



## Arrêt

n° 237 409 du 24 juin 2020  
dans l'affaire X

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître B. BRIJS  
Rue de Moscou 2  
1060 BRUXELLES

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**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 15 février 2018, par X, qui déclare être de nationalité algérienne, 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 21 décembre 2017.

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.

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 19 février 2018 avec la référence X

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 20 janvier 2020 convoquant les parties à l'audience du 17 février 2020.

Entendu, en son rapport, J. MAHIELS, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me A. NACHTERGAELE *loco* Me B. BRIJS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me A. NOKERMAN *loco* 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. Le requérant est arrivé en Belgique en 2010 muni d'un visa long séjour pour études.

Il s'est vu délivrer le 29 novembre 2010 une carte A, qui a été prolongée annuellement, et ce, jusqu'au 31 octobre 2015.

1.2. Le 22 octobre 2015, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant un ordre de quitter le territoire (annexe 33 *bis*).

1.3. Le 21 avril 2016, le requérant a introduit une demande de séjour fondée sur l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après dénommée la « loi du 15 décembre 1980 »).

Le 18 juillet 2016, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu son rapport médical.

Le 20 juillet 2016, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande de séjour non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire. Le recours introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par le Conseil, par son arrêt n°184 685 du 30 mars 2017 (affaire 195 237).

1.4. Le 21 octobre 2016, le requérant a introduit une nouvelle demande de séjour fondée sur l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980.

Le 18 décembre 2017, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu son rapport médical.

En date du 21 décembre 2017, la partie défenderesse a pris une décision déclarant la demande de séjour non fondée ainsi qu'un ordre de quitter le territoire.

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

- S'agissant de la décision déclarant non fondée la demande :

*« 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.*

*Le requérant invoque à l'appui de sa demande de régularisation de plus de trois mois, des problèmes de santé pour lesquels des soins médicaux seraient nécessaires en Belgique.*

*Le médecin fonctionnaire de l'OE a été saisi afin d'évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 18.12.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé du requérant ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au pays d'origine l'Algérie.*

Dès lors,

1) *il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou*

2) *il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne*

3)

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

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire :

*« L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article (des articles) suivant(s) 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 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : Le requérant n'est pas en possession d'un passeport muni d'un Visa valable. »*

## **2. Exposé des moyens d'annulation**

2.1. La partie requérante invoque « un premier moyen pris de :

- la violation de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, notamment ses articles 2 et 3 ;
- la violation de la loi du 15 décembre 1980 [...] notamment ses articles 9ter et 62 ;
- la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après CEDH);
- la violation des principes généraux de droit et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives ; »

2.1.1. Dans une première branche intitulée « l'absence de motivation adéquate quant à la disponibilité des soins », elle soutient, en substance, que « la partie adverse procède à un examen de la disponibilité du traitement médical du requérant de manière générale et théorique, et même erronée ; [...]. [La partie défenderesse] se réfère à cet égard aux informations de la base de donnée MedCOI qui montrent la disponibilité du suivi et du traitement Merhylprednisolone, Interférons bêta, Paracétamol, Tramadol. Elle considère aussi qu'Interférons bêta est un équivalent thérapeutique du Fumarate de diméthyle. Premièrement, les rapports MedCOI sont non-publics et très succincts, les seules réponses étant oui ou non. Il n'y a donc aucune nuance dans la disponibilité des différents traitements. Or dans un pays aussi grand que l'Algérie il est clair qu'un simple « oui » en réponse à une question sur la disponibilité d'un traitement n'est pas suffisant pour avoir un réel aperçu de celle-ci et de son éventuelle répartition sur le territoire. Quant aux différents traitements disponibles, la partie adverse propose Interférons bêta comme substitut au Tecfidera (Fumarate de diméthyle), qui est le traitement actuel du requérant. [...] Autant la décision entreprise que la source citée présentent Interférons bêta comme un équivalent du Copaxone, qui était le premier traitement du requérant jusqu'à la poussée survenue en mai 2017. Dans sa lettre du 06.03.2017, le Dr [P.] envisageait la possibilité de remplacer le Copaxone par les interférons bêta. Il remarquait que l'efficacité des deux substances était identique mais pointait le risque d'un éventuel changement de traitement et le temps d'adaptation au nouveau traitement. Or, suite à la poussée survenue dans la première année de traitement, les médecins neurologues qui ont examiné le requérant ont décidé de commun accord de modifier le traitement, ayant constaté que Copaxone n'était plus suffisamment efficace. Le nouveau traitement utilisé, Tecfidera, n'est donc pas un remplacement équivalent au Copaxone, mais un traitement plus puissant rendu nécessaire par l'évolution de la maladie. [...] Le requérant a encore transmis le 8 septembre et le 19 octobre 2017, deux attestations de médecins neurologues algériens confirmant l'un l'indisponibilité du Tecfidera, l'autre l'impossibilité d'une prise en charge correcte vu l'indisponibilité des « nouvelles thérapies » en Algérie. ([...]) Le requérant a encore, ajouté au dossier un rapport circonstancié du Dr [C.] expliquant au regard de l'évolution du patient que le Copaxone n'était « pas suffisamment efficace », contrairement au Tecfidera qui « pourrait contribuer à ralentir l'évolution de la maladie et de la charge lésionnelle ». ([...]) Une simple recherche sur internet permet de trouver assez facilement des compte-rendus d'études autorisées concluant à l'efficacité supérieure du Tecfidera par rapport aux inférons bêta et au Copaxone. A titre d'exemple cet extrait d'un article du Professeur Christian Sindic, président du Groupe Belge d'Etude de la sclérose en plaques, montre que pour un patient qui serait peu réceptif au Bêtaféron ou au Copaxone mais bien réceptif au Tecfidera, un changement de traitement permettrait de passer de 30% à 60% de diminution des poussées, soit une efficacité doublée : [...] La lettre du Dr [P.] du 13 février 2018 confirme également la supérieure efficacité du Tecfidera pour le cas du requérant, et ce de manière référencée : [...] Notons que les références citées ont été publiées antérieurement à l'adoption de la décision entreprise, et auraient dû être connues du médecin fonctionnaire de l'Office des étrangers, d'autant qu'elles viennent confirmer les avis concordants des spécialistes déjà versés au dossier. Le Dr [P.] confirme également que le Tecfidera a été bien toléré par le requérant, et que celui-ci n'a plus connu de poussée depuis qu'il est passé du Copaxone au Tecfidera, [...] En considérant que les inférons β constituent un traitement équivalent, le médecin conseil de la partie adverse se départit donc des conclusions des médecins traitants du requérant sans même avoir rencontré personnellement le requérant, sans avoir pris contact avec les médecins traitants du requérant et ce alors qu'il n'est pas spécialiste en neurologie, contrairement aux médecins traitants du requérant. » Elle se réfère à l'arrêt du Conseil n°154 753 du 16 octobre 2015 et ajoute que « la partie adverse ne pouvait pas non plus se contenter de l'avis d'un médecin généraliste pris dans un tel contexte [...] ».

Elle soutient également que « dans sa lettre du 6 mars 2017, le Dr [P] insiste également sur l'importance de l'accessibilité d'un contrôle annuel par IRM, [...]. A ce sujet, la médecin conclut à la disponibilité de cette technologie en basant sur les requêtes MedCoi, fournissant des informations sommaires. Or, il n'est nullement contesté que des machines IRM existent dans les hôpitaux algériens. La question se pose au niveau de l'accès en urgence à ces machines. En effet, lors de la survenance d'une crise soudaine telle que celle qui s'est produite au mois de mai 2017, il est nécessaire d'avoir accès à un

dispositif IRM en urgence afin de réaliser un diagnostic exact et d'administrer le traitement adapté. [...] L'avis du Dr [D.], neurochirurgien algérien, évoque une impossibilité de prise en charge correcte de la sclérose en plaque. (Pièce 12) Cette difficulté existe notamment en raison du mauvais état des scanners IRM des hôpitaux publics, expliqué notamment par la mauvaise gestion et la corruption. Le fait que les scanners IRM soient régulièrement en panne dans les hôpitaux publics algériens entraînerait de graves conséquences en cas de nouvelle poussée de la maladie, rendue plus probable par l'arrêt du Tecfidera ou son remplacement par un traitement moins efficace. »

Elle soutient également que « la lettre du 6 mars 2017 du Dr [P.] pointe encore l'importance d'un traitement de seconde ligne au cas où la maladie évolue, même silencieusement. Il avertit que ces traitements de 2ème ligne sont indisponibles en Algérie, et signale que cette inaccessibilité peut mener à un handicap sévère et irréversible en cas d'évolution de la maladie. La sclérose en plaques ne se guérit pas, la seule utilité du traitement adéquat est de ralentir l'aggravation de la maladie. Cette aggravation est donc loin de n'être qu'une possibilité hypothétique. Pourtant, l'avis du médecin conseil de la partie adverse ne pose même pas la question de la disponibilité des traitements de deuxième et troisième ligne. Cette absence totale de réponse à un risque avéré, pointé par un spécialiste dans une attestation déposée au dossier, susceptible d'entraîner un handicap sévère et irréversible, constitue un grave manquement à l'obligation de motivation de la partie adverse qui doit entraîner l'annulation des décisions entreprises. [...] »

2.1.2. Dans une seconde branche, intitulée « examen général et théorique en ce qui concerne l'accessibilité du traitement du requérant », elle soutient, en substance, que « L'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 prévoit que l'appréciation de la demande médicale se réalise notamment quant à l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine. Il résulte des travaux parlementaires que le traitement adéquat 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 ». En l'espèce, la partie adverse se base de manière théorique sur l'existence d'un système de sécurité sociale en Algérie. Or, la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter invoquait déjà, sur base de pièces, que [...] se posait également un problème d'accessibilité : les médicaments qui sont disponibles sont « particulièrement coûteux ». La décision attaquée se réfère au régime algérien de sécurité sociale couvrant les salariés d'une part et d'autre part les non-salariés. Il apparaît clairement de la source citée que ce double régime est réservé aux travailleurs salariés ou non salariés (indépendants). Or, les observations générales [...] ne sont pas applicables à la situation du requérant qui est en incapacité de travail depuis l'accident subi en janvier 2016 [...]. [...]. [...], le requérant a transmis à la partie adverse une copie de la décision prise par le Conseil médical le 14 avril 2017 relativement à l'invalidité de l'intéressé. (Pièce 14) L'incapacité de travail est également mentionnée dans les certificats médicaux envoyés à la partie adverse (not. Pièce n°6). En ne tenant pas compte de cet élément essentiel déposé au dossier administratif, la partie adverse a manqué de manière flagrante à son obligation de motivation. »

Elle soutient également que « L'affirmation selon laquelle « la législation met à charge de l'Etat les dépenses de soins aux démunis non assurés sociaux » n'est aucunement référencée. Il n'est pas précisé à quelle législation la décision se réfère, ni si cette législation est appliquée en pratique. A contrario, les informations disponibles sur le pays font état de grandes inégalités dans l'accès au soin malgré l'existence d'un système de sécurité sociale, au point que le coût du traitement devienne un obstacle insurmontable dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies, dont fait partie le requérant. » Afin d'appuyer ses propos, elle reproduit de brefs extraits d'un rapport de 2010 du comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies et du FIDH, ainsi qu'une déclaration d'Amnesty International sur un projet de loi. Elle ajoute que « Ces rapports démontrent que l'accès aux soins n'est pas garanti en pratique pour les citoyens algériens les plus démunis. Quant à l'affirmation selon laquelle « une demande doit être introduite auprès de la CNAS » pour les non assurés sociaux qui voudraient obtenir la prise en charge de la maladie chronique, elle ne dit rien de l'accès effectif aux soins. Au contraire, elle tend à montrer l'existence d'un obstacle aux soins, ce qui est confirmé par les O.N.G. »

