



Arrêt

**n°203 009 du 26 avril 2018
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. VANWELDE
Rue Eugène Smits, 28-30
1030 BRUXELLES**

contre:

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

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 4 avril 2016, par X, qui déclare être de nationalité marocaine, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi, prise le 2 février 2016 et notifiée le 3 mars 2016.

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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 14 février 2018 convoquant les parties à l'audience du 13 mars 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me K. DESIMPELAERE loco Me P. VANWELDE, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS loco Me F. MOTULSKY, 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 à une date indéterminée.

1.2. Le 11 septembre 2012, elle a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 18 octobre 2012, assortie d'un ordre de quitter le territoire.

1.3. Le 16 novembre 2012, elle a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée recevable le 23 janvier 2013.

1.4. Le 22 janvier 2015, elle a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 2 février 2016.

1.5. Le 29 janvier 2016, le médecin-attaché de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.6. En date du 2 février 2016, la partie défenderesse a pris à l'égard de la requérante une décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d'un titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Madame [H.F.] invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Maroc, pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 29 janvier 2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Maroc.

Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

Signalons que la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures : l'article 9ter, procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduit par la requérante ».

2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un premier moyen de la « violation

- *des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;*
- *et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ».*

2.2. Dans une première branche, elle observe que la partie défenderesse a motivé que « le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne. Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/38/CE, ni de l'article 3 CEDH ». Elle argumente qu' « Il résulte ainsi explicitement de la décision attaquée que celle-ci analyse la demande d'autorisation au séjour formée par la requérante sous l'angle de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et de la directive qualification – dont la référence est d'ailleurs erronée puisque celle-ci a fait l'objet d'une refonte avec l'adoption de la directive 2011/95/UE –

sans égard ni à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 qui constituait pourtant le fondement de la demande de séjour introduite par la requérante, ni à la terminologie propre à cette disposition. L'on rappelle toutefois que l'article 9ter précité n'est pas une simple transposition de l'article 3 CEDH, mais une disposition nationale autonome qui offre une protection plus étendue, ce qui résulte d'une jurisprudence désormais constante de votre Conseil (CCE, ass. gén. Arrêt n°135.037 du 12 décembre 2014). On rappelle également qu'il résulte de la jurisprudence M'Body contre Etat belge de la Cour de justice de l'Union européenne (C-542/13) que l'article 9ter ne rentre pas dans le champ d'application de la directive qualification ». Elle estime qu' « En indiquant ainsi, en conclusion des éléments qui motivent sa décision, que « 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 2004/38/CE, ni de l'article 3 CEDH », la partie adverse ne justifie pas légalement sa décision de non-fondement de la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la [Loi]. Elle méconnaît partant cette même disposition ».

2.3. Dans une deuxième branche, elle expose que « Subsidiairement, en ne se référant pas explicitement, en conclusion des éléments qui motivent sa décision, à l'article 9ter de la [Loi] et à ces critères, la motivation de la décision attaquée est emprunte d'ambiguïté et ne permet pas à la requérante de comprendre, de manière claire et sans équivoque, ce qui fonde la décision de la partie adverse - l'application implicite des critères de l'article 9ter, l'application de l'article 3 CEDH ou celle de la directive qualification ? ». Elle considère qu' « Il en résulte que la décision attaquée viole également, de manière subsidiaire, l'article 62 de la [Loi] et les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 visés au moyen ».

2.4. La partie requérante prend un deuxième moyen de la « violation

- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- du principe général de bonne administration, et en particulier le devoir de soin et de minutie ;
- de l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.5. Elle avance que « L'avis médical du 29 janvier 2016 sur lequel repose la décision entreprise décrit le traitement actif actuel comme suit : « Gilenya (Fingolimod), Dcure (colecalférol), Amlodal (Amlodipine), Sipraléxa ou Escidivule (Escitalopram), Solian (Amisulpiride) » (page 2 de l'avis). Au terme de l'examen de la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, seuls certains de ces médicaments sont visés (page 4 de l'avis) : Colecalciférol, Amlodipine, Escitalopram, Amisulpiride (point 1) et Interféron bêta 1a ou 1b ou Natalizumab (point 3). La disponibilité du Gilenya (Fingolimod) au Maroc n'est pas examinée. Et pour cause : ce médicament, tout comme le COPAXONE (Glatiramère) qui faisait également partie du traitement de la requérante, n'est pas disponible au Maroc, comme l'a souligné à de nombreuses reprises le Docteur [T.] (voir à ce sujet le rappel des attestations médicales, aux pages 1 et 2 de l'avis). Afin de justifier l'impasse sur l'examen de la disponibilité du Gilenya (Fingolimod), la partie adverse estime que le Fingolimod n'est en réalité pas le médicament le plus approprié à la pathologie de la requérante, en s'appuyant sur des « informations récentes février 2012 » publiées sur le site www.cbip.be. Ces informations se lisent comme suit : « Fingolimod (...) est un immunosuppresseur à usage oral proposé en monothérapie dans le traitement des formes très actives de la " sclérose en plaques avec alternance de poussées et de rémissions ". Les résultats de deux études montrent une diminution statistiquement significative du taux annuel des poussées chez les patients traités par le fingolimod par rapport au placebo et par rapport à l'interféron B, mais le bénéfice observé est modeste en valeurs absolues, et un effet sur l'aggravation du handicap n'a pas été démontré. Les principaux effets indésirables du fingolimod consistent en des troubles parfois graves de la conduction cardiaque (bradycardie sévère, bloc auriculo-ventriculaire, surtout en début de traitement), un œdème maculaire et une élévation des enzymes hépatiques. Compte tenu de son profil d'effets indésirables et de l'expérience limitée par rapport à l'interféron B, le fingolimod n'est pas un premier choix dans la sclérose en plaques avec alternance de poussées et de rémissions. » Et de poursuivre, toujours sur base du même site internet, mais en citant un document de mars 2009 : « Les immunomodulateurs suivants sont enregistrés pour le traitement de SEP avec alternance de poussées et de rémissions: interféron B1a (Avonex®, Rebif®), interféron B1b (Betaferon®), glatiramère (Copaxone®) et natalizumab (Tysabri®). Il semble qu'il n'y ait pas de différence d'efficacité entre les différents interférons B [n.d.l.r.: ni entre les interférons et le glatiramère]. Si l'activité de la SEP avec alternance de poussées et de rémissions persiste malgré l'emploi d'interféron B ou de glatiramère, la

mitoxantrone ou le natalizumab peuvent être des alternatives, mais l'expérience avec ces médicaments est plus limitée et leurs effets indésirables potentiels sont parfois très graves ». Avant de conclure que : « L'interféron B et Natalizumab sont disponibles au Maroc et pris en charge par l'assurance maladie. Loin de contester le choix du traitement de cette SEP par le Dr [T.] en choisissant Glatimère puis Fingolimod, il n'y a aucune raison objective dans le dossier médical (résistance, intolérance) de ne pas utiliser le traitement toujours recommandé, soit Interféron bêta vu l'échec de Glatimère ou Natalizumab. Ces molécules sont bien, suivant les guidelines, des traitements de fond aussi adéquats que Glatiramère puis Fingolimod de la SEP avec alternance de poussées et de rémissions. Il n'est nullement exigé qu'il soit procédé à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne dispose pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine » ».

