

Arrêt

n° 229 280 du 26 novembre 2019
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ANDRIEN
Mont Saint Martin 22
4000 LIEGE

Contre :

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

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 23 décembre 2014, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, pris le 7 novembre 2014.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 mai 2019 convoquant les parties à l'audience du 21 juin 2019.

Entendu, en son rapport, B. VERDICKT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me JANSSENS *locum tenens* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me L. RAUX *locum tenens* Mes D. MATRAY et 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 partie requérante est arrivée en Belgique le 3 janvier 2006, sur base d'un visa accordé pour raisons médicales.

1.2. Par courrier recommandé du 18 juin 2008, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, qu'elle a complétée à diverses reprises, notamment par courriers des 16 juillet 2008, 12 décembre 2009, 26 janvier 2010, 13 octobre 2010, 21 avril 2011, 21 septembre 2011, 19 mars 2012 et 22 mars 2012.

Cette demande a été déclarée recevable par la partie défenderesse le 3 mars 2009.

1.3. Par un courrier recommandé du 19 septembre 2011, la partie requérante a introduit une seconde demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.4. Le 11 décembre 2012, la partie défenderesse a pris à son égard une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2. du présent arrêt, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le 7 février 2013, elle a retiré ces deux décisions.

1.5. Le 11 décembre 2012, la partie défenderesse a également pris à son encontre une décision déclarant irrecevable la demande d'autorisation de séjour, mentionnée au point 1.3. du présent arrêt. Le 8 février 2013, elle a décidé de retirer cette décision ce qui a été constaté par du Conseil du contentieux des étrangers (ci-après « le Conseil ») dans un arrêt n°104 431 du 6 juin 2013.

1.6. Le 25 juin 2013, la partie défenderesse a pris à son égard une nouvelle décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2. du présent arrêt, une nouvelle décision d'irrecevabilité de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3., ainsi qu'un ordre de quitter le territoire, lui notifiés le 23 juillet 2013. Ces décisions ont été annulées par un arrêt du Conseil n° 116 458 du 30 décembre 2013.

1.7. Les 10 août 2013, 17 octobre 2013 et 21 octobre 2013, la partie requérante introduit une nouvelle demande de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

1.8. Le 11 décembre 2013, la partie défenderesse a pris une décision déclarant irrecevable la demande d'autorisation de séjour introduite le 17 octobre 2013. Le 5 janvier 2014, la partie défenderesse retire cette décision, ce qui a été constaté par le Conseil dans un arrêt n°129 237 du 12 septembre 2014.

1.9. Le 20 janvier 2014, la partie défenderesse prend une décision déclarant irrecevable la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.3. Cette décision n'a pas été contestée devant le Conseil.

1.10. Le 30 janvier 2014, la partie défenderesse prend une décision de rejet de la demande visée au point 1.2. du présent arrêt. Le recours introduit contre cette décision devant le Conseil a donné lieu à un arrêt de rejet n°220 632 du 30 avril 2019 en application de l'article 39/68-3 de la loi du 15 décembre 1980 au regard d'un recours recevable introduit postérieurement, soit la présente affaire n°164 864 .

1.11. Le 7 novembre 2014, la partie défenderesse a pris une décision déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.7. ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

- S'agissant de la décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour (premier acte attaqué):

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

L'intéressée invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant 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 Congo (Rép. dém.), pays d'origine de la requérante.

Dans son avis médical remis le 04.11.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressée sont donc disponibles et accessibles au Congo (Rép. dém.).

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

- 1) *il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*
- 2) *il n'apparaît pas que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il 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.»