Elle soutient également que « Pour toute considération individualisée sur la situation du requérant, la décision entreprise évoque le nombre d'années qu'il a passées en Algérie pour en conclure qu'il a « dû y tisser des liens sociaux et familiaux » avec des personnes susceptibles de financer les traitements dont il a besoin. Plutôt que d'émettre de telles conjectures, le médecin conseil de la partie adverse aurait pu rencontrer le requérant et l'entendre sur sa situation familiale, ce qui lui aurait permis d'expliquer que son père est décédé, que sa mère survit grâce à une petite pension, et que personne n'est en mesure

de prendre en charge les lourds frais médicaux qu'entraînerait un traitement sur place pour autant qu'il soit disponible, *quod non* en l'espèce. »

2.2. Elle conclut que « [...] Il ressort de l'ensemble de ces constatations que l'examen de l'accessibilité réalisé par le médecin fonctionnaire n'est pas sérieux et concret et ne démontre absolument pas l'existence de soins de santé accessibles, [...]. [...] En adoptant une décision d'éloignement sans démontrer qu'elle a procédé à un examen attentif, rigoureux et in concreto de la situation médicale du requérant alors que celui-ci a fait valoir des griefs sérieux quant à la violation de l'article 3 CEDH en cas de retour, la partie adverse viole l'article 3 de la CEDH ainsi que son obligation de motivation. [...] »

### 3. Discussion

3.1.1. Sur le moyen, le Conseil rappelle 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'expliquer 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.

3.1.2. Aux termes de l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980, tel qu'applicable en l'espèce, « *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 troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe, portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ». Le cinquième alinéa indique 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 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 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 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.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la décision attaquée repose sur l'avis médical du 18 décembre 2017, établi sur la base des documents médicaux produits par le requérant et aux termes duquel le médecin fonctionnaire a conclu que du point de vue médical, la pathologie dont souffre l'intéressé n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en Algérie. Il n'y a donc pas, du point de vue médical, de contre-indication à un retour au pays d'origine.

3.3. S'agissant de la « *pathologie active actuelle* », le médecin fonctionnaire a constaté que le requérant souffre, entre autres affections, d'une « *Sclérose en plaque de formes relapsing-remitting avec une unique poussée identifiée lors de la 1<sup>ère</sup> année de traitement et examen neurologique quasi normal suivant le rapport du 10.11.2017 du neurologue le Dr [G.]*. »

Sous la rubrique « *Traitement actif actuel* », le médecin fonctionnaire indique que celui-ci consiste, notamment, en la prise de « *Tecfidera (Furamate de diméthyle) et en crise Solumedrol (Méthylprednisolone)* ».

A cet égard, le médecin fonctionnaire a précisé que « *Suivant les recommandations de l'EBM, Fumarate de diméthyle choisi par le spécialiste le Dr [P.] bien que connaissant son indisponibilité en Algérie, n'est pas nécessairement le 1<sup>er</sup> choix pour remplacer Copaxone. Interféron béta, disponible en Algérie peut être une excellente alternative thérapeutique en 1<sup>ère</sup> ligne. En effet : Suivant le CBIP, Les interférons béta et le Glatiramère (Copaxone) sont utilisés comme 1<sup>er</sup> choix. La place de ... et du Fumarate de diméthyle n'est pas encore claire.* » Suivant l'EMBPractice, « *Les thérapies immunomodulatrices utilisées en premier ressort dans la SEP sont l'interféron béta, l'acétate de glatiramère, le tériflunomide et de fumarate de diméthyle* ».

