

## Arrêt

**n° 343 467 du 25 mars 2026**  
**dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître E. MAGNETTE**  
**Rue de l'Emulation 32**  
**1070 BRUXELLES**

**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**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 4 juin 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 23 avril 2024.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 5 février 2026 convoquant les parties à l'audience du 11 mars 2026.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me M.-C. KUZEKEMENA -MATADI *loco* Me E. MAGNETTE, avocate, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. VAN HAELEN *loco* Me F. MOTULSKY, avocate, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

Le requérant a déclaré être arrivé en Belgique le 28 mai 2022. Le 2 juin 2022, il a introduit une demande de protection internationale. Le 15 juillet 2022, il a été auditionné par les services de la partie défenderesse. Le 1<sup>er</sup> septembre 2022, cette dernière a sollicité auprès de la France la prise en charge du requérant par les autorités françaises. Le 31 octobre 2022, la France a accepté cette demande. Le 21 novembre 2022, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire (annexe 26quater). A une date indéterminée, la Belgique est devenue responsable de la demande de protection internationale du requérant, de sorte que le recours introduit à l'encontre de la décision prise le 21 novembre 2022 a été rejeté par le Conseil de céans dans un arrêt n° 290 999 du 27 juin 2023. Le 23 septembre 2024, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides a pris une décision de refus de statut de réfugié et de refus de statut de protection subsidiaire. Cette décision a été annulée par le Conseil de céans dans un arrêt n° 321 028 du 31 janvier 2025.

Par un courrier du 13 octobre 2023, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après « la loi du 15 décembre 1980 »). Le 23 avril 2024, la partie défenderesse a pris une décision déclarant cette demande non fondée à l'encontre du requérant. Cette décision, qui a été notifiée à la partie requérante le 7 mai 2024, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Motifs :

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.

Monsieur [O.L.O.M.] a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9 ter en raison de son état de santé qui, selon lui, entraînerait un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour.

Dans son avis médical du 22.04.2024 (remis au requérant sous pli fermé en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE affirme que les soins médicaux et le suivi requis sont disponibles au pays d'origine et que ces derniers y sont également accessibles. Le médecin de l'OE poursuit que l'état de santé de l'intéressé ne l'empêche pas de voyager et qu'un retour au pays d'origine est possible.

Dès lors,

- 1) Il n'apparaît pas que l'intéressé 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'intéressé 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 il séjourne.

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...).

## **2. Exposé du premier moyen d'annulation**

La partie requérante prend un premier moyen, tiré de la violation « des articles 9ter §1er et 62 de la loi du 15/12/1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers [(ci-après « la loi du 15 décembre 1980 »)] ; de l'erreur manifeste d'appréciation ; des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 portant obligation des motivations des actes administratifs ; du principe de bonne administration, en particulier le devoir de soin et de minutie ».

Dans une première branche, intitulée « quant aux pathologies actives - violation de l'article 9ter – motivation insuffisante – erreur manifeste d'appréciation », la partie requérante souligne qu'« il apparaît que le médecin-fonctionnaire, dans son avis dit « médical », omet de prendre en considération plusieurs pathologies, pourtant énumérées dans le certificat médical type complété par le [Dr P.] le 01.09.2023, à savoir : 1) le bloc de branche gauche ; 2) l'hyperuricémie, 3) l'hématurie, 4) l'insuffisance rénale, 5) l'œdème des membres inférieurs avec infections chroniques ; 6) le pied d'athlète avec complications chroniques ; pour ne prendre en considération que l'hypertension, le diabète type II ; l'hypertrophie prostatique et le PTSD (qu'il considère peu documenté) ». Elle précise que « le médecin prescripteur du requérant a considéré toutes les pathologies comme actives et a pris le soin de préciser qu'il existait 'un risque mortel en cas de non prise en charge des infections cutanées, difficile à traiter dans un contexte de risque cardiovasculaire élevé associé à une insuffisance rénale et des problèmes urologiques' et un 'risque de décompensation cardiaque si épisode de stress aigu' [...], le médecin-fonctionnaire de la partie adverse considère que « les divers traitements locaux concernent des problèmes qui ne sont plus actifs ; qui plus est, la plupart ne sont pas des