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (second acte attaqué):

« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

o En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressée n'est pas en possession d'un VISA valable. »

2. Examen du moyen d'annulation

2.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la « [...] Violation du principe général de l'obligation de motivation matérielle des actes administratifs, en vertu duquel tout acte administratif doit être fondé sur des motifs exacts en fait, pertinents et admissibles en droit; Violation des article 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, toute décision administrative doit être fondée sur des motifs de droit et de fait qui la précèdent, la provoquent et la justifient, Violation du principe de bonne administration et plus particulièrement du principe de prudence selon lequel l'administration se doit de procéder à un examen concret, complet, attentif, loyal et sérieux des circonstances de la cause; Violation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et du Citoyen combinée avec la violation de l'article 9ter de la loi du 15/12/80 de la loi du 15 décembre 1980 et la violation de l'art.3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme [ci-après CEDH] ».

2.1.2. Après un rappel du libellé de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et des faits ayant mené à la prise des décisions attaquées, la partie requérante réaffirme, notamment, la non-disponibilité en République Démocratique du Congo (ci-après RDC) des médicaments et des soins nécessaires au traitement de ses pathologies. Elle reprend les termes de l'avis de son médecin cardiologue J.-P.S. du 9 janvier 2013 qui précise que « [...] l'accès au traitement de la patiente comporte pour ma part, ou un non accès à certains médicaments (Moxonidine), ou le remplacement par des molécules moins actives, moins bien tolérées. ». Elle rappelle qu'il ressort du certificat médical du 3 novembre 2009 que son cardiologue a remplacé la molécule d'Amlodipine par le Moxonidine et que sans le traitement et suivi nécessaires, le risque de mortalité est important dans les cinq ans par AVC, infarctus ou insuffisance cardiaque ou vénale.

Elle joint à sa requête un certificat médical actualisé précisant qu'elle souffre d'une affection chronique l'empêchant de voyager et dont la prise en charge n'est pas disponible au pays d'origine. Elle rappelle également le contenu du rapport médical lui ayant permis d'obtenir son visa pour la Belgique et qui reprenait les motifs liés à l'indisponibilité du suivi et des soins adéquats en RDC ainsi que les documents produits lors de la première procédure prouvant la non-disponibilité des soins en RDC, ce qui est confirmé selon elle par l'avis de son cardiologue.

Elle fait grief au médecin-conseil de la partie défenderesse de ne rendre un avis médical que « légèrement modifié » par rapport au précédent et rappelle que dans ce précédent avis, le médecin-conseil avait estimé que l' « [...] Amlodipine est équivalent du Nifedipine que la requérante prend, sans tenir compte de la situation réelle de la requérante et sans une analyse concrète de son histoire thérapeutique » et ce alors qu'il ressortait de son dossier médical que le 3 novembre 2009, le cardiologue de la partie requérante avait remplacé la molécule d'Amlodipine par le Moxonidine en raison du fait que « la tendance à l'œdème des membres inférieurs peut être expliquée par une légère

insuffisance veineuse potentialisée par l'Amlodipine ». Or, elle reproche au médecin-conseil dans son avis actuel de se contenter d'affirmer « [...] que le Methyldopa serait équivalent du Moxonidine sans traiter la problématique des effets secondaires indésirables de ce genre de médicament » et tenant compte du fait que ce médecin reconnaît dans son avis antérieur que l'*« Amlodipine est tout aussi indiquée que Nifédidine, et que les deux appartiennent à la famille des Dihydropiridines qui ont les mêmes effets indésirables »*. Elle fait valoir que le Methyldopa a des effets secondaires importants et s'appuie sur des documents joints à la requête pour appuyer ses dires et affirmer que ce médicament ne lui conviendra pas au regard de ses antécédents de dépression. Elle reproche au médecin-conseil d'affirmer la disponibilité des médicaments « par équivalence », sans tenir compte des éléments concrets du dossier médical, des effets indésirables, et ce en violation manifeste de sa déontologie médicale dès lors qu'il reconnaît que ces molécules n'ont que leurs « équivalents » dans la Liste des Médicaments Essentiels (ci-après LME). Elle expose que « [...] cette objection vaut pour le Captoril qui n'est pas l'équivalent adéquat du Perindopril » et renvoie à la lettre du 9 janvier 2013 de son cardiologue.

Elle en conclut que la partie défenderesse n'analyse nullement le dossier médical sous l'angle du risque réel pour la vie dans le cas où elle interromprait « son traitement suite à son éloignement du territoire à cause de l'impossibilité réelle et non théorique sur base du dossier, d'accéder aux soins que nécessite son état de santé ».

2.2.1. Sur le moyen unique ainsi circonscrit, le Conseil rappelle que l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 précise ce qui suit :

« 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.

La demande doit être introduite par pli recommandé auprès du ministre ou son délégué et contient l'adresse de la résidence effective de l'étranger en Belgique.

L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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 du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* » (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle en outre, s'agissant de l'obligation de motivation à laquelle est tenue la partie défenderesse, qu'en vertu de la jurisprudence administrative constante, cette dernière doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité administrative ne soit toutefois tenue d'expliquer les motifs de ses motifs (voir en ce sens, notamment, C.C.E., arrêt n° 11.000 du 8 mai 2008). 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 s'agit d'un contrôle de légalité en vertu duquel celle-ci n'est pas compétente 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 n'a pas donné desdits faits une interprétation qui procède d'une erreur manifeste d'appréciation.

2.2.2. En l'espèce, il ressort du dossier administratif, et plus particulièrement des documents médicaux y déposés, que la partie requérante, actuellement âgée de 74 ans, souffre « d'hypertension artérielle avec HVG et bloc auriculoventriculaire du 1^e degré modéré », d'«obésité morbide», de «gonarthrose évoluée», d'une « cataracte droite opérée en 2005», d'une « lombosciatalgie sur discopathie avec CLE ayant bénéficié d'un recalibrage lombaire en février 2014», d'«arythmie cardiaque», de troubles vestibulaires, de « cystocèle avec incontinence à l'effort et rectocèle», d' «hémoglobinopathie de type HbAS», d'«ostéopénie avec tassement en D4» et de « dépression anxieuse depuis juillet 2013», pathologies pour lesquelles cette dernière a besoin d'un traitement médicamenteux sous la forme de Bisoprolol, Spironolactone (Aldactone), Hygroton (Chlorthalidone), Coversyl plus (Perindopril + Indapamide) ou Coveram (Perindopril + Amlodipine), Moxonidine (Moxon), Cardioaspirine (acide acétylsalicylique), calcium, vitamine D (Cholecalciferol ou Ergocalciferol), Mobic, B-Magnum (Magnésium), Befact (vitamines B), Panadol (Paracetamol), Pantozol (Pantoprazol), Amlor (Amlodipine) et Mirtazapine. Il apparaît également que la partie requérante doit être suivie par un médecin généraliste et par des spécialistes en cardiologie, orthopédie et psychiatrie et faire l'objet d'un examen médical régulier. Enfin, il est également fait état de conséquences graves en cas d'arrêt du traitement, à savoir notamment une « évolution vers hypertension artérielle maligne, cause d'AVC, insuffisance rénale et/ou cardiaque ou la fibrillation auriculaire ».

Le Conseil constate ensuite que le premier acte attaqué est fondé sur un rapport établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse, en date du 4 novembre 2014, sur la base des nombreux certificats médicaux et autres documents médicaux produits par la partie requérante. Concernant la disponibilité des soins au pays d'origine, cet avis énumère les médicaments faisant partie de son traitement actif, et soutient qu'ils sont disponibles au pays d'origine. Elle renvoie à cet égard à plusieurs liens internet et requêtes Medcoi - dont le contenu est toutefois quasi illisible - ainsi qu'à la « *Liste nationale des médicaments essentiels* » (LME) du Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo non datée. Toutefois, le médecin-conseil en affirmant la disponibilité de certains médicaments tels que le « [...] Bisoprolol, Perindopril Chlorthalidone, Moxonidine et Mirtazapine » souligne toutefois que « [...] ces molécules n'[ont] que leurs équivalents dans la LME ». Il cite ainsi la disponibilité de l' « [...] IEC équivalent de Perindopril », du « Metyldopa antihypertenseur central équivalent de Moxonidine », du « diurétique thiazidé équivalent de Indapamide et Chlorthalidone », de l'« Amitriptyline, antidépresseur ayant les mêmes propriétés que Mirtazapine », de l' « Ibuprofene AINS équivalent de Meloxicam » et de l' « Omeprazole IPP équivalent de Pantoprazol ».