3.4. Le Conseil rappelle que le Conseil d'Etat, aux termes d'un arrêt dont il fait sien les enseignements, a jugé 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* » (CE, 6 octobre 2016, n°236.016 ; dans le même sens : CE, 1<sup>er</sup> mars 2016, n°233.986).

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

3.5. La partie requérante conteste les conclusions du médecin fonctionnaire. Elle soutient, notamment, que « *Le nouveau traitement utilisé, Tecfidera [(furamate de diméthyle)], n'est [...] pas un remplacement équivalent au Copaxone [(Glatiramère)], mais un traitement rendu plus puissant rendu nécessaire par l'évolution de la maladie* » et qu'« *Autant la décision entreprise que la source citée présentent [les] Interférons béta comme un équivalent du Copaxone, qui était le premier traitement du requérant jusqu'à la poussée survenue en mai 2017* ».

Le Conseil observe, comme le souligne la partie requérante dans sa requête, que la source utilisée par le médecin fonctionnaire en vue d'appuyer son avis quant à la substitution de médicaments, provenant du site du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), précise qu'« *Il ne semble pas y avoir de différences quant à l'efficacité entre les différents interférons  $\beta$ , ni entre les interférons et le glatiramère. [...]. La place du [...] du fumarate de diméthyle n'est pas encore claire.* »

S'il ressort du répertoire pharmacologique consulté par le médecin fonctionnaire, que les trois médicaments (glatimère, interférons  $\beta$  et furamate de diméthyle) sont des traitements de première ligne, mais que le glatimère et les interférons  $\beta$  sont de même efficacité, le Conseil reste sans comprendre les raisons qui conduisent le médecin fonctionnaire à estimer qu'un médicament qui n'est plus efficace, le Copaxome, peut être remplacé par un médicament de la même efficacité. Si certes, la place du furamate de diméthyle n'est pas encore claire d'après cette unique source, il n'en reste pas moins que le Tecfidera a été prescrit par des médecins spécialistes en neurologie qui ont estimé ce traitement plus puissant (voir notamment les attestations du 24 mai 2017 et 25 octobre 2017).

Au vu de ces constats, le Conseil reste dans l'ignorance des raisons qui ont conduit le médecin fonctionnaire à conclure que « *le suivi médical nécessaire et les médicaments prescrits au requérant ou*

*des équivalents thérapeutiques qui peuvent valablement les remplacer sans nuire à sa sécurité sont disponible en Algérie ».*

Partant l'avis du fonctionnaire médecin, et par voie de conséquence, l'acte attaqué sur lequel il se fonde, n'est pas adéquatement motivé.

3.6. L'argumentation de la partie défenderesse, développée à cet égard en termes de note d'observations, n'est pas de nature à énerver ce constat. Ainsi, le Conseil ne peut que s'interroger lorsque la partie défenderesse affirme que « *le traitement actuel de la partie requérante contient du Fumarate de diméthyle, molécule également présente dans les interférons bêta* » - sans aucune autre précision ou renvoi à un texte médical, alors que le médecin fonctionnaire a indiqué que le fumarate de diméthyle n'est pas disponible en Algérie.

3.7. Il résulte de ce qui précède que la première branche de l'unique moyen, ainsi circonscrite, est fondée et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner la seconde branche du moyen qui, à la supposer fondée, ne pourrait entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

3.8. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du requérant constituant l'accessoire du premier acte attaqué, il s'impose de l'annuler également.

#### **4. Débats succincts**

4.1. 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.

4.2. Les actes attaqués étant annulés par le présent arrêt, 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<sup>er</sup>**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 21 décembre 2017, 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 vingt-quatre juin deux mille vingt par :

Mme J. MAHIELS, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme A. KESTEMONT, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. KESTEMONT

J. MAHIELS