



Arrêt

n° 246 844 du 24 décembre 2020
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. GRINBERG
Rue de l'Aurore 10
1000 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 le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE F.F. DE LA III^{ème} CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 18 décembre 2017, par X, qui se déclare de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation « de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980 prise le 19.10.2017 et notifiée le 20.11.2017 (...) ainsi que l'ordre de quitter le territoire (annexe 13) qui en est son corollaire (...) ».

Vu le titre 1^{er 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 « la loi » ci-après.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 12 novembre 2020 convoquant les parties à l'audience du 4 décembre 2020.

Entendu, en son rapport, V. DELAHAUT, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me FLASSE *loco* Me M. GRINBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *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. Le requérant serait arrivé sur le territoire belge le 23 avril 2016.

1.2. En date du 19 septembre 2016, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9^{ter} de la loi, laquelle a été déclarée non fondée par une décision assortie d'un ordre de quitter le territoire prise par la partie défenderesse le 19 octobre 2017.

Cette décision, qui constitue l'acte attaqué, est motivée comme suit :

« 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 (sic) 2010 portant des dispositions diverses.

Monsieur [T.A.T.J.G.] 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'intéressé 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 du requérant.

Dans son rapport du 16/10/2017 (joint, sous plis fermé (sic), en annexe de la présente décision), 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 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 à un retour au pays d'origine, le Congo (Rép. dém.).

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'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne.

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

2. Exposé du moyen d'annulation

2.1. Le requérant prend un moyen unique, subdivisé en *quatre branches*, « 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 ; de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 41, 47, 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, des principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause, du défaut de motivation et de l'erreur manifeste d'appréciation ».

2.1.1. Dans une *première branche*, le requérant fait valoir ce qui suit : « En vertu de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers (sic), les personnes gravement malades pour lesquelles un retour dans le pays d'origine entraînerait un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique ou un risque de subir un traitement inhumain ou dégradant doivent pouvoir obtenir un droit au séjour en Belgique.

La partie adverse doit démontrer qu'un retour de la personne étrangère dans son pays d'origine n'entraînerait pas un traitement inhumain ou dégradant et ne constituerait pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

La motivation de la décision attaquée doit dès lors permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité.

En l'espèce, la demande introduite par [lui] le 23.09.2016 a été déclarée recevable le 04.01.2017.

Il est dès lors incontestable que la partie adverse considère que [ses] pathologies pourraient entraîner « un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour ».

En date du 19.10.2017, la partie adverse a cependant déclaré [sa] demande non fondée.

Cette décision se base sur l'avis médical du 16.10.2017 du Dr [L.] qui conclut que le traitement médicamenteux et le suivi médical nécessités par [son] état de santé sont disponibles et accessibles en RDC.

Dans la mesure où l'avis donné par le médecin-conseil rejette la demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi du 15.12.1980, sans que l'Office des Etrangers n'exerce un quelconque pouvoir d'appréciation à cet égard, il est de jurisprudence constante de votre Conseil qu'« il y a lieu de considérer que cet avis est indissociablement lié à la décision d'irrecevabilité ainsi prise, dont il constitue le fondement indispensable et déterminant » (voir not. CCE, arrêt n° 176 381 du 17 octobre 2016).

Partant, le contrôle de légalité qu'exerce votre Conseil, doit s'appliquer de la même manière à l'égard de l'avis médical du 16.10.2017, et il est nécessaire en l'occurrence de vérifier si la partie adverse et le médecin conseil ont tous deux «pris en considération tous les éléments de la cause et procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui [leur] ont été soumis » (voir en ce sens not. CCE, arrêt n° 178 770 du 30 novembre 2016).

Pour rappel, [son] traitement médicamenteux consiste en : Alfuzocine • Isoten • Zocor • Cordarone • Metformax • Allopurinol • Asaflow • D-cure • Moxon • Jentaduet • Tivicay • Injectafer • Temesta • Descovy • Magnetop • Movicol • Magnepasmil • Diazepam • Coversyl • Colchicine • Hygroton • Paracetamol • Amlor.

Il nécessite par ailleurs un suivi médical assuré par des spécialistes en infectiologie, cardiologie, urologie, hématologie, oncologie et endocrinologie.

Les certificats médicaux joints à la demande de séjour mettent en exergue que [son] traitement est prescrit à vie et ne peut être interrompu sous peine d'une aggravation vers l'insuffisance terminale pouvant aller jusqu'à son décès ».

Dans un point consacré à la « [...] disponibilité du suivi médical », le requérant soutient ce qui suit : « Le Docteur [E.L.] conclut à la disponibilité du suivi auprès d'un généraliste, d'un cardiologue, d'un endocrinologue, d'un hématologue, d'un interniste, d'un urologue.

Pour arriver à une telle conclusion, le médecin conseil se base sur le résultat de demandes faites auprès de la base de données MedCOI (BMA 10158 du 04.10.2017).

Une analyse de ce document révèle l'absence totale d'informations concernant la disponibilité d'un suivi auprès d'un oncologue !

Le MedCOI indique simