Conseil du Contentieux des Etrangers

Arrêt

n°352 724 du 8 septembre 2026
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître F. JACOBS
Avenue de la Couronne, 88
1050 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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA VIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 29 août 2024, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision de refus de prolongation de son autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 25 avril 2023 et notifiés le 30 juillet 2024.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 23 septembre 2024 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 9 juin 2026 convoquant les parties à l'audience du 25 août 2026.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. HAEGEMAN *loco* Me F. JACOBS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS *loco* Me C. PIRONT, 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 1er avril 2018 et a été autorisée au séjour jusqu'au 3 mai 2018.

1.2. Le 26 avril 2018, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée fondée. Le 5 juillet 2018, elle a alors été mise en possession d'un certificat d'inscription aux registres des étrangers valable jusqu'au 5 septembre 2019.

1.3. Le 2 août 2019, elle a introduit une demande de prolongation de son autorisation de séjour, laquelle a fait l'objet le 25 septembre 2019 d'une décision de rejet, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 236 087 prononcé le 28 mai 2020, le Conseil a annulé ces actes. Le 11 juin 2020, la partie

défenderesse a pris à nouveau une décision de rejet, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 260 318 du 7 septembre 2021, le Conseil a annulé ces actes.

1.4. Le 4 avril 2023, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un nouvel avis médical.

1.5. En date du 25 avril 2023, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une nouvelle décision rejetant la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« *MOTIF:*

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la prolongation du 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.

Le médecin de l'Office des Étrangers (O.E.), compétent pour l'appréciation des problèmes de santé invoqués et des possibilités de traitement dans le pays d'origine a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine

Dans son avis médical rendu le 04.04.2023, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'O.E. indique que la requérante est maintenant en état clinique de guérison depuis 5 ans après le traitement ce qui constitue un changement radical et durable de son état de santé. Il ajoute que les suivis spécialisés encore nécessaires sont disponibles et accessibles.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n' y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

Etant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980) ; qu'il a été vérifié si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire.

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus 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.

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

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…).

Veuillez procéder au retrait du Certificat d'Inscription dans le Registre des Etrangers, délivré à l'intéressée et veuillez radier l'intéressée du Registre des Etrangers pour perte de droit au séjour ».

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

« *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:

En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 25.04.2023.

Si vous ne donnez pas suite à cet ordre de quitter le territoire dans le délai imparti, ou si cet ordre n'est pas prolongé sur instruction de l'Office des Étrangers, les services de police compétents peuvent se rendre à votre adresse. Ils pourront alors contrôler et déterminer si vous êtes effectivement parti[e] dès l'expiration du délai de l'ordre de quitter le territoire ou de sa prolongation. Si vous séjournez toujours à cette adresse, cela peut entraîner un transfert au commissariat de police et une détention en vue d'un éloignement ».

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. La partie requérante prend un « *Moyen unique tiré de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation :*
- des articles 9 ter, 13 et 62, 74/13 de la [Loi] ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- de l'article 9 de l'arrêté royal du 17.05.2017 relatif aux modalités d'exécution de la loi du 15.12.2006 modifiant la [Loi] ;
- de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;
- des principes de bonne administration et plus particulièrement du principe de minutie, de prudence et de précaution, et de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause ».

2.2. Elle argumente « *quant au caractère radical et durable du changement de circonstances L'article 9ter de la [Loi] dispose, en son §1er, alinéa 1er : « 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 » Le cinquième alinéa de ce paragraphe dispose ce qui suit : « 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. » L'article 9 de l'arrêté royal du 17.05.2017, sur lequel se fonde notamment la décision attaquée est, quant à lui, rédigé comme suit : « L'étranger qui a été autorisé à un séjour limité sur la base de l'article 9ter de la loi, est censé ne plus satisfaire aux conditions requises pour son séjour au sens de l'article 13, § 3, 2°, de la loi, si les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire. Pour ce faire, il faut vérifier si le changement de ces circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire. » La lecture de l'avis du 04.04.2023 établi qinon* [sic] *du moins signé par le docteur [D.S.] apprend que le médecin conseil estime la partie requérante en « état clinique de guérison » , et ce à plusieurs reprises ; Cfr Rappelons que la requérante a été soignée avec succès en Belgique et qu'elle se trouve dans un état clinique de guérison depuis près de 5 ans après le traitement. De plus, pour cette pathologie, elle ne nécessite à l'heure actuelle plus qu'un suivi gynécologique et des mammographies régulières. … . En effet, les documents apportés ne font pas état de difficultés particulières quant au suivi post[-]guérison en RDC mais bien concernant le diagnostic et le traitement par manque de matériel et de moyens …. La requérante se trouve dans un état clinique de guérison depuis près de 5 ans après le traitement, ce qui constitue un changement radical et durable de son état de santé. Force est de constater que cette conclusion péremptoire, repose sur une méconnaissance et un défaut de prise en considération de l'ensemble des éléments soumis à son appréciation. En effet, la partie requérante a été opérée le 08.05.2018 [pour une] quadrantectomie du sein droit avec curetage axillaire et des ganglions métastatiques ont été détectés. Que cette opération a été suivie de 9 mois de chimiothérapie et de radiothérapie. Ce qui amène à une fin de traitement chimio et radi[o]thérapie au plus tôt au printemps 2019. Que si l'on considère , ratio tempore, que le médecin conseil vante un [é]tat clinique de guérison acquise « de 5 ans après la fin du traitement » cela porte au printemps de l'année 2024 et non au printemps de l'année 2023, période à laquelle le médecin conseil de l'OE a rendu son avis, soit le 05.04.2023. A la date de l'émission de l'avis du médecin conseil de l'OE, [s]euls 4 ans étaient acquis et non 5 ans . L'avis du 04.04.2023 du médecin conseil de l'OE auquel la première décision réfère exclusivement mais également intégralement, repose dès lors sur une erreur manifeste et flagrante d'appréciation des éléments soumis à son appréciation, puisqu'il comporte une erreur d'un an. Qu'une erreur d'un an est significative dans l'absolu mais qu'elle revêt une importance tout à fait précise lorsque comme en l'espèce, l'appréciation de la possibilité de ne pas prolonger le séjour de la requérante accordé dans le cadre de l'article 9 ter de la [Loi], [r]éfère justement à un « changement de circonstances ayant un caractère suffisamment radical et non temporaire [»] , ce qui donne une valeur toute particulière à la notion de « temps ». Dans ce contexte, même quelques mois sont importants… Que cette erreur n'est pas une erreur « matérielle » et qu'elle n'est pas davantage « insignifiante, puisque c'est à […] 3 reprise que le médecin conseil la répète et qu'elle est également reprise à la décision subséquente de l'OE prise le 25.04.2023. Que cette erreur démontre également le défa[u]t de minutie de la partie adverse dans la préparation de ses décisions et l'absence de minutie dans le traitement du dossier de la partie requérante.*

Une conclusion s'appuyant sur des prémices contenant une erreur manifeste, ne saurait être exacte e[t] ne peut servir de base à la décision qui s'y réfère, laquelle doit être annulée , sous peine de violation des dispositions et principes visés au moyen. Que complémentairement mais surabondamment ; force est également de constater que le médecin conseil de l'OE se réfère à un état de guérison clinique du cancer de la partie requérante, alors que son médecin traitant [n'évoque qu'une] période de rémission, ce qui est une notion différente, n'excluant pas une possible récidive. Malheureusement fréquentes lorsqu'il s'agit comme en [l'espèce] de cancer. La partie adverse utilise la même notion d' « état clinique de guérison » dans la première décision attaquée, sans cependant indiquer de quelque manière que ce soit que le changement dans la situation médicale de la requérante serait radical et durable. Ce faisant, ni le médecin-conseiller de la partie adverse, ni cette dernière qui fait siennes ses conclusions, n'abordent la question, pourtant essentielle, du risque de récidive du cancer contracté par la requérante. Ces deux notions, soit celle de « guérison », d'une part, et celle de « rémission », d'autre part, son[t] singulièrement différente, comme ne peut raisonnablement l'ignorer le médecin conseiller de la partie adverse. On lit par exemple à cet égard, sur le site internet de la Fondation contre le cancer français : Comment vivre en rémission du cancer du sein ? 6 mai 2022 Cancer du sein Un cancer du sein est une épreuve et la manière dont elle vécue reste inhérente à chaque patiente. À l'Institut du Sein Paris, une équipe pluridisciplinaire vous accompagne tout au long de ce parcours. Comment vivre en rémission du cancer du sein ?| Institut du Sein | Paris Les différents traitements permettent aujourd'hui de bénéficier d'un pronostic favorable à long terme, particulièrement pour les cancers dépistés à un stade précoce d'évolution. Comment dès lors aborder et vivre l'après cancer ? Qu'implique-t-il, aussi bien sur le plan oncologique que psychologique ? Qu'est-ce qu'une rémission du cancer du sein ? Après la fin du protocole thérapeutique, un cancer du sein est considéré comme étant en rémission lorsque les symptômes de la maladie disparaissent. À ce stade, on ne peut pas parler de guérison car une rechute peut apparaître au bout de quelques années. Une rechute est définie par la récidive du cancer ou l'apparition de métastases. Elle peut être diagnostiquée lors d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie. D'où l'importance d'une surveillance carcinologique régulière et respectée. L'importance de la surveillance post-cancer Il existe un risque de récidive du cancer, de rechute ou d'apparition de métastases. La surveillance post-cancer s'avère donc essentielle. La surveillance post-cancer permet de détecter rapidement toute éventuelle récidive de la maladie, que ce soit dans le sein initialement malade et traité, dans l'autre sein, ou encore dans une autre région du corps. Elle s'attache également à identifier la potentielle apparition d'un cancer d'un autre type que celui déjà soigné, à plus forte raison en cas de terrain favorable. Ce suivi implique généralement deux à trois rendez-vous annuels avec les médecins ayant participé à la prise en charge (chirurgien, oncologue, radiothérapeute) et ceci pendant 5 ans. Il consiste en un examen clinique à chaque consultation, une mammographie et une échographie annuelle. Dans certains cas, une prise de sang et des examens radiologiques peuvent être préconisés. Après 5 ans, on considère que le risque de récidive est plus faible, ce qui permet un allègement de la surveillance. Ces consultations représentent également l'occasion d'une discussion sur les conséquences psychologiques de la maladie sur la vie sociale, personnelle et professionnelle de la patiente. La prise de conscience après un cancer du sein Un cancer du sein en rémission est une situation qui peut s'avérer particulière. Les traitements sont désormais terminés mais la surveillance est encore active et le risque de rechute est présent. Il est donc compréhensible que l'état psychologique de la patiente soit mis à l'épreuve. Si les témoignages d'autres patientes s'avèrent généralement d'une aide des plus précieuses, il s'agit, comme souvent, d'une question de temps : celui de faire le deuil de sa maladie. La maladie peut être l'opportunité d'une véritable prise de conscience de l'impact qu'on peut avoir sur sa santé. Suivre les recommandations en matière de dépistages médicaux de toutes sortes et adopter une hygiène de vie plus saine deviennent des priorités. Nombreuses sont les patientes qui se sentent grandies et renforcées par ce qu'elles ont vécu. Cette expérience étant vécue différemment par les patientes, un accompagnement psychologique est toujours indiqué et ne peut qu'être bénéfique. https://www.idsein.fr/blog/vivre-en-remission-cancer-sein/ Que le médecin conseil ne fait pas cette différence et ne s'en explique pas davantage. Que l'on retiendra également de cet article destiné à la vulgarisation mais néanmoins rigoureux, que le pronostic à long terme est plus favorable en cas de détection précoce. On rappellera à cet égard que dans le cas de la requérante des ganglions métastatiques avaient été enlevés lors de l'intervention de 2018 et que ce cancer n'avait pas été diagnostiqué en RDC , ce qui a amené une prise en charge assez tardive… CE QUI CONSTITUE DONC AUSSI UN FACTEUR [A] PRENDRE EN CONSIDERATION POUR UNE […] SURVEILLANCE ACCRUE et certainement pas une abréviation des délais de surveillance… Cet article également met l'accent sur le [caractère] ESSENTIEL du suivi « post cancer » Cfr « Il existe un risque de récidive du cancer, de rechute ou d'apparition de métastases. La surveillance post-cancer s'avère donc essentielle. La surveillance post-cancer permet de détecter rapidement toute éventuelle récidive de la maladie, que ce soit dans le sein initialement malade et traité, dans l'autre sein, ou encore dans une autre région du corps. Elle s'attache également à identifier la potentielle apparition d'un cancer d'un autre type que celui déjà soigné, à plus forte raison en cas de terrain favorable. Ce suivi implique généralement deux à trois rendez-vous annuels avec les médecins ayant participé à la prise en charge (chirurgien, oncologue, radiothérapeute) et ceci pendant 5 ans. Il consiste en un examen clinique à chaque consultation, une mammographie et une échographie annuelle. Dans certains cas, une prise de sang et des examens radiologiques peuvent être préconisés. Après 5 ans, on considère que le risque de récidive est plus faible, ce qui permet un allègement de la surveillance. » Que donc le délai de surveillance

rapprochée de 5 ans est indispensable (et non 4), mais encore que le suivi ne s'arrête pas là à 5 ans , il peut seulement être allégé !!! ce qui implique la continuation de la surveillance bien au del[à] de 5 ans … A cet égard on relèvera avec sidération la remarque du médecin conseil quant à la réticence de la partie requérante de re-mettre sa vie aux mains de la médecine en RDC, alors que son cancer pourtant bien présent y était passé sous les radars… Le médecin conseil mentionne effectivement à [c]et égard : « Cfr « Rappelons que c'est à la requérante, qui sollicite une autorisation de séjour, à apporter la preuve qu'elle remplit les conditions inhérentes au droit qu'elle revendique. C'est dès lors à elle qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui lui sont nécessaires ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine. (Voir notamment Arrêts CCE n 0249 900 du 25.02.2021 et n o 251 125 du 17.03.2021). Notons que la requérante reste en défaut de démontrer qu'un tel suivi ne serait pas possible dans son pays d'origine. En effet, les documents apportés ne font pas état de difficultés particulières quant au suivi post[-]guérison en RDC mais bien concernant le diagnostic et le traitement par manque de matériel et de moyens » On note avec stupeur que le médecin conseil relève , sans cependant contredire, que la RDC présente bien un problème concernant le diagnostic et le traitement du cancer, en raison d'un manque de matériel et de moyens, mais qu'il estime néanmoins bénéfici[er] d'un suivi, sous[-]entendu de surveillance post -cancer, que ce soit du reste rémission ou guérison… Que l'on voit mal le subtil distinguo fait par le médecin conseil entre le défaut de diagnostic d'un cancer primaire, qu'il admet et le diagnostic estimé possible d'une récidive …..lorsque le médecin conseil admet que le défaut de diagnostic est imputable au défaut de matériel ou de moyens ! Alors que de surcroît le matériel de détection est le même ! mammographie, échographie, radiographie, analyses de sang…. Ce raisonnement ne peut être suivi, il est dénué de toute logique et se situe en dehors de toute rationalité. Il ne saurait ni fonder une décision, ni en participer.. Ce constat justifie à nouveau et à lui seul , l'annulation de la décision. Ainsi, en partant du postulat erroné selon lequel la requérante serait actuellement guérie, le médecin-conseiller commet non seulement une erreur manifeste d'appréciation, mais ne motive par ailleurs pas adéquatement sa décision, puisqu'il ne justifie pas en quoi l'état de rémission – au cours duquel le risque de récidive existe bel et bien de manière plus importante que lorsque l'état de guérison est atteint – serait constitutif d'un changement radical et durable, comme l'impose l'article 9 de l'arrêté royal du 17.05.2007, avant même que soient examinées les questions de la disponibilité et de l'accessibilité des soins au pays d'origine. Il fut ainsi considéré par Votre Conseil, dans un cas similaire à celui de la requérante : « 3.3. Toutefois, le Conseil estime que les constatations du fonctionnaire médecin développées dans l'avis précité, en ce qui concerne le cancer du requérant, ne démontrent pas à suffisance le changement radical et durable des circonstances, allégué, quant à la gravité de la maladie. En effet si, certes, les documents produits par le requérant indiquent que sa situation médicale a évolué positivement et ne démontre aucun signe de récidive, il n'apparait toutefois pas à l'examen du dossier administratif que l'on pourrait conclure à un changement de circonstances « radical et durable ». En effet, dans le certificat médical type joint à la demande de prorogation, le médecin du requérant indique qu'il existe un « Risque élevé de récidive osseuse et viscérale (métastases) », ce qui n'est pas contesté par la partie adverse. Au contraire, il ressort de [l]'avis même du fonctionnaire médecin que le requérant doit bénéficier d'une surveillance oncologique régulière et d'un traitement d'entretien. La confirmation de l'existence de ce suivi médical et de ce traitement permet dès lors de penser qu'un risque de récidive existe bien et que le changement radical et durable de la situation médicale du requérant n'est pas établi à suffisance. Il résulte en conséquence de ce qui précède qu'il ne peut aucunement être déduit des informations sur lesquelles s'appuie le fonctionnaire médecin et à sa suite la partie défenderesse, que les conditions sur base desquelles l'autorisation de séjour a été octroyée au requérant n'existent plus ou ont changé de manière suffisamment radicale et non temporaire. La décision attaquée n'est dès lors pas valablement motivée sur ces aspects. » (Arrêt n° 225.395 du 30.08.2019, […]). Cette jurisprudence est indéniablement applicable à la requérante, qui se trouve bien « en rémission » et doit poursuivre un traitement en gynécologie et en oncologie, précisément afin, selon les termes du Dr [H.], d'éviter une récidive de son cancer. Qui ne peut malheureusement être exclue… Ainsi, les questions de la disponibilité et de l'accessibilité des soins nécessaires à la requérante en R.D.C., examinées par le médecin-conseiller de la partie adverse et sur lesquelles il sera revenu ci-après, n'avaient pas lieu d'être en l'espèce, dans la mesure où le caractère suffisamment radical et durable du changement de circonstances n'a pas été démontré. La position exposée par le Dr [S.] dans son avis renvoie à ses avis antérieurs, lesquels ne sont toutefois pas join[t]s à la décision ou à l'avis du 04.04.2023 Dans la mesure où cet avis précédent n'est pas joint à la décision attaquée, il ne peut y être fait référence. En effet, si la loi du 29.07.1991 n'interdit pas la motivation par référence, il n'en demeure pas moins que, pour que celle si soit autorisée, les conditions suivantes doivent être réunies : - Le document auquel il est référé existe et est motivé en la forme, répondant, dès lors, lui-même aux exigences de la loi du 29.07.1991 ; - Le document auquel il est référé est connu du destinataire, au plus tard lors de la notification de l'acte ; - L'auteur de la décision doit avoir fait sien le contenu du document auquel il est référé. Tel n'est indubitablement pas le cas en l'espèce de sorte que, pour l'ensemble des motifs exposés ci-avant, le moyen est fondé en cette branche et justifie l'annulation de la première décision attaquée et, par voie de conséquence, de la deuxième décision attaquée qui en est le corollaire. On rappellera à cet égard que même l'avis du 04.04.2023 n'a pas été remis concomitamment à la décision de refus de prolongation et de l' OQT , la partie requérante a d[û] aller le redemander à la commune le 23.08.24… Ce constat justifie également l'annulation de la décision. disponibilité des soins en R.D.C. 1.

Aux termes de l'article 9 ter, § 1er, alinéa 1er, de la [Loi], l'étranger « qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité et souffre d'une maladie dans un état tel 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 au ministre ou à son délégué ». L'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, mais implique l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Dans l'avis médical déposé en annexe à la première décision attaquée, le médecin conseiller de l'Office des étrangers – qui avait considéré […] que la maladie de la requérante était suffisamment grave et que les soins n'étaient soit pas disponibles, soit pas accessibles au pays d'origine pour assurer sa survie, pour qu'un titre de séjour provisoire lui soit octroyé – examine principalement les questions de la disponibilité et de l'accessibilité des soins nécessaires en R.D.C., ainsi que la capacité de Madame [M.] à voyager. Or, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et ne motive pas adéquatement l'acte attaqué lorsqu'elle indique que les traitements médicamenteux prescrits à la requérante, ainsi que le suivi médical nécessaire, sont disponibles en R.D.C. En effet, dès l'introduction de sa demande d'autorisation de séjour, la requérante a attiré l'attention de la partie adverse sur l'indisponibilité des soins nécessaires au traitement de sa pathologie en R.D.C. A cet égard, elle a cité plusieurs sources relatives à la pénurie de matériel médical, face au caractère de plus en plus courant du développement du cancer du sein dans son pays d'origine, et auxquelles le médecin-conseiller de la partie adverse n'a aucun égard. CFR SUPRA l'affirmation farfelue que son raisonnement induit que l'absence de matériel et de moyens ne permettrait pas de détecter un cancer primaire, mais permettrait bien de détecter une récidive …alors que c'est le même matériel qui est utilisé dans les deux cas !!! et que in fine il s'agit toujours de détecter valablement un cancer, que ce soit un premier ou un suivant…. De même, et cela a toute son importance, Madame [M.] a expliqué dans sa demande d'autorisation de séjour qu'avant de quitter la R.D.C., elle avait déjà consulté des médecins spécialistes sur place, dans la mesure où elle avait senti une masse anormale au niveau de son sein droit. Ces derniers n'ont pas détecté son cancer, indiquant qu'il s'agissait du gonflement d'un ganglion mammaire bénin sans gravité ! A son arrivée en Belgique, inquiète, la requérante a tout de même été voir d'autres spécialistes, qui lui ont détecté un cancer et lui ont immédiatement prescrit le traitement adéquat, soit intervention chirurgicale, chimiothérapie et radiothérapie. Cette expérience personnelle de la requérante en dit long sur les défaillances du système médical congolais, tant sur le plan du matériel – qui présente manifestement certaines déficiences – que sur le plan des ressources du personnel médical. Ce que le médecin conseil ne conteste pas à ce niveau de diagnos[t]iquer un cancer primaire ; Si la partie adverse considère que, contrairement à ce qu'a expliqué la partie requérante, le matériel et le personnel médical sont disponibles en R.D.C., il lui appartenait à tout le moins de rencontrer les principaux arguments portés à sa connaissance par Madame [M.], ce que la partie adverse est manifestement restée en défaut de faire, de sorte que les décision[s] attaquées présentent un défaut de motivation et doivent être annulées. 2. Pour toute réponses aux arguments de la requérante, le médecin-conseiller de la partie adverse – qui avait à tout le moins implicitement reconnu, il y a deux ans, que les premiers soins nécessaires à la survie de la requérante n'étaient pas disponibles en R.D.C. – cite des données tirées de la base de données non publique MedCOI. Qu'il tente de « compléter » par ce qu'il entend faire passer pour des exemples concrets, et étayer sa thèse de la disponibilité [d]es soins et traitements nécessaires en RDC ; Il ne cite aucune autre source et n'apporte pas la moindre explication quant au fait que le cancer dont était atteinte la requérante, et ayant justifié une intervention chirurgicale, puis un traitement par chimiothérapie et radiothérapie, puis un suivi en oncologie et gynécologie pour une durée de quatre années supplémentaires, n'ait pas été détecté lors des consultations opérées en R.D.C. Par ailleurs, le médecin-conseiller tente manifestement de rencontrer les exigences posées par Votre Conseil dans son arrêt d'annulation du 28.05.2020, en reproduisant
dans son avis les requêtes MedCOI sur lesquelles il fonde celui-ci au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité aux soins. Or, dans les passages reproduits dans l'avis médical, rien n'indique en réalité que les cas pris comme référence, rencontrent la problématique personnelle de la partie requérante, du point de vue du sexe, de [l'âge], des pathologies développées , du stade de la maladie, de ses antécédents ou de son évolution… Le premier « cas » est celui d'une femme de 71 ans qui aurait eu accès à une mammographie, pratiquée à l'hôpital Ngaliema de Kinshasa, quartier Gombe Il n'y a aucune indication du contexte dans lequel l'examen a été demandé. Il n'y a aucune indication quant au délai pour obtenir un rvs pour un tel examen (le délai de 14 jours indiqué, priority est relatif au degré d'urgence à recevoir une réponse à une question posée non me délai qui nous intéresse, celui de l'attente pour un examen [sic]. *Le second « cas » est celui d'un homme de 86 ans en traitement ambulatoire et [hospitalier] auprès d'un oncologue. Il peut difficilement être suivi pour un cancer du sein… Tout au plus est-ce indicatif de la présence d'un oncologue aux cliniques universitaires de Kinshasa et qu'il a passé un MRI Scan et un CT scan, scan de contraste 3D, Aucune indication sur la nature de l'affection, du traitement entrepris ou du résultat contenu… Le troisième « cas » est celui [d'une] femme de 35 ans, suivie à Ngaliema en gynécologie pour myome, soit un fibrome bénin donc non cancéreux) et intra-utérin . Cfr Qu'est[-]ce qu'un fibrome ou myome ? Un « fibrome » de l'ut[é]rus encore appelé par les médecins Myome, est une tumeur bénigne faite de la prolifération de cellules musculaires issues de la paroi de l'utérus, cela [a] -un peu- la consistance d'une balle de golf. Les fibromes*

se présentent comme une balle (le myome) qui pousserait sur un mur (la paroi de l'utérus) https://www.igogyneco.com/activites-medicales/pathologies-gynecologiques/fibromes-myomes/quest-ce-quun--fibrome-ou-myome On n'aperçoit pas où se situe la répon[s]e individualisée au problème de la partie requérante, un cancer du sein…qui n'a rien à voir avec un masse bénigne ; Le Doppler n'est par ailleurs pas un examen dont la requérante semble avoir besoin, prima facie, ce nom ne figurant pas dans [l'avis].. Le quatrième « cas » est à nouveau celui d'un homme de 33 ans en traitement ambulatoire et hospitalisé à Ngaliema, en traitement service de « neurosurgeon » soit neurochiru[r]gie. Cette spécialité ne concerne pas le traitement du cancer du sein. Elle pourrait tout au plus intervenir dans le cadre des problèmes lombaires dont souffre la partie requérante. Rien n'indique cependant que cette sous[-]spécialisation soit rencontrée ici. Le cinquième et dernier cas est relatif à une femme de 37 ans ayant eu recours à un rhumatologue, dans un cadre non explicité. Cette spécialité ne concerne pas le traitement du cancer du sein. Elle pourrait tout au plus intervenir dans le cadre des problèmes dorsaux dont souffre la partie requérante. Enfin, et tout comme c'était déjà le cas de la décision annulée par Votre Conseil par son arrêt du 28.05.2020, la première décision attaquée, le refus de prolongation de séjour, consiste en une décision par double référence. Si, comme il l'a déjà été rappelé ci-avant, la loi du 29.07.1991 n'interdit pas la motivation par référence, il n'en demeure pas moins que, pour que celle si soit autorisée, les conditions suivantes doivent être réunies : - Le document auquel il est référé existe et est motivé en la forme, répondant, dès lors, lui-même aux exigences de la loi du 29.07.1991 ; - Le document auquel il est référé est connu du destinataire, au plus tard lors de la notification de l'acte ; - L'auteur de la décision doit avoir fait sien le contenu du document auquel il est référé. […] Force est de constater que, dans la présente cause, si le rapport du médecin-conseil de la partie adverse est joint à la première décision attaquée de refus de prolongation de séjour dans le cadre de la demande 9 ter (même si il n[']a été communiqué que postérieurement à la signification de la décision) , – contrairement au rapport manifestement déposé en annexe à la décision d'octroi d'un titre de séjour temporaire, tel n'est pas le cas de l'entièreté des requêtes susvisées de la base de données non-publique MedCOI. En effet, si certains passages sont effectivement présents dans l'avis du médecin conseil ([e]t non dans la décision même) , il ne peut être raisonnablement considéré qu'il s'agit là des passages pertinents, puisque: - Certains passages sont manifestement manquants; et particulièrement ceux concernant les indications ayant justifié la demande de spécialistes ou d'examen, dont on ignore dans quel cadre de recherche ou de traitement ils ont été demandés et pratiqués - L'existence des spécialités dont la partie requérante a impérativement besoin dans le cadre d'un suivi « post-cancer » ne sont pas rencontrées avec un degré suffisant de certitude et donc de garantie. A titre exemplatif il n'y a pas de référence à un sénologue ni à un radi[o]thérapeute, alors que la surveillance post-cancer les implique dans le processus de surveillance visant à pallier à toute récidive, d'autant plus nécessaire dans le cas de la partie requérante que le cancer dont souffrait la partie requérante n'a été traité qu'alors qu'il se trouvait déjà au stade III, soit un état assez avancé et que le curetage axillaire effectué a révélé des métastases…. 2 cas sur 5 concernent des hommes, peu concernés par le cancer du sein. 1 cas féminin sur 3 concerne une femme ayant eu recours à un gynécologue, mais absolument pas dans le cadre d'un cancer du sein, mais bien dans le cas d'un fibrome bénin, donc non cancéreux, et intra-utérin, un myome…cela n'établi[t] pas à suffisance la présence d'un gynécologue qui serait aussi chirurgien et qui serait spécialisé dans la sénologie et plus précisément le cancer du sein… En ce sens à nouveau, la motivation de la première décision attaquée ne permet pas à la requérante d'en comprendre les motifs. De même, elle ne lui permet pas d'évaluer l'opportunité de la contester. En cela, la partie adverse a manqué à son devoir de motivation formelle. C'est en ce sens que s'est prononcé Votre Conseil dans son arrêt susmentionné du 28.05.2020 concernant les mêmes parties, de sorte que, la partie adverse n'ayant pas rencontré les exigences de l'arrêt, elle a également violé le respect qu'il convient à apporter à l'autorité de chose jugée découlant de cette décision. Accessibilité des soins en R.D.C. 1. Comme il le fut rappelé ci-avant, il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi, que le « traitement adéquat » mentionné à l'article 9 ter de la [Loi], 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], Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n°2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n°2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande. Le médecin-conseil de la partie adverse - Évoque la possibilité pour la partie requérante de recourir à une caisse de mutuelle moyennant payement [d]e cotisation qu'il estime modique. Il cite pour exemple la mutuelle M[U]SQUAP établie à Kinshasa ou encore [KINCARE] - il invoque la possibilité pour la partie requérante de s'inscrire à une telle mutuelle et reproche à la partie requérante de ne pas prouver l'inverse - il invoque la possibilité pour la fille belg[e] de la partie requérante de payer ses cotisations mutuelles - Il estime que la partie fautif en testant corona je de travailler [sic] *et qu'elle pourrait encore reprendre les activités commerciales d'avant sa maladie et il se réfère au dossier dans lequel figure des preuves d'une activité commerciale et internationale - Il a fait des de la partie requérante pourrait demander une* [sic] *et obtenir une pension anticipée volontaire à partir de 55 ans - Il se réfère à des références jurisprudentielles du Conseil de contentieux des étrangers et affirme que la partie requérante ne fournit pas*

de […] documentation [s]e rapportant au suivi post concernant le diagnostic de la maladie. - Le médecin conseil se réfère encore à de la jurisprudence de votre conseil assez ancienne de 2014 merci cadenas [sic] *jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme pour justifier son point de vu[e] - En conclusion le médecin conseil estime que les soins sont accessibles aux pays d'origine L'avis médical du médecin conseil est [rempli] de développements juridiques qui sont totalement étrangers [a]u caractère strictement médical de l'avis qu'il a à rendre. À la lecture d'un tel avis[,] il est parfaitement légitime de s'interroger sur le ou l'être rédacteur d'un tel document et dans l'hypothèse d'une pluralité de rédacteurs[,] sur la qualité de chacun d'entre eux… par ailleurs, il résulte plairons de l'avis du médecin conseil de la partie adverse qu'est ce qu'il a été mis en possession de documents strictement administratif issu du dossier antérieur de visa que la partie requérante avait ouvert en raison ces fréquents en voyage entre le Congo et La Belgique* [sic]. *Ce n'est que dans ce cadre en effet que la partie récompense affectivité* [sic] *documents concernant son activité commerciale en RDC. […] il ne paraît donc pas déraisonnable au regard de ces éléments et sous réserve de la communication réelle du dossier administratif afférent aux décisions prises, de prétendre que le médecin conseil ait lui-même et lui seul réellement apprécié l'accessibilité des soins dans le pays d'origine de la partie requérante…. Dans ce contexte déterminé qui reste à approfondir la partie requérante estime pouvoir légitimement douter de l'impartialité du médecin conseiller , il semble simplement reprendre des informations que l'office des étrangers lui transmet, sans faire de propre appréciation de l'accessibilité des soins. Conséquence[,] la partie requérante estime que le médecin est sorti de son pouvoir d'appréciation Delors* [sic] *il a pour seul et unique tâche d'apprécier les questions d'accessibilité et de disponibilité des soins et non d'agir en juriste pour répondre par des considération[s] légale[s] à l'absence de fondement d'une autorisation de séjour. D'autre part , […] la partie requérante estime [qu']il revient uniquement aux médecins [conseils] d'effectuer une appréciation de l'accessibilité des soins, et non pas à un Assistant Administratif de l'office des étrangers. Dans notre virgule (sic) il convient de noter que le principe de l'indépendance et de l'impartialité du juge (Cass. R21.02.1979 p, Pas. P.75 p0, Cass. 14.10.1996, J.T. En fait je crois qu'on ne sera pas compte à quelqu'un en fait mon porte malp. Protection encore670 J.L.M.B. 1997 ?P. 175 , avec la note de Marc Uittendaele et R.Witmeur) […] comme principe général de droit, est applicable à toutes les juridictions mais également à tout organe de l'administration cfr Cass 09.01.2002, J.L.M.B. p.1076 et note Min.Pobl.)* [sic] *Le médecin conseiller l'office des étrangers des étrangers de ne pas arriver qu'elle et des de l'article de 9 ter de la [Loi]*

éteins l'organe de l'administration et se devait donc de respecter ce principe [sic]. *Quand c'est quart temps de constat médicaux d'actualité relève de sa compétence pour se prononcer juridiquement sur le fondement d'une demande d'autorisation de séjour virgule (sic) et yaourt (sic) proposé manifestement par l'office des étrangers dans celle de propre appréciation de l'accessibilité des soins virgule(sic) le médecin fonctionnel viol son devoir d'impartialité, ce qui pose grief à la partie requérante* [sic]. *[Il] revient, en vertu de l'article 9 ter § 1 de la [Loi], au médecins [conseils de] l'office des étrangers d'apprécier l'accessibilité des soins dans le pays d'origine et non pas à un fonctionnaire non médecin de l'office des étrangers. Ceci a été également souligné par [l]e Conseil dans des arrêts prononcés les 29 mars 2012, arrêt n° 78.337 et 31.05.2012, n° R82.251. Par ailleurs, l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme et de sauvegarde de liberté fondamentale dispose que « annule note* [sic] *être soumis à la torture ni à des peines ou traitement inhumain ou dégradants ». cette disposition énonce l'une des valeurs fondamentales de toute société démocratique et prohibe en termes absolus la torture et les traitements inhumains ou dégradant quelque soit les circonstances et les agissements de la victime.. Jurisprudence constante voir par exemple CEDH 21.01.2011 ? MSS/Belgique ET GRECE § 218. En l'espèce, l'examen seulement partiel du dossier de la partie requérante, effectué par la partie adverse ne remplit pas les conditions d'un examen rigoureux, tel que requis par la convention européenne des droits de l'[homme] et […] le risque de violation de l'article 3 CEDH est dès lors […] manifeste. Ce constat justifie à lui seul l'annulation de la décision. De mettre ça un conseil s il peut la partir contente âgée de 62 ans ayant perdu tout contact avec le pays d'origine la RDC depuis actuellement 6 ans et ayant vécu un cancer du sein, avec ablation partielle curetage chimiothèque radiothérapie et Souffrant de douleurs dorsales importantes, serait encore capable, seule en RDC de reprendre son travail antérieur, afin de financer, non seulement sa subsistance, mais aussi ses soins…* [sic] *C'est totalement illusoire, hypothétique et utopique, particulièrement dans le contexte de crise de la RDC. La partie requérante souffre actuellement aussi de la tyroïde et est en traitement en endocrinologie…Avec l'espoir que la situation ne dégénère pas en récidive de cancer… Le médecin conseil estime que la fille de la requérante pourrait participer voire financer les soins de sa maman en RDC. Force est de constater qu'il ne s'agit à nouveau pas d'une considération médicale et que le médecin conseil sort manifestement de la tâche qui lui est imparti légalement. De plus, l'aide hypothétique d'une tierce personne ne peut constituer un élément de l'appréciation de l'accessibilité des soins dès lors qu'il ne présente aucun caractère [certain] et qu'elle n'offre pas la moindre garantie qu'elle puisse être poursuivi sans discontinuité .. Le médecin-conseiller de la partie adverse n'a, quant à lui, aucun égard aux traitements spécifiques au suivi de la pathologie de la requérante, mais uniquement au développement des mutuelles en R.D.C. Ainsi, outre le fait qu'aucune des parties ne peut raisonnablement faire l'économie de la description de cette situation générale, avant d'avoir égard à la situation individuelle de la requérante, le contenu des sources citées de part adverse est bien moins relevant que celui de celles citées par Madame [M.], relatives aux difficultés auxquelles sont exposées les victimes du cancer du sein en R.D.C. Il en va d'autant plus ainsi qu'à aucun moment, le*

médecin-conseiller de la partie adverse ne se propose d'examiner le coût réel, d'une hospitalisation par exemple, pour un ressortissant congolais , même bénéficiaire d'une mutuelle. Ce qui n'est pas le cas de la requérante. Or, il est de notoriété publique que la couverture mutuelle n'équivaut pas à une assurance hospitalisation. Et qu[']il est aussi constant, que les mutuelles imposent un délai de carence…. Que la courte analyse ci-après démontre encore si besoin est la carence des soins en RDC que ce soit en ce qui concerne la disponibilité ou l'accessibilité. L'accès aux soins de santé en RDC - La RDC dispose de très peu de centres spécialisés en oncologie. Les principaux se trouvent à Kinshasa, Lubumbashi et Goma. Souvent sous équipés et manquent de technologies avancées nécessaires. Les équipements de radiothérapie sont très rares. - Pénurie de personnel médical spécialisé en oncologie notamment oncologues, radiothérapeutes et chirurgiens spécialisés. Formation coûteuse et conditions difficiles et manque d'équipement adéquats. - Le cout des soins est prohibitif pour la majorité de la pop[ulation] congolaise. Très peu de mécanismes de couverture sociale ou d'assurances santé. Concernant l'accès aux soins d'oncologie (Traduction libre) : « Les patientes atteintes d'un cancer du sein à Kinshasa ont tendance à présenter un stade avancé de la maladie. L'absence de dépistage organisé, les ressources limitées en matière de traitement et le manque de suivi rigoureux posent des problèmes importants dans la gestion du cancer du sein et peuvent être associés à des résultats oncologiques défavorables. » (Source: Alex Mutombo Baleka et al., 2022, Challenges in the management of breast cancer in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo.. JCO 40, e12503 e12503(2022). DOI:10.1200/JCO.2022.40.16_suppl.e12503) (Traduction et résumé libre) : "La fréquence des infections nosocomiales est élevée. 64,93% des patients (participants à l'étude) ont développé une infection nosocomiale durant leur séjour à l'hôpital » étudié (Brazzaville qui est le plus grand centre traitant les patients atteints de cancer). La recherche/étude conclut que les infections nosocomiales perturbent le calendrier des chimiothérapies et le budget alloué à l'achat des traitements anticancéreux au Congo. Elles retardent l'initiation du traitement du cancer. (Source : Am J Blood Res 2021;11(2):191-198 www.AJBlood.us /ISSN:2160 1992/AJBR0129726) Les infections nosocomiales [définissent] les infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé. (Traduction libre) : En 2022, une autre étude montre qu'en RDC, « en ce qui concerne le traitement, la chirurgie du cancer est effectuée par des chirurgiens généraux, des gynécologues et d'autres spécialistes d'organes (urologie, orthopédie et ophtalmologie) et il n'y a qu'un seul chirurgien oncologue en RDC ». (Source: Manjulika Das, www.thelancet.com/oncology, 2022, https://doi.org/10.1016/ S1470-2045(22)00129-2) […] En ligne, on trouve 2 spécialistes en oncologie situés à Gombe, Kinshasa ; plusieurs « Gynécologue Obstétricien – Sénologue » ; 1 seul centre de radiothérapie dans tout le pays situé à Kinshasa, inauguré en mars 2020 soit insuffisant. […] « La prise en charge des malades du cancer est difficile car trop coûteuse pour les Congolais. » ; « Il manque aussi des compétences au niveau local. Pour son centre, il a fait appel à des médecins expatriés. Du diagnostic au traitement, le cancer reste l'une des maladies les moins traitées; et pourtant celle dont la mortalité est la plus importante. » ; (Source : RFI Afrique, RDC : le premier centre de radiothérapie du pays a été inauguré à Kinshasa, 2020, https://www.rfi.fr/fr/afrique/20200309 rdc-tshisekedi-inauguration-centre-radiotherapie-traitement-cancer-nganda kinshasa) [...] « En République Démocratique du Congo, pour le cas des malades diagnostiqués d'un cancer, la moyenne se sent fatalement morte avant même d'entamer le traitement soit de par chimiothérapie, chirurgie ou autres. Ici à Kinshasa, les pharmacies n'en disposent généralement que sur commande ; loin celles qui disposent des faux médicaments. Certains médicaments, pour une chimiothérapie, sont présents dans les grandes pharmacies pour des prix dépassant largement les revenus moyens et mensuels d'un congolais lambda. Le prix moyen de la chimio variant entre 250-400$ le flacon ou l'ampoule, il faut généralement, pour un schéma complet, associer 2-3 anti tumoraux de familles différentes et ce, sur une séance étalée pendant des mois. Ce coût est sans compter les examens de diagnostic, l'hospitalisation, le check-up (surveillance des marqueurs), les traitements symptomatiques, l'alimentation anticancéreuse, etc. bref, tout un budget pour une thérapie d'une maladie qui peut être évitée par un simple dépistage précoce et l'accès à de bonnes informations. » (Source : Fondation Bomoko.org, Le Cancer en RDC : Les séances de chimiothérapie, tout un budget !, 2019, https://fondationbomoko.org/content/2019/06/06/le-cancer-en-rdc-les-seances de-chimiotherapie-tout-un-budget/) Concernant la sécurité sociale en RDC « En effet, d'une part certains travailleurs relevant de l'assujettissement obligatoire à l'un des régimes existants ne bénéficient pas encore d'une couverture sociale adéquate, les exposant par conséquent à plusieurs types de vulnérabilité, dont la pauvreté ; d'autre part, les groupes non protégés tels que les agriculteurs, les travailleurs domestiques, ceux à faibles revenus ou à temps partiel autant que ceux relevant de l'économie informelle, qu'il s'agisse ici des femmes ou des travailleurs migrants, subissent de facto une discrimination quant à l'accès aux droits sociaux. » (Source : Motingiya T., 2024. « Enjeux et réflexions sur les stratégies d'extension de la couverture en République démocratique du Congo » Regards, (N° 63) (1), 255-267.https://doi.org/10.3917/regar.063.0255.) + Hôpitaux tous privés ; il existe des couvertures à 100% mais uniquement de soins d'urgence contre contribution 45euro / mois et ne comprend pas l'oncologie. (voir : Centre M[é]dical de Kinshasa). En examinant à aucun moment la situation spécifique de la requérante – au regard de son âge et de son activité professionnelle par exemple – la partie adverse ne fait pas une application correcte de l'article 9 ter de la [Loi], sur le plan du caractère adéquat des soins octroyés. [...] Il résulte de tout ce qui précède que l'état de santé de la requérante n'a pas évolué de manière suffisamment radicale et durable pour qu'une prorogation de sa demande de séjour ne lui soit pas octroyée. De même, il

est démontré que tant la disponibilité que l'accessibilité en R.D.C. des soins requis par l'état de santé de la requérante, ne sont pas établis. Par conséquent, l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé au regard des articles 9 ter et 62 de la [Loi], et 9 de l'arrêté royal du 17.05.2007 et […] un risque de traitement inhumain ou dégradant n'est pas exclu en cas de retour de la requérante en R.D.C., en manière telle que la partie adverse a également méconnu l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales. La décision attaquée doit, dès lors, être annulée. Quan[t] à l'ordre de quitter le territoire. Que celui-ci est l'accessoire de la première décision. Que la [première] étant non valablement fondée, l'OQT ne repose sur aucune disposition pouvant être retenue, dès lors que la partie requérante jouissait d'un titre de séjour . La décision viole l'article 74/13 de la [Loi] en ce que l'OQT ne tient compte ni de la situation de famille de la requérante, elle est seule en RDC alors qu'elle vit en famille en Belgique et est assistée dans les besoins quotidiens, il n'a pas ét[é] tenu compte de sa sant[é] alors qu'elle souffre également de problèmes dorsaux invalidant mais également plus récemment de la tyroïde pour laquelle elle a un suivi en endocrinologie. Elle n'a pas été entendue préalablement à la décision ».

3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1er, alinéa 1er, de la Loi, « *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, tels qu'applicables lors de la prise du premier acte attaqué, 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, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, 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, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport fait au nom de la Commission de l'Intérieur, des Affaires Générales et de la Fonction Publique par MM. Mohammed Boukourna et Dirk Claes, Exposé introductif du vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur, M. Patrick Dewael, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9 *ter* précité, les traitements existants 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'intéressée dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle enfin que l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147 344).

3.2. En l'occurrence, le Conseil observe que dans son avis du 4 avril 2023 auquel la première décision contestée se réfère, le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans le point relatif à

l'accessibilité des soins médicaux et du suivi au pays d'origine que « *Par ailleurs, la requérante apporte avec sa requête différents articles datés de 2011 et 2016 (annexes à la requête 9ter n°6 à 8) indiquant que le diagnostic et le traitement du cancer en RDC est difficile et onéreux et que cette maladie provoque beaucoup de décès. Rappelons que la requérante a été soignée avec succès en Belgique et qu'elle se trouve dans un état clinique de guérison depuis près de 5 ans après le traitement. De plus, pour cette pathologie, elle ne nécessite à l'heure actuelle plus qu'un suivi gynécologique et des mammographies régulières. Rappelons que c'est à la requérante, qui sollicite une autorisation de séjour, à apporter la preuve qu'elle remplit les conditions inhérentes au droit qu'elle revendique. C'est dès lors à elle qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui lui sont nécessaires ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine. (Voir notamment Arrêts CCE n°249 900 du 25.02.2021 et n° 251 125 du 17.03.2021). Notons que la requérante reste en défaut de démontrer qu'un tel suivi ne serait pas possible dans son pays d'origine. En effet, les documents apportés ne font pas état de difficultés particulières quant au suivi post-guérison en RDC mais bien concernant le diagnostic et le traitement par manque de matériel et de moyens* ».

En termes de recours, la partie requérante argumente que « *le pronostic à long terme est plus favorable en cas de détection précoce. On rappellera à cet égard que dans le cas de la requérante des ganglions métastatiques avaient été enlevés lors de l'intervention de 2018 et que ce cancer n'avait pas été diagnostiqué en RDC , ce qui a amené une prise en charge assez tardive… CE QUI CONSTITUE DONC AUSSI UN FACTEUR [A] PRENDRE EN CONSIDERATION POUR UNE […] SURVEILLANCE ACCRUE et certainement pas une abréviation des délais de surveillance… […] Que donc le délai de surveillance rapprochée de 5 ans est indispensable (et non 4), mais encore que le suivi ne s'arrête pas là à 5 ans , il peut seulement être allégé !!! ce qui implique la continuation de la surveillance bien au del[à] de 5 ans … A cet égard on relèvera avec sidération la remarque du médecin conseil quant à la réticence de la partie requérante de re-mettre sa vie aux mains de la médecine en RDC, alors que son cancer pourtant bien présent y était passé sous les radars… Le médecin conseil mentionne effectivement à [c]et égard : « Cfr « Rappelons que c'est à la requérante, qui sollicite une autorisation de séjour, à apporter la preuve qu'elle remplit les conditions inhérentes au droit qu'elle revendique. C'est dès lors à elle qu'il incombe de fournir tous les éléments qui lui permettraient de démontrer que les soins qui lui sont nécessaires ne sont aucunement disponibles ou accessibles au pays d'origine. (Voir notamment Arrêts CCE n 0249 900 du 25.02.2021 et n o 251 125 du 17.03.2021). Notons que la requérante reste en défaut de démontrer qu'un tel suivi ne serait pas possible dans son pays d'origine. En effet, les documents apportés ne font pas état de difficultés particulières quant au suivi post[-]guérison en RDC mais bien concernant le diagnostic et le traitement par manque de matériel et de moyens » On note avec stupeur que le médecin conseil relève , sans cependant contredire, que la RDC présente bien un problème concernant le diagnostic et le traitement du cancer, en raison d'un manque de matériel et de moyens, mais qu'il estime néanmoins bénéfici[er] d'un suivi, sous[-]entendu de surveillance post -cancer, que ce soit du reste rémission ou guérison… Que l'on voit mal le subtil distinguo fait par le médecin conseil entre le défaut de diagnostic d'un cancer primaire, qu'il admet et le diagnostic estimé possible d'une récidive …..lorsque le médecin conseil admet que le défaut de diagnostic est imputable au défaut de matériel ou de moyens ! Alors que de surcroît le matériel de détection est le même ! mammographie, échographie, radiographie, analyses de sang…. Ce raisonnement ne peut être suivi, il est dénué de toute logique et se situe en dehors de toute rationalité. Il ne saurait ni fonder une décision, ni en participer.. Ce constat justifie à nouveau et à lui seul , l'annulation de la décision. […] l'affirmation farfelue que son raisonnement induit que l'absence de matériel et de moyens ne permettrait pas de détecter un cancer primaire, mais permettrait bien de détecter une récidive …alors que c'est le même matériel qui est utilisé dans les deux cas !!! et que in fine il s'agit toujours de détecter valablement un cancer, que ce soit un premier ou un suivant…. De même, et cela a toute son importance, Madame [M.] a expliqué dans sa demande d'autorisation de séjour qu'avant de quitter la R.D.C., elle avait déjà consulté des médecins spécialistes sur place, dans la mesure où elle avait senti une masse anormale au niveau de son sein droit. Ces derniers n'ont pas détecté son cancer, indiquant qu'il s'agissait du gonflement d'un ganglion mammaire bénin sans gravité ! A son arrivée en Belgique, inquiète, la requérante a tout de même été voir d'autres spécialistes, qui lui ont détecté un cancer et lui ont immédiatement prescrit le traitement adéquat, soit intervention chirurgicale, chimiothérapie et radiothérapie. Cette expérience personnelle de la requérante en dit long sur les défaillances du système médical congolais, tant sur le plan du matériel – qui présente manifestement certaines déficiences – que sur le plan des ressources du personnel médical. Ce que le médecin conseil ne conteste pas à ce niveau de diagnos[t]iquer un cancer primaire ; Si la partie adverse considère que, contrairement à ce qu'a expliqué la partie requérante, le matériel et le personnel médical sont disponibles en R.D.C., il lui appartenait à tout le moins de rencontrer les principaux arguments portés à sa connaissance par Madame [M.], ce que la partie adverse est manifestement restée en défaut de faire, de sorte que les décision[s] attaquées présentent un défaut de motivation et doivent être annulées »,* ce à quoi le Conseil se rallie.

En conséquence, le Conseil considère que la partie défenderesse, via l'intermédiaire de son médecin-conseil, n'a pas motivé adéquatement.

3.3. Le moyen unique pris, ainsi circonscrit, est fondé et suffit à justifier l'annulation du premier acte attaqué.

Le premier acte querellé étant annulé par le présent arrêt, la demande de prorogation de l'autorisation de séjour médical redevient pendante et requiert qu'une suite lui soit donnée avant d'ordonner l'éloignement de la requérante. L'ordre de quitter le territoire attaqué n'est partant pas compatible avec une telle demande et il s'impose de l'annuler également pour des raisons de sécurité juridique.

Par ailleurs, la motivation de l'ordre de quitter le territoire contesté, à savoir « *En vertu de l'article 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de l'article 9ter a été refusée en date du 25.04.2023* » est inadéquate, la décision de refus du 25 avril 2023 n'étant censée jamais avoir existé au vu de l'effet rétroactif de l'annulation opérée par le présent arrêt.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du recours, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner des annulations aux effets plus étendus.

3.4. Les observations émises par la partie défenderesse dans sa note ne peuvent énerver la teneur du présent arrêt.

Le Conseil souligne que l'absence de détection au pays d'origine du cancer de la requérante (et donc un problème de diagnostic) a bien été soulevée dans le cadre de la demande initiale, à laquelle la demande de prorogation de l'autorisation de séjour fait suite et se réfère en outre. Il appartenait donc bien à la partie défenderesse d'avoir égard à cet élément, et ce de manière adéquate.

Le Conseil soutient en outre qu'une surveillance médicale particulière de la requérante, bien qu'allégée, est toujours requise en cas de post-guérison. Par ailleurs, le fait qu'une récidive soit hypothétique n'a aucune incidence à cet égard.

Le Conseil estime qu'au vu de l'annulation, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la recevabilité de la note complémentaire déposée.

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.

5. Dépens

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie défenderesse.

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

Article 1.

La décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 25 avril 2023, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Article 3.

Les dépens, liquidés à la somme de 186 euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

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

Mme C. DE WREEDE,	présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,
Mme S. DANDOY,	greffière assumée.
La greffière,	La présidente,
S. DANDOY	C. DE WREEDE