médicaments ». Ainsi, il omet de citer dans la rubrique « pathologies actives » six pathologies pourtant énumérées dans le certificat médical type et n'en cherche pas la disponibilité ni l'accessibilité des traitements. Or, il n'appartient pas au médecin fonctionnaire de substituer son avis médical à celui du médecin du requérant, qui l'a examiné et connaît l'ensemble du dossier médical. L'article 9 ter n'exige pas du médecin prescripteur qu'il motive ses choix thérapeutiques. En mettant de côté plusieurs pathologies et traitements y afférents, le médecin-fonctionnaire viole les articles 124 et 126 du Code de déontologie médicale, et la loi du 22 août 2002 en ces articles 5 et 11 ». La partie requérante énonce des considérations jurisprudentielles sur l'obligation de motivation, les principes de bonne administration et la portée de l'analyse des médecins-conseils de la partie défenderesse et estime que « la partie adverse, en se ralliant à l'avis de son médecin-fonctionnaire a d'une part, tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et a donné desdits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation, d'autre part, manqué à son devoir de bonne administration, qui l'enjoint de prendre en considération l'ensemble des éléments du dossier ».

Dans une deuxième branche, intitulée « quant à la disponibilité et accessibilité des soins – motivation insuffisante – erreur manifeste d'appréciation », la partie requérante rappelle que « dans sa demande d'autorisation de séjour, le requérant avait déposé et/ou cité de nombreux documents émanant de sources variées dont la fiabilité n'est pas à démontrer (MONUSCO, OMS, MSF, ULB) qui attestaient de l'indisponibilité et l'inaccessibilité des soins en RDC ». Elle souligne que « votre Conseil rappelle régulièrement que le fonctionnaire médecin exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine et qu'il en résulte que la charge de la preuve, en ce qui concerne l'accessibilité d'un traitement adéquat dans le pays d'origine, ne pèse pas exclusivement sur le demandeur (en ce sens, CE, ordonnance n°12.768 du 27 mars 2018) ». La partie requérante estime que « pour sa part, la partie adverse s'appuie exclusivement sur des extraits de MedCOI datant du 04.11.2021 (pour le Candesartan), du 21.06.2022 (pour l'alprazolam) ; du 01.08.2022 (pour le Gliclazide) ; du 12.08.22 (pour le Lercanidipine) et du 22.08.22 (pour le suivi psychologique) pour conclure que les traitements nécessaires au requérant seraient disponibles. Il en résulte que les requête MedCOI, datant de plus de 2 ans, ne peuvent être considérées comme suffisantes et pertinentes pour soutenir que les traitements médicaux requis seraient effectivement disponibles et accessibles au pays d'origine, de sorte que la partie défenderesse ne pouvait valablement considérer, en se basant sur le rapport du médecin fonctionnaire, que les médicaments requis sont accessibles au pays d'origine ». Elle ajoute que « la partie adverse n'expose pas les raisons pour lesquelles les informations contenues dans le rapport qu'elle cite devraient prévaloir au détriment des documents déposés par le requérant. Dès lors, en choisissant certaines informations en passant sous silence d'autres plus pertinentes et plus récentes, la partie adverse a donné des faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation et contrevient à son devoir de bonne administration, qui lui enjoint de prendre en considération l'ensemble des éléments du dossier. Dès lors, elle a porté atteinte aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ». La partie requérante ajoute que « concernant la disponibilité, le médecin-fonctionnaire de la partie adverse, s'essayant au droit administratif, cite un arrêt du Conseil d'Etat n° 246 381 pour considérer que les sources MedCoid ne pourraient pas être contestées. Cependant, cet arrêt n'est pas joint à la décision attaquée, et n'est pas publié sur le site du Conseil d'Etat de sorte que la partie adverse ne pouvait y faire référence, sans violer les principes généraux des droits de la défense et de l'égalité des armes ».

Dans une troisième branche, intitulée « quant à l'accessibilité – erreur manifeste d'appréciation – violation du devoir de bonne administration, en particulier de soin et de minutie », la partie requérante précise que « la partie adverse estime que les documents déposés par le requérant ont un caractère général et ne permettraient donc pas d'établir qu'il n'aurait pas accès aux soins adéquats. Elle cite ensuite des informations à caractère général pour conclure à l'accessibilité effective, soulignant notamment que 'la volonté de progresser vers la couverture santé universelle est fortement affirmée depuis plus d'une décennie', citant des exemples de mutuelle qui se créent en RDC. Elle se réfère ensuite au fait que le requérant a pu voyager jusqu'en Belgique avec un visa Schengen et a un frère vivant en Belgique, pour conclure qu'il disposerait de moyens financiers en suffisance ». Elle considère que « force est à nouveau de constater que les informations générales citées par la partie adverse ne sont ni plus récentes ni plus pertinentes que celles citées par le requérant, conduisant à l'inaccessibilité des soins. Dès lors que la partie adverse n'expose pas les raisons pour lesquelles les informations contenues dans les rapports qu'elle cite devraient prévaloir sur les documents déposés par le requérant, la partie adverse contrevient à son devoir de bonne administration, qui lui enjoint de prendre en considération l'ensemble des éléments du dossier ». La partie requérante poursuit : « relevons qu'alors qu'il est arrivé le 28.05.22, il a bénéficié d'une prise en charge médicale rapide et a eu notamment les RDV médicaux suivants : 09.06.22, 4.07.22 0607.22 ; 08.07.22 ; 20.07.22 ; 03.08.22 ; 05.08.22 ; 0508.08.22 ; 25.078.22 ; 09.09.22 ; 2209.22 ; 23.09.22 ; 04.10.22 ; 11.10.22 ; 13.10.22 ; 27.10.22 ; 02.11.22 ; 10.11.22 ; 15.11.22 ; 18.11.22 ; 24.11.22 ; 16.12.22 ; 25.01.23 ; 02.01.23 ; 09.02.23 ; 25.01.23 ; 03.02.23 ; 22.03.23 ; 30.03.23 (voir liste des RDV médicaux, déposés à l'appui de la demande 9 ter). Il a par ailleurs été hospitalisé en août 22 (en dermatologie) ; en juillet 22 (en cardiologie) ; en octobre 2022 (en urologie) ; du 30.12.22 à janvier 2023 (en médecine interne) ». Elle estime que « ces nombreux RDV médicaux, dès son arrivée en Belgique, tendent à prouver qu'il n'avait effectivement pas

accès aux soins de santé en RDC (ou au Gabon où il résidait). In fine, il apparaît que la partie adverse s'est référée à des informations générales, sans tenir compte de la situation particulière et individuelle du requérant et ne fournit aucune garantie que le requérant aurait, en cas de retour au pays d'origine, un accès effectif aux soins nécessaires. En se fondant sur un avis médical incomplet au regard des informations fournies par le requérant, la partie adverse a méconnu tant le devoir de minutie que son obligation de motivation formelle ».

La partie requérante prend un second moyen, tiré de la violation « de l'article 3 de la [Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après « CEDH »)] ; de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle résulte des article 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ; et de l'erreur manifeste d'appréciation ».

La partie requérante énonce des considérations théoriques et jurisprudentielles concernant l'article 3 de la CEDH et précise qu' « en l'espèce, le requérant souffre de diverses pathologies et a besoin d'un traitement à vie dont l'arrêt 'pourrait mener à une dégradation rapide et multifactorielle de la santé avec un risque mortel en cas de non prise en charge des infections cutanées, difficiles à traiter dans un contexte de risque cardio-vasculaire élevé associé à une insuffisance rénale et des problèmes urologiques'. Le médecin prescripteur précise encore un risque de 'décompensation générale dermatologique, cardiaque et rénale s'il est de soumis à de nouveaux épisodes de stress intense' ; le système de soins de santé demeure sous-financé en RDC. Il nécessite un suivi régulier et stable ». Elle souligne que « l'OMS prévenait que les médicaments essentiels (Insuline, Metformine, Sulfonylurée) étaient 'généralement pas disponibles' ; un rapport publié en juin 2018 par l'association Asylos expose de nombreuses sources qui confirment l'indisponibilité des traitements du diabète et de l'hypertension ; l'ONG Care publie que 'La mortalité (...) est particulièrement élevée en raison des conditions de vie difficiles et du manque d'accès aux services de santé adéquats : les populations sont confrontées au manque d'infrastructures, de médicaments, et de personnel de santé qualifié et formé' ; MSF informe également des très grandes difficultés sanitaires, tant sur le plan de l'approvisionnement des médicaments qui sur la disponibilité des médecins et sur l'accessibilité effective des patients et l'Université Libre de Bruxelles publie également au sujet de 'La mauvaise gouvernance dans les systèmes pharmaceutiques » qui « contribuent aux écarts d'accès aux médicaments' ». La partie requérante en conclut qu' « au vu de ces informations, le requérant fait valoir que la décision attaquée, comporte un risque sérieux qu'il soit exposé à des mauvais traitements au regard de son état de santé ».

### **3. Discussion**

3.1. Sur le premier moyen, le Conseil rappelle que l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« 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. »

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (voir CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

Concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent

pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, nos 229.072 et 229.073).

Le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci 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. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur un avis du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 22 avril 2024, établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite le 13 octobre 2023, et dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'

« Hypertension essentielle ;  
Diabète type II ;  
Hypertrophie bénigne prostatique ;  
Notion peu documentée de stress post-traumatique (PTSD). »

et que le traitement de ce dernier se compose de

« Atacand (= Candesartan) ;  
Uni Diamicron (=Gliclazide) ;  
Zanidip (= Lercanidipine) ;  
Alprazolam (= dénomination commune internationale) ;  
Divers traitements locaux notamment des crèmes hydratantes ou à base d'antimycotiques.

Notons ici que les divers traitements locaux concernent des problèmes qui ne sont plus actifs ; plus est, la plupart ne sont pas des médicaments. Dès lors, leur disponibilité au pays de retour ne sera pas recherchée ; »

3.2. Dans sa requête, la partie requérante reproche notamment au médecin-conseil de la partie défenderesse d'avoir omis de prendre en compte « plusieurs pathologies, pourtant énumérées dans le certificat médical type complété par le Dr. [P.] le 01.09.2023 », entre autres, « l'hyperuricémie », « l'hématurie » et « l'insuffisance rénale ».

3.3. A cet égard, le Conseil observe que dans son certificat médical type du 1<sup>er</sup> septembre 2023, le Docteur P. indiquait que le requérant a souffert d'une « hématurie macroscopique en octobre 2022 avec globe urinaire sur hypertrophie prostatique », précisant qu'un « suivi urologique [est] en cours ». Le Conseil note également que la gravité de l'hématurie du requérant est notée « 7/10 » par le Docteur P., l'hyperuricémie étant quant à elle notée « 6/10 ».

Le Conseil relève que dans son avis médical du 22 avril 2024, le médecin-conseil de la partie requérante ne reprend nullement l'existence des pathologies susvisées, et n'analyse par conséquent que la disponibilité au pays d'origine d'un suivi en endocrinologie, cardiologie et psychologie. Or, le Conseil constate que si le

médecin-conseil de la partie défenderesse s'explique dans son avis médical sur les raisons qui le poussent à ne pas analyser la disponibilité des « divers traitement locaux » prescrits au requérant, il s'abstient de justifier l'absence d'une analyse d'un suivi en urologie, pourtant nécessaire au traitement des pathologies dont souffre le requérant.

Partant, le Conseil constate que la motivation de la décision attaquée, qui se fonde sur cet avis médical du médecin-conseil de la partie défenderesse, est insuffisante à cet égard.

3.4. Les observations formulées dans la note d'observations ne sont pas de nature à énerver les considérations qui précèdent, cette dernière estimant que la partie requérante confond les pathologies actuelles et anciennes du requérant et considérant que « le requérant ne démontre pas que le médecin conseil de la partie adverse aurait opéré une confusion quant aux besoins thérapeutiques du requérant, sous l'angle des traitements actifs actuels », ce qui a été contredit par les constats posés ci-avant.

3.5. Le premier moyen est, dans cette mesure, fondé et suffit à justifier l'annulation de la décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres développements de la requête qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

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

**Article unique**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 23 avril 2024, est annulée.

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

J.-C. WERENNE,

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

A. KESTEMONT,

greffière.

La greffière,

Le président,

A. KESTEMONT

J.-C. WERENNE