin de l'Office des étrangers, mentionnées dans l'avis médical daté du 6 mars 2024, joint à ladite décision, qui portent notamment que :

« L'article 178 du code du travail congolais stipule que, en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, l'employeur est tenu de fournir des soins médicaux au travailleur et à sa famille. Cet article répertorie inventorie les services de santé couverts, notamment: les soins médicaux, dentaires, chirurgicaux, les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, les frais de transport, les lunettes ainsi que les appareils d'orthopédie et de prothèse.

'La volonté pour la RDC de progresser vers la couverture santé universelle est fortement affirmée depuis plus d'une décennie.' Le pays a opté pour un système de protection sociale basé sur l'assurance maladie dans lequel les mutuelles de santé ont un rôle prépondérant. Le nombre de mutuelles de santé a considérablement augmenté au cours des quinze dernières années.

Le cadre légal des mutuelles de santé a été voté au parlement en 2017 et 2018 et des dispositifs d'opérationnalisation de la CSU ont été élaborés. La loi de 2017 prévoit une assurance maladie obligatoire pour toutes personnes pour lesquelles la cotisation peut être retenue à la source, et facultative pour les autres. Elle confie aux mutualités l'offre de soins de santé primaires préventifs et curatifs, de soins hospitaliers et produits pharmaceutiques et de soins spécialisés et dentaires. Il prévoit la prise en charge des soins médicaux par la méthode du tiers payant ou par l'assurance directe dans les établissements de soins des mutuelles. Les cotisations, le stage d'attente, le paquet de prestations de

santé et le taux de couverture varient d'une mutuelle à l'autre. Le prix des contributions peut osciller entre USD 5 et 52 par assuré. Un Conseil supérieur des mutuelles chargé de superviser l'ensemble a également été créé.

la Mutuelle de santé des quartiers populaires de Kinshasa créée en février 2016 propose une solution solidaire et préventive à la barrière financière d'accès aux soins de santé. D'autant plus que son objectif poursuivi est de faciliter l'accès financier aux soins de santé à ses membres ainsi qu'à leurs personnes à charge moyennant, de leur part, le versement régulier d'une cotisation. Près de 90% des problèmes de santé les plus fréquents y sont ainsi couverts. Les bénéficiaires de la MUSQUAP accèdent gratuitement aux soins de santé et les médicaments sont couverts. Les prestations couvertes (dans les centres de santé et hospitaliers et cliniques) par la MUSQUAP sont les consultations de médecine générale et spécialisée ; les examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie courants ; les hospitalisations de moins de 15 jours; les opérations de petite et moyenne chirurgie; les accouchements; les actes infirmiers; ainsi que les médicaments essentiels génériques. Précisons que la MUSQUAP ne nécessite pas d'exercer une activité professionnelle et est ouverte à « toute personne physique » en ordre de cotisation. La prise en charge varie entre 70 et 100% des frais en fonction de la formule choisie. Autre exemple, la mutuelle de santé KINCARE13 prend notamment en charge les consultations généralistes et spécialistes de même que les visites, les actes médicaux et la radiologie. Ainsi que les soins et honoraires hospitaliers, chambre, frais de séjour pour hospitalisation spécialisée. Elle s'adresse en outre « à tout le monde sans condition de revenu ». Le remboursement des frais de santé varie entre 50 à 80% en fonction de la formule souscrite. Le prix variant entre 3.8 euros à 13 euros pour un étudiant ou entre 7 et 23 euros pour une personne célibataire par exemple.

Notons que l'intéressée reste en défaut de démontrer qu'elle ne pourrait souscrire à une mutuelle de santé disponible dans son pays d'origine pour l'aider à faire face à ses frais de santé.

Si l'intéressée était dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées (ce qui n'est pas démontré), elle pourrait aussi s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), qui couvre notamment Kinshasa. Le BDOM a été créé en septembre 1978, pour répondre aux besoins de santé de la population des quartiers périphériques qui était confrontée aux problèmes d'inaccessibilité financière et géographique aux soins de santé. Le BDOM est identifié comme l'un des meilleurs prestataires de soins en terme de rapport entre la qualité offerte et les prix demandés et en terme de couverture territoriale. Le réseau du BDOM Kinshasa intervient dans la lutte contre certaines maladies telles que : le SIDA, le Paludisme, la Tuberculose, le Diabète, la Drépanocytose, le Rachitisme, les maladies cardio-vasculaires, les maladies mentales, la santé maternelle et infantile, la vaccination et le suivi de la croissance, la lutte contre les violences sexuelles et le planning familial.

Ajoutons que la requérante est arrivée légalement en Belgique avec un visa dans le cadre d'une visite à des proches à l'occasion d'un mariage, elle a ainsi pu financer le voyage coûteux vers la Belgique dans le cadre d'une visite familiale. Pour obtenir ses documents de voyage, elle a dû notamment démontrer sa capacité financière et souscrire à une assurances voyage. Cela démontre déjà que la requérante n'était pas dans une situation financière précaire au moment de son départ et aucun élément concret ne démontre qu'elle le serait maintenant à son retour.

Soulignons encore que l'intéressée est arrivée en Belgique en 2010 et qu'elle s'est maintenue sur le territoire jusqu'à aujourd'hui malgré l'absence d'autorisation de séjour. Force est de constater qu'elle a passé de nombreuses années en Belgique en séjour illégal (c'est-à-dire, hors Attestation d'Immatriculation de 2012 à 2016 puis de 2017 à fin 2022) et elle a pu néanmoins se loger, subvenir à ses besoins et se soigner sans aide de l'état jusqu'en 2019 où elle aurait obtenu une aide sociale. Ceci démontre qu'elle a pu travailler et/ou qu'elle a été soutenue financièrement par des proches pendant de nombreuses années. Il est d'ailleurs indiqué dans la demande 9bis de la requérante introduite en 2013, sa volonté de travailler comme aide-soignante mais aussi que c'est sa famille proche qui pourvoit à tous ses besoins et l'aide financièrement. Par conséquent, rien n'indique que la requérante ne pourrait pas travailler dans son pays d'origine (aucune attestation récente établie par un médecin compétent en la matière fournie) ou se faire aider par des proches de la même manière que lors de son séjour en Belgique. Ses déclarations faites lors de la demande d'asile montrent d'ailleurs qu'elle a aussi de la famille au Congo : 3 enfants majeurs, plusieurs frères et sœurs, ses parents. Et confirme aussi la présence de famille proche en Belgique et au Luxembourg (sœur, oncle et tante). Toutes ces personnes pourraient ainsi lui apporter un soutien lors de son retour dans le pays d'origine notamment par transferts bancaires à distance concernant la famille en Belgique. On ne comprend dès lors par pourquoi la requérante ne pourrait pas compter sur des proches comme l'indique de manière péremptoire son conseil dans la requête.

Par ailleurs, le conseil de l'intéressée apporte différents documents en vue de démontrer d'hypothétiques difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine (pièces 3 à 11 en annexe à la demande 9ter). Il évoque d'abord « la situation générale prévalant en RDC » soulignant la pauvreté du pays, qu'il y aurait un appauvrissement des familles à cause des frais de soins de santé, que les soins seraient de qualité moindre, que peu de personnes auraient accès aux soins. Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). 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 cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Il lui appartenait de corroborer ses allégations en associant, aux documents qui décrivent la situation générale qu'elle invoque, d'autres éléments concrets reliant son cas individuel à cette situation générale (CCE n°254 725 du 20.05.2021). Quod non.

Son conseil aborde ensuite les « besoins spécifiques » de la requérante mettant en exergue le coût des consultations en cardiologie, de la chimio et radiothérapie.

Notons à ce propos que la requérante ne nécessite pas actuellement de traitement à base de chimio ou radiothérapie, dès lors les considérations sur le coût de ces soins n'est pas pertinent. En outre, concernant le coût des consultations en cardiologie, le rapport indique que pour une majorité de Congolais ce coût ne peut être pris en charge. Son conseil ne précise pas en quoi précisément sa cliente ne pourrait pas accéder à ses soins si ce n'est qu'elle ne pourrait pas travailler (ce qui n'est nullement attesté par une attestation médicale récente établie par un médecin compétent en la matière) et qu'elle n'aurait pas de proches pour l'aider (ce qui n'est pas la réalité comme nous l'avons montré factuellement). Il n'est ainsi pas démontré que la situation spécifique de la requérante, au regard de sa capacité à travailler et de l'aide qui peut être apportée par sa famille proche, ferait en sorte qu'elle serait comme la majorité des Congolais ne pouvant que difficilement consulter en cardiologie. Rappelons enfin qu'il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Ce qui est le cas en l'espèce.

Il n'en reste pas moins que la requérante peut prétendre à un traitement médical au Congo (R.D.). Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire Bensaid c. Royaume Unis du 06 février 2001, §38).

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, il est permis de conclure que les soins sont accessibles au pays d'origine ».

Le Conseil estime toutefois, à l'instar de la partie requérante, que ces éléments ne démontrent pas, à suffisance, l'accessibilité des soins et suivis requis par l'état de santé de la requérante, dans son pays d'origine.

4.3.2. Sur l'ensemble de l'examen relatif à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le Conseil constate, à la suite de la partie requérante, qu'il ressort du certificat médical type du 4 mars 2022, repris par le fonctionnaire médecin dans le cadre de l'historique clinique, que la requérante « *est en incapacité de travailler et subvenir à ses besoin[s] vit[aux]* ». Or il ne ressort nullement de l'avis susmentionné que le fonctionnaire médecin ait entendu prendre en considération l'incapacité de travailler de la partie requérante mentionnée dans le certificat médical type du 4 mars 2022.

Au vu de ce qui précède, le Conseil n'aperçoit pas la pertinence du renvoi fait à l'article 178 du Code du travail congolais, le fonctionnaire médecin indiquant à cet égard que :

« L'article 178 du code du travail congolais stipule que, en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, l'employeur est tenu de fournir des soins médicaux au travailleur et à sa famille. Cet article répertorie inventorie les services de santé couverts, notamment: les soins médicaux, dentaires, chirurgicaux, les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, les frais de transport, les lunettes ainsi que les appareils d'orthopédie et de prothèse » (le Conseil souligne).

A défaut de prise en considération de l'incapacité à travailler de la partie requérante, la référence aux différentes mutuelles n'apparaît pas davantage pertinente. En effet, la prise en charge garantie par celles-ci est conditionnée au paiement d'une cotisation, alors même que la partie défenderesse reste en défaut de contester la circonstance selon laquelle la partie requérante n'est pas en mesure de travailler au vu de son âge et de son état de santé.

Concernant le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales, ce dernier sollicite le paiement d'une cotisation afin de pouvoir accéder à ses services de sorte que rien ne permet de s'assurer, quant au traitement nécessaire pour les pathologies de la partie requérante, que cette dernière pourra y avoir accès, aucune certitude ne ressortant de l'avis du fonctionnaire médecin.

4.3.3. Quant à la circonstance selon laquelle « *Le cadre légal des mutuelles de santé a été voté au parlement en 2017 et 2018 et des dispositifs d'opérationnalisation de la CSU ont été élaborés* », le Conseil constate que la source à laquelle se réfère la partie défenderesse ne donne aucune information sur la couverture des soins requis par l'état de santé de la partie requérante. En effet, les documents auxquels le fonctionnaire médecin se réfère dans son avis médical ne permettent pas de déterminer, concrètement, si la partie requérante pourrait s'affilier à une des mutuelles en République démocratique du Congo, le cas échéant, à quelles conditions elle le pourrait et quels frais pourraient être couverts.

4.3.4. Quant au motif de l'avis médical selon lequel « *la requérante est arrivée légalement en Belgique avec un visa dans le cadre d'une visite à des proches à l'occasion d'un mariage, elle a ainsi pu financer le voyage coûteux vers la Belgique dans le cadre d'une visite familiale. Pour obtenir ses documents de voyage, elle a dû notamment démontrer sa capacité financière et souscrire à une assurances voyage. Cela démontre déjà que la requérante n'était pas dans une situation financière précaire au moment de son départ et aucun élément concret ne démontre qu'elle le serait maintenant à son retour* », force est de constater, à l'instar de la partie requérante, que ce motif ne saurait suffire à démontrer l'accessibilité économique des soins requis à défaut d'un examen sérieux du coût, au regard du système de santé au pays d'origine, des traitements et suivis nécessaires à la requérante. En effet, l'obtention d'informations sur les revenus d'un étranger ne peut avoir de sens que si ces renseignements sont mis en corrélation avec les dépenses auxquelles il serait confronté dans son pays d'origine pour avoir accès aux soins de santé requis, afin d'en vérifier l'accessibilité effective. En tout état de cause, le Conseil ne peut que s'interroger sur la pertinence de la référence faite à une demande de visa datant de 2009, la situation de la partie requérante étant susceptible, plus que plausiblement, d'avoir évolué depuis lors.

En ce que le fonctionnaire médecin indique par ailleurs que « *l'intéressée est arrivée en Belgique en 2010 et qu'elle s'est maintenue sur le territoire jusqu'à aujourd'hui malgré l'absence d'autorisation de séjour. Force est de constater qu'elle a passé de nombreuses années en Belgique en séjour illégal (c'est-à-dire, hors Attestation d'Immatriculation de 2012 à 2016 puis de 2017 à fin 2022) et elle a pu néanmoins se loger, subvenir à ses besoins et se soigner sans aide de l'état jusqu'en 2019 où elle aurait obtenu une aide sociale. Ceci démontre qu'elle a pu travailler et/ou qu'elle a été soutenue financièrement par des proches pendant de nombreuses années. Il est d'ailleurs indiqué dans la demande 9bis de la requérante introduite en 2013, sa volonté de travailler comme aide-soignante mais aussi que c'est sa famille proche qui pourvoit à tous ses besoins et l'aide financièrement. Par conséquent, rien n'indique que la requérante ne pourrait pas travailler dans son pays d'origine (aucune attestation récente établie par un médecin compétent en la matière fournie) ou se faire aider par des proches de la même manière que lors de son séjour en Belgique. [...]* », le Conseil rappelle une nouvelle fois, renvoyant au point 4.3.2. ci-avant, qu'il ressort du certificat médical type du 4 mars 2022 que le médecin de la partie requérante a fait part de son incapacité à travailler et, ainsi, à subvenir à ses besoins vitaux. En termes de requête, la partie requérante soutient en outre qu'elle « *n'a pu travailler que brièvement, lorsqu'elle était en possession d'une carte orange, puis elle a dû arrêter de travailler, faute d'attestation d'immatriculation lui permettant d'exercer une activité professionnelle et surtout, en raison de son état de santé* ». A cet égard, le Conseil observe que l'indication selon laquelle « *elle a pu néanmoins se loger, subvenir à ses besoins et se soigner sans aide de l'état jusqu'en 2019 où elle aurait obtenu une aide sociale. Ceci démontre qu'elle a pu travailler [...]* » apparaît en effet pour le moins contradictoire au vu du constat, fait par le fonctionnaire médecin, selon lequel « *elle a passé de nombreuses années en Belgique en séjour illégal (c'est-à-dire, hors Attestation d'Immatriculation de 2012 à 2016 puis de 2017 à fin 2022)* ». Force est également de constater qu'en indiquant qu'« *elle a pu néanmoins se loger, subvenir à ses besoins et se soigner sans aide de l'état jusqu'en 2019 où elle aurait obtenu une aide sociale* », le fonctionnaire médecin reconnaît que la partie requérante bénéficie de l'aide du CPAS depuis 2019, soit cinq ans avant la prise de la décision attaquée, ce qui est confirmée par la partie requérante en termes de requête.

En tout état de cause, la référence à la solidarité familiale ne peut suffire à établir l'accessibilité concrète des traitements et suivi nécessaires à la partie requérante au pays d'origine, à défaut d'un examen sérieux de leur coût, au regard du système de santé au pays d'origine. Un tel motif, à l'aune de l'analyse d'une demande de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, et dans le cadre de laquelle il n'est pas contesté que la partie requérante souffre d'une maladie grave et dont il faut déterminer si les soins sont disponibles et accessibles au pays d'origine afin d'écarter que cette maladie n'entraîne un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant, ne saurait être considéré comme raisonnable et adéquat en l'espèce dès lors qu'il s'agit notamment d'écarter un risque de traitement contraire à l'article 3 de la CEDH.

4.3.5. Il résulte de ce qui précède que la partie défenderesse reste en défaut de démontrer, dans le cas d'espèce, que le traitement adéquat à l'état de santé de la partie requérante est accessible au pays d'origine, violant ainsi l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980.

4.4. L'argumentation de la partie défenderesse, développée en termes de note d'observation, n'est pas de nature à énerver les constats qui précèdent.

Pour le surplus, l'argumentation selon laquelle « *En ce que la partie requérante reproche au médecin fonctionnaire de mentionner le code du travail congolais, afin d'affirmer que l'employeur est tenu de fournir des soins médicaux au travailleur, alors que, d'après le certificat médical type datant du 4 mars 2022, elle est en incapacité de travailler, relevons que le certificat médical précité ne définit pas de durée à son incapacité de travail* », constitue manifestement une tentative de motivation *a posteriori* qui aurait dû figurer dans la décision litigieuse, et ne saurait dès lors renverser les constats qui précèdent.

4.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique est, à cet égard, fondé et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4.6. Le premier acte litigieux étant annulé par le présent arrêt, la demande d'autorisation de séjour est à nouveau pendante et requiert qu'une suite lui soit donnée.

Dès lors, pour la clarté dans les relations juridiques et donc pour la sécurité juridique, il est approprié de retirer de l'ordonnancement juridique l'ordre de quitter le territoire attaqué. En effet, celui-ci a été pris, sinon en exécution de la décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi précitée du 15 décembre 1980, prise le même jour, en tout cas dans un lien de dépendance étroit et ce indépendamment de la question de la légalité de ce dernier au moment où il a été pris.

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.

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

Article 1^{er}.

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 8 mars 2024, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente octobre deux mille vingt-cinq par :

E. MAERTENS, présidente de chambre,

A. IGREK, greffier.

Le greffier, La présidente,

A. IGREK

E. MAERTENS