Or, si en ce qui concerne les molécules médicamenteuses équivalentes à l'Indapamide, au Chlorthalidone, à la Mirtazapine, au Meloxicam et au Pantaprozol dont la partie requérante a besoin pour assurer le suivi de ses pathologies, aucune contre-indication n'avait été émise par ses médecins spécialistes au remplacement de celles-ci par des équivalents, il n'en va pas de même en ce qui concerne le Moxonidine et le Perindopril, repris dans la liste des 5 hypotenseurs que le cardiologue de la partie requérante estime nécessaires à la régulation d'une des pathologies majeures dont elle souffre, à savoir une hypertension sévère.

Il ressort en effet du dossier administratif que dans un courrier du 9 janvier 2013, le cardiologue de la partie requérante a adressé « une mise en garde par rapport au risque important pour la santé de la patiente dans le cadre de son hypertension sévère » en cas de retour au pays d'origine au regard de la difficulté pour sa patiente à obtenir les traitements qui lui ont permis de se stabiliser, à savoir 5 hypotenseurs qu'il cite : Moxonidine, Bisoprolol, Amlodipine, Périndopril et l'Hygroton-Chlortalidone. Le cardiologue constate, d'une part concernant la Moxonidine, qu'elle « [...] n'est malheureusement pas présente dans les médicaments disponibles au Congo; j'ignore si le Catapressan qui est le premier médicament commercialisé dans cette classe thérapeutique est disponible » et d'autre part que « [...] le Perindopril n'est pas disponible mais le Captopril fait partie de la même classe thérapeutique qui [sic] le grand désavantage d'être beaucoup moins bien toléré et de requérir plusieurs prises par jour sans offrir les mêmes protections cardio-vasculaires ». Il conclut, quant à la disponibilité du traitement, en constatant que « [...] l'accès au traitement de la patiente comporte pour ma part soit un non accès à

certains médicaments (Moxonidine) ou le remplacement par des molécules moins actives, moins bien tolérées ».

Or, il convient de constater que malgré cette mise en garde et le courrier explicite du cardiologue de la partie requérante, le médecin-conseil de la partie défenderesse - dont il n'est pas contesté qu'il est médecin généraliste et non spécialiste en cardiologie - d'une part, n'expose ni ne démontre avoir consulté un médecin spécialiste avant de modifier le traitement de la partie requérante par un traitement qu'elle qualifie d' « équivalent » en contradiction avec ce qui a été affirmé par le cardiologue traitant. Et d'autre part, ne motive en tout état de cause pas pour quelles raisons il s'est écarté des recommandations de ce cardiologue pour estimer que la Methydolpa était susceptible de remplacer la Moxonidine ni n'a exploré la voie du Catapressan qualifié de « premier médicament commercialisé dans cette classe thérapeutique ». Et ce d'autant que, comme le relève la partie requérante dans son recours, il ressort du certificat médical du 3 novembre 2009 que le cardiologue de la partie requérante avait déjà remplacé une précédente molécule médicamenteuse par la Moxonidine en raison d'un œdème des membres inférieurs provoqué par ladite molécule et qu'en outre la Methydolpa a notamment des effets secondaires importants pour les personnes ayant des antécédents de dépression - comme c'est le cas de la partie requérante depuis 2013 - ainsi qu'il ressort du document déposé au dossier administratif par la partie défenderesse intitulé « Antihypertenseurs centraux » tiré du répertoire commenté des Médicaments issu du site www.cpib.be indiquant que les effets secondaires « potentiellement graves » du Methyldopa incluent la dépression. Il s'ensuit que l'analyse à laquelle a procédé le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas pris en considération toutes les spécificités de la situation de santé de la partie requérante.

Il en va également ainsi en ce qui concerne le remplacement du Perindopril par l' « IEC » dont il n'est tout d'abord pas permis de comprendre, pour un profane, à quel médicament il est fait référence ici, mais dont il semblerait, à l'examen des pièces médicales versées au dossier administratif par le médecin-conseil de la partie défenderesse qu'il serait remplacé par le Captopril ou l'Enalapril (Medcoi BMA 5594). Or, il ressort du même courrier du 9 janvier 2013 rédigé par le cardiologue de la partie requérante que celui-ci avait estimé que le remplacement du Perindopril par le Captopril (médicament repris dans la LME et dans les informations MEDCOI) avait le « grand désavantage d'être beaucoup moins bien toléré et de requérir plusieurs prises par jour sans offrir les mêmes protections cardio-vasculaires ». Toutefois, le médecin-conseil de la partie défenderesse s'est à nouveau dispensé d'exposer les raisons pour lesquelles il estimait que malgré la mise en garde expresse du cardiologue de la partie requérante sur le risque d'intolérance, il a décidé pouvoir remplacer le Perindopril par le Captopril, s'abstenant ainsi de prendre en considération toutes les spécificités de la situation de la partie requérante.

Il s'ensuit, qu'au vu de ce qui précède, la partie défenderesse qui a fondé la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'avis médical de son médecin-conseil concluant à la disponibilité de l'ensemble du traitement médicamenteux nécessaire à soigner les pathologies de la partie requérante, viole l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 combiné au « principe de prudence selon lequel l'administration se doit de procéder à un examen concret, complet, attentif, loyal et sérieux des circonstances de la cause » et à l'obligation de motivation formelle.

2.2.3. En ce que la partie défenderesse fait valoir dans sa note d'observations que « [le médecin-conseil] a alors examiné la disponibilité des médicaments au pays d'origine, soit au Congo. Il cite une série de sources sur base desquelles il a pu conclure que les médicaments, sous leur forme actuelle ou équivalente, y sont disponibles. Il convient de préciser, à ce sujet, que la loi ne prescrit nullement que les médicaments identiques (même marque par exemple) soient disponibles. Des équivalents sont donc tout à fait suffisants dans le cadre de cet examen. Le médecin-conseil s'est également assuré de la disponibilité de services de médecine nécessaires pour assurer le suivi de la partie requérante. Ces déductions se vérifient à la lecture des sources citées, et reproduites au dossier administratif », cet argument ne permet pas d'inverser le constat selon lequel d'une part, il n'est pas question ici de « marques de médicaments » mais de molécules médicamenteuses adaptées aux spécificités des pathologies traitées et du profil de santé de la partie requérante et d'autre part le médecin-conseil de la partie défenderesse n'expose pas les raisons pour lesquelles il s'écarte de la mise en garde expresse du cardiologue de la partie requérante quant au risque en cas de remplacement des molécules prescrites par d'autres molécules médicamenteuses. Et ce d'autant qu'il n'expose pas non plus pour quelles raisons, en tant que médecin généraliste, il n'a pas jugé utile - comme suggéré dans les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 stipulant que « Le fonctionnaire médecin peut également,

s'il le juge nécessaire, recueillir l'avis de spécialistes» - de solliciter l'avis d'un cardiologue ou autre spécialiste compétent dans le domaine.

2.2.4. Il résulte de ce qui précède que cet aspect du moyen unique tel que résumé *supra* est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects de ce moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

2.2.5. Etant donné que le second acte attaqué, à savoir l'ordre de quitter le territoire du 7 novembre 2014, a été pris en exécution du premier acte attaqué et en constitue donc l'accessoire, il convient également de l'annuler.

3. Débats succincts

3.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit 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.

3.2. Les décisions attaquées étant annulées 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 1^{er}

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 7 novembre 2014, est annulée.

Article 2

L'ordre de quitter le territoire pris le 7 novembre 2014, est annulé.

Article 3

La demande de suspension est sans objet.

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

Mme B. VERDICKT, présidente f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffière.

La greffière,

La présidente,

A. KESTEMONT

B. VERDICKT