2.6. Dans une première branche, elle souligne que « L'articulation de l'avis médical relatif au Gilenya (Fingolimod), médicament composant le traitement médical actuel suivi par la requérante, est pour le moins surprenante. Loin de contester que ce médicament n'est pas disponible, et a fortiori accessible, au Maroc, le médecin-conseiller estime que ce médicament n'est en réalité pas indispensable au traitement de la requérante. Les extraits du site internet www.cbip.be ne permettent cependant pas d'être aussi catégorique. Les « informations récentes Février 2012 » indique que le Fingolimod est proposé « dans le traitement des formes très actives de la 'sclérose en plaques avec alternance de poussées et de rémissions' » (la requérante souligne). Au niveau clinique « les résultats de deux études montrent une diminution statistiquement (sic) significative du taux annuel des poussées chez les patients traités par le fingolimod par rapport au placebo et par rapport à l'interféron B » mais « compte tenu de son profil d'effets indésirables et de l'expérience limitée par rapport à l'interféron B, le fingolimod n'est pas un premier choix ». Il ressort de l'avis du médecin-conseiller que la requérante souffre d'une sclérose en plaques particulièrement invalidante « hémiparésie gauche (4/5), séquellaire, céphalées, vertiges, flous visuels (névrite optique), troubles cognitifs, hypertension artérielle, dépression majeure ». La partie adverse, dans l'extrait de l'avis cité ci-dessus, reconnaît que le Fingolimod est statistiquement plus efficace que l'interféron B dans le traitement de formes très actives de la sclérose en plaques. Elle écarte cependant ce traitement au nom des effets secondaires qu'il pourrait provoquer. La requérante est soignée par Gilenya (Fingolimod) depuis plus d'un an, sans qu'aucune contre-indication (sic) ne soit reportée par le Docteur [T.]. Ces effets secondaires indésirables se manifestent cependant, d'après la littérature citée par la partie adverse (sic), en début de traitement. Ce médicament, efficace dans le cas de la requérante, semble par conséquent tout indiqué en l'espèce. A l'inverse, rien n'indique que l'interféron B, moins puissant, soit approprié. L'observation selon laquelle « l'article 9ter ne dispose pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible (sic) dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine » n'est par conséquent pas pertinent ». Elle soutient que « La partie adverse (sic), qui interprète (sic) la littérature médicale de manière partielle, et parvient unilatéralement à la conclusion que l'interféron B est approprié au traitement de la requérante, commet une erreur manifeste d'appréciation, et viole les dispositions et principe visés au moyen ».

2.7. Dans une deuxième branche, elle relève que « Votre Conseil a déjà été amené à se prononcer quant à la substitution d'un traitement proposé par le médecin-conseiller (à l'appui du site www.cbip.be) à un traitement suivi de longue date par un étranger candidat à la régularisation médicale. Dans ce cadre, Votre Conseil a jugé que « le médecin conseil soit [d'autant] plus prudent quant il propose des médicaments « alternatifs » à ceux prescrits dans les certificats médicaux » lorsque « le médecin traitant de la requérante a fait état de conséquences et complications assez graves en cas d'arrêt du traitement » (arrêt n° 159.168 du 22 décembre 2015). En l'occurrence, le médecin neurologue [T.] a précisé qu'« un arrêt du traitement pourrait entraîner un handicap sévère et des idées suicidaires » (demande d'autorisation au séjour du 16 novembre 2012). Ces conséquences et complications particulièrement graves comm[a]ndent que le médecin-conseiller fasse preuve d'un soin particulier lors de l'examen de traitements alternatifs. A défaut, il viole les dispositions et principe visés au moyen ».

2.8. Dans une troisième branche, elle soulève que « Le médecin-conseiller [E.L.] est un médecin généraliste (pièce 2). Il remet cependant en cause le traitement presc[r]it par le médecin spécialiste en neurologie [S.T.] (pièce 3). Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat, la partie adverse doit, en cas de contradiction entre deux avis médicaux, se baser sur l'avis médical spécialisé. Le principe de bonne administration n'ouvre en effet le choix entre deux avis médicaux que lorsque ces deux avis ont été donnés par deux personnes ou deux instances qui disposent du même degré de spécialisation. En présence d'un avis donné par un spécialiste et un avis rendu par un non spécialiste, la partie adverse doit accorder la priorité à l'avis du spécialiste (C.E. n° 98.492 du 23.8.2001, C.E. n° 113.367 du

5.12.2002 et C.E. n° 119.281 du 12.5.2003). En l'occurrence, la priorité doit être accordée à l'avis médical du médecin spécialiste en neurologie. Le Docteur [T.] suit par ailleurs la requérante depuis près de cinq ans, et a nécessairement adapté le traitement prescrit aux besoins médicaux de sa patiente. En faisant prévaloir l'avis médical non spécialisé, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation, et viole le principe de bonne administration et les dispositions visées au moyen ».

2.9. Dans une quatrième branche, elle déclare qu' « A tout le moins, la partie adverse ne pouvait revoir le traitement actuellement suivi au motif qu' « il n'y a aucune raison objective dans le dossier médical (résistance, intolérance) de ne pas utiliser le traitement toujours recommandé » sans interroger spécifiquement à ce sujet la requérante et le neurologue qui a prescrit un traitement différent. Si certes l'article 9ter, §1er, alinéa 5 de la [Loi] n'offre qu'une possibilité au médecin-conseiller d' « examiner l'étranger et demander l'avis[s] complémentaire d'experts », cet alinéa doit trouver application lorsqu'un tel examen complémentaire est nécessaire pour répondre à une question essentielle : le traitement actuellement suivi, qui protège la requérante d'une atteinte irréversible à son intégrité physique, peut-il, ou[i] ou non, être modifié comme le prescrit le médecin-conseiller (médecin généraliste) ? A défaut de faire usage de la possibilité offerte par la disposition précitée dans un cas tel que le cas d'espèce, la décision entreprise viole le principe visé au moyen ainsi que l'article 9ter de la [Loi] ».

2.10. La partie requérante prend un troisième moyen de la « violation

- de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 précitée ;
- de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ».

2.11. Elle argumente que « Dès l'introduction de la demande d'autorisation au séjour pour motifs médicaux, le Docteur [T.] a souligné que l'arrêt du traitement aurait pour conséquence d'entraîner un handicap sévère de la requérante. Une telle conséquence atteint indiscutablement le seuil de gravité fixé à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, et entre a fortiori dans le champ d'application de l'article 9ter de la [Loi]. La requérante est traitée par Gilenya (Fingolimod). La littérature médicale présente ce médicament comme suit : « En cas d'échec du traitement immunomodulateur, c'est-à-dire en cas de persistance des poussées ou de la réapparition des poussées et de l'apparition de nouvelles lésions sur l'IRM, votre neurologue peut être amené à vous proposer un traitement plus agressif. Actuellement trois traitements sont disponibles. Le Natalizumab (Tysabri®), le Fingolimod (Gilenya®) et de manière plus exceptionnelle, la Mitoxantrone (Elsep®) Une IRM avec une injection de produit de contraste (gadolinium) est nécessaire avant de les débiter afin de s'assurer que la maladie est bien dans une phase d'activité. Il est également nécessaire de réaliser un bilan sanguin. Ces trois traitements sont très efficaces sur les poussées et ralentissent de manière importante l'évolution de la maladie. Ils doivent impérativement être arrêtés en cas de désir de grossesse. [...] Le Gilenya® est le premier médicament qu'on prend par la bouche (0.5 mg par jour). Il piège les lymphocytes (globules blancs responsables de l'inflammation) dans les ganglions. Il est nécessaire de débiter ce traitement à l'hôpital car une surveillance du rythme cardiaque doit être faite durant les 12 premières heures. En effet, de manière exceptionnelle, ce traitement peut être responsable de troubles du rythme cardiaque. Une surveillance sanguine régulière (lymphocytes et bilan du foie à 1 mois, 3 mois, puis tous les 3 mois) et de la vue à 4 mois sont aussi nécessaires (possibilité de diminution de l'acuité visuelle par oedème maculaire) » (pièce 4). L'agence européenne de médecin a rendu un avis favorable à l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché en 2015 dudit médicament, en précisant dans quels cas Gilenya est utilisé : « Gilenya est un type de médicament connu comme une «thérapie de fond» utilisée pour traiter les adultes atteints de sclérose en plaques (SEP) hautement active. La SEP est une maladie des nerfs, dans laquelle l'inflammation détruit la gaine protectrice qui entoure les cellules nerveuses. Gilenya est utilisé pour un type de SEP appelée «rémittente-récurrente», qui se caractérise par des poussées (rechutes) entre des périodes au cours desquelles les symptômes sont moins graves (rémissions). Le médicament est utilisé lorsque la maladie demeure active malgré le traitement approprié par au moins un autre traitement de fond, ou en cas de forme sévère qui s'aggrave rapidement » (pièce 5). Ce médicament très spécifique n'a pas d'équivalent et ne peut nullement être remplacé par le traitement commun proposé par la partie adverse. La partie adverse ne contredit par ailleurs nullement l'affirmation du Docteur [T.] selon laquelle le traitement par Gilenya n'est pas disponible au Maroc selon les circuits traditionnels, et coûterait 4.000 € par mois selon le circuit informel. Il en découle qu'en cas de retour dans son pays d'origine, la requérante ne disposerait pas, ou à tout le moins n'aurait pas accès, au traitement médical dont dépend le respect de son intégrité physique. En cas d'arrêt du traitement, la requérante encourt en effet le risque d'être plus invalidée encore, comme annoncé d'emblée par son neurologue en 2012 (elle est déjà reconnue handicapée à 66 % de par les conséquences de sa maladie). Un tel risque existe d'ores et déjà en Belgique dans la mesure où les soins auxquels la requérante aura accès seront fortement limités par sa situation administrative précaire. Un tel

traitement, qui atteint le seuil de gravité de l'article 3 de la Convention, est incompatible avec ce même article. La décision entreprise doit par conséquent être annulée ».

3. Discussion

3.1. Sur les branches réunies du premier moyen pris, le Conseil souligne qu'il ressort à suffisance de la décision querellée que la partie défenderesse a fondé celle-ci sur l'article 9 *ter* de la Loi. En effet, la partie défenderesse a indiqué spécifiquement que « *en application de l'article 9ter 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, je vous informe que la demande qui a été déclarée recevable le 23.01.2013, est non-fondée* » et a en outre motivé que « *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* ». Ainsi, le fondement légal de la décision entreprise pouvait être aisément déterminé par la partie requérante. Par ailleurs, il ressort clairement du rapport du médecin-conseil de la partie défenderesse daté du 29 janvier 2016 auquel celle-ci s'est référée que ce dernier ne s'est pas limité à un examen au sens de l'article 3 de la CEDH mais qu'il a examiné l'ensemble des hypothèses prévues par l'article 9 *ter* de la Loi, à savoir un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique et un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat au pays d'origine. Enfin, la motivation de la partie défenderesse ayant trait à l'article 3 de la CEDH et à la Directive 2004/38/CE ne constitue qu'une motivation surabondante et ne peut remettre en cause la motivation claire relative à l'article 9 *ter* de la Loi ni la teneur du rapport du médecin-conseil auquel la partie défenderesse a renvoyé.

3.2. Sur les branches réunies du second moyen pris et sur le troisième moyen pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1^{er}, 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* ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « *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* ».

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 du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9 *ter* suscitée, 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 soulève enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative 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'explicitier 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre 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 établis 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 (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

3.3. En l'espèce, il ressort de l'avis médical du 29 janvier 2016 du médecin-conseil de la partie défenderesse, auquel cette dernière s'est référée en termes de motivation, que celui-ci a indiqué dans le traitement actif actuel que « *Gilenya (Fingolimod), Dcure (colecalférol), Amlogal (Amlodipine), Sipralaxa ou Escidivule (Escitalopram). Solian (Amisulpiride). « Copaxone est indiqué dans la SEP avec alternance de poussées et de rémissions. Les immunomodulateurs diminuent d'environ 30% le nombre d'exacerbations pendant 2 à 3 ans, ce qui correspond à la prévention d'environ une exacerbation par 2,5 ans, La gravité des exacerbations est également diminuée par un traitement actif par rapport au placebo. L'effet sur les limitations fonctionnelles est tout au plus marginal. Les résultats positifs doivent être mis en balance avec les inconvénients du traitement tels que les effets indésirables et le coût élevé. L'efficacité à long terme est moins claire Ces propos tempèrent l'importance annoncée du traitement. « Fingolimod est un immunosuppresseur à usage oral proposé en monothérapie dans le traitement des formes très actives de la " sclérose en plaques avec alternance de poussées et de rémissions Les résultats de deux études montrent une diminution statistiquement significative du taux annuel des poussées chez les patients traités par le fingolimod par rapport au placebo et par rapport à l'interféron B, mais le bénéfice observé est modeste en valeurs absolues, et un effet sur l'aggravation du handicap n'a pas été démontré. Les principaux effets indésirables du fingolimod consistent en des troubles parfois graves de la conduction cardiaque (bradycardie sévère, bloc auriculo-ventriculaire, surtout en début de traitement), un oedème maculaire et une élévation des enzymes hépatiques. Compte tenu de son profil d'effets indésirables et de l'expérience limitée par rapport à l'interféron B, le fingolimod n'est pas un premier choix dans la sclérose en plaques avec alternance de poussées et de rémissions. » « Les immunomodulateurs suivants sont enregistrés pour le traitement de SEP avec alternance de poussées et de rémissions: interféron B1a (Avonex®, Rebif®), interféron B1b (Betaferon®), glatiramère (Copaxone®) et natalizumab (Tysabri). Il semble qu'il n'y ait pas de différence d'efficacité entre les différents interférons B [n.d.l.r ni entre les interférons et le glatiramère]. Si l'activité de la SEP avec alternance de poussées et de rémissions persiste malgré l'emploi d'interféron B ou de glatiramère, la mitoxantrone ou le natalizumab peuvent être des alternatives, mais l'expérience avec ces médicaments est plus limitée et leurs effets indésirables potentiels sont parfois très graves. Or, l'interféron B et Natalizumab sont disponibles au Maroc et pris en charge par l'assurance maladie. Loin de contester le choix du traitement de cette SEP par le Dr [T.] en choisissant Glatiramère puis Fingolimod, il n'y a aucune raison objective dans le dossier médical (résistance, intolérance) de ne pas utiliser le traitement toujours recommandé, soit interféron bêta vu l'échec de Glatiramère ou Natalizumab. Ces molécules sont bien, suivant les guidelines, des traitements de fond aussi adéquats que Glatiramère puis Fingolimod de la SEP avec alternance de poussées et de rémissions. Il n'est nullement exigé qu'il soit procédé à la comparaison du niveau de qualité des traitements médicaux disponibles dans le pays d'origine et en Belgique. En effet, l'article 9ter ne dispose pas qu'un traitement de niveau équivalent doit être disponible dans le pays d'origine, il suffit qu'un traitement approprié soit possible dans le pays d'origine. Le sulpiride à faible dose est proposé, sans beaucoup d'arguments, dans les dépressions légères et les troubles psychosomatiques; à doses élevées, il peut être utilisé dans la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques. L'amisulpride, apparenté au sulpiride, est utilisé dans la schizophrénie » et qu'il a conclu à la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine pour les raisons qui suivent : « Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) : 1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI5 montrent la disponibilité du suivi (neurologue, cardiologue, psychiatre, ophtalmologue, généraliste, kinésithérapeute, IRM) et du traitement (Colecalférol, Amlodipine, Escitalopram, Amisulpiride) : 2. Requête Medcoi du 10.02.2014 portant le numéro de référence unique MA-3185-2014 Requête Medcoi du 06.12.2013 portant le numéro de référence unique MA-3125-2013 Requête Medcoi du 26.03.2015 portant le numéro de référence unique BMA-6588 Requête Medcoi du 08.06.2015 portant le numéro de référence unique BMA-6874 Requête Medcoi du 23.02.2015 portant le numéro de référence unique BMA 6462 3. Les traitements de fond (Interferon beta 1a ou 1bou Natalizumab) et de crise (Methylprednisolone) existent sur le site l'assurance maladie du Maroc de même que Colecalférol, Amlodipine, Escitalopram 4. La SEP fait partie de la la (sic) liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée au Maroc, donnant droit à de nombreuses exonérations. 5. Des cliniques spécialisées existent également à Rabat, Casablanca et les grandes villes du Maroc. De cette information on peut conclure que le suivi et le traitement sont disponibles au Maroc », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.*

3.4. S'agissant du reproche émis en substance à l'encontre du médecin-attaché de la partie défenderesse d'avoir remplacé le Fingolimod par l'Interféron B, le Conseil ne peut y faire droit et il

souligne à cet égard qu'il ressort de l'arrêt n° 236 016 prononcé le 6 octobre 2016 par le Conseil d'Etat qu' « il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine ».

A titre surabondant, le Conseil avance, comme relevé par la partie défenderesse dans sa note d'observations, que « la partie adverse ne s'est pas dispensée d'examiner la disponibilité du Fingolimod au motif que ce médicament ne lui est pas indispensable, mais a, au contraire, proposé un médicament équivalent, qui a, quant à lui, l'avantage d'être disponible au Maroc. La circonstance que le Fingolimod est statistiquement plus efficace que l'Interféron B dans le traitement des formes actives de sclérose en plaques n'est pas de nature à remettre en cause la motivation de la décision attaquée, dès lors qu'il apparaît des sources citées par la partie adverse, non contredites, que l'Interféron B constitue un traitement de fond aussi adéquat que le Fingolimod dans le traitement de la pathologie de la requérante. En tout état de cause, la partie adverse rappelle que l'article 9ter de la loi ne lui impose pas d'effectuer une comparaison du niveau de qualité des traitements disponibles au pays d'origine et en Belgique (C.C.E., arrêt n° 98.839 du 14 mars 2013). [...] rien n'indique que l'alternative proposée par le médecin fonctionnaire entraîne un risque accru pour l'état de santé de la requérante, autre que celui inhérent à sa pathologie. Au contraire, il ressort des études citées à l'appui de l'avis médical du fonctionnaire médecin qu' « un effet sur l'aggravation du handicap n'a pas été démontré » ».

3.5. Au sujet du grief émis à l'encontre du médecin-conseil de ne pas avoir examiné la requérante ou de ne pas être spécialisé, le Conseil précise que ce médecin donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de sa demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 ter de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin-conseil de rencontrer ou d'examiner l'étranger et de demander l'avis complémentaire d'experts. Enfin, relativement au remplacement du Fingolimod par l'Interféron B, force est de constater que le médecin-conseil en question a expliqué en détail et à suffisance les raisons pour lesquelles il a remplacé le Fingolimod par l'Interféron B et ainsi, pourquoi il s'est écarté du traitement prescrit par le spécialiste.

En outre, comme soulevé par la partie défenderesse dans sa note d'observations, le Conseil considère que « le médecin spécialiste de la requérante n'a formulé aucune réserve dont il eut pu se déduire que certaines composantes de la médication de la requérante ne pouvaient, en aucun cas, être substituées par d'autres molécules. Il ne ressort, en effet, nullement du dossier médical soumis par la requérante à l'appréciation de la partie adverse que le remplacement, tel que le préconise le fonctionnaire médecin, du Fingolimod qui lui est prescrit par l'Interféron B, ayant le mérite d'être disponible au Maroc – ce qui n'est pas contesté –, serait contre-indiqué. La partie adverse n'aperçoit dès lors pas en quoi l'avis du médecin de la requérante doit primer sur celui du médecin conseil de la partie adverse, dès lors qu'une telle alternative ne contredit manifestement pas les termes des certificats médicaux établis par le médecin spécialiste de la requérante. L'avis complémentaire d'un expert, outre qu'il n'est pas obligatoire, n'est dès lors pas autrement justifié par la requérante. Il en est d'autant plus ainsi que les conclusions du médecin fonctionnaire sont documentées et que les sources médicales qui y sont référencées ne sont pas contestées par la requérante ».

3.6. En ce qui concerne le développement fondé sur la violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève en tout état de cause qu'en l'espèce, la partie défenderesse a déclaré non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 ter de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé de la requérante sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant.

Quant aux informations tirées d'un site internet et relatives au Fingolimod (ou Gilenya), force est de constater que celles-ci n'ont nullement été fournies en temps utile, soit préalablement à la prise de l'acte attaqué. Dès lors, il ne peut être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte au moment où elle a pris l'acte attaqué. Le Conseil rappelle à cet égard que la légalité d'une décision s'apprécie en fonction des éléments dont disposait l'autorité au moment où elle a statué, et non en fonction d'éléments qui sont postérieurs à sa décision et qu'elle ne pouvait forcément qu'ignorer.

Enfin, à titre de précision, le remplacement du Fingolimod par l'Interféron B n'étant pas valablement contesté, les griefs relatifs à l'inaccessibilité du Fingolimod au Maroc sont sans pertinence. Le Conseil constate par ailleurs que la partie requérante ne conteste nullement la teneur de l'avis du médecin-conseil relatif à l'accessibilité des soins et du suivi requis.

3.7. Il résulte de ce qui précède que les trois moyens pris ne sont pas fondés.

4. Débats succincts

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation ne peut être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article unique.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

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

Mme C. DE WREEDE,

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

Mme S. DANDOY,

greffier assumé.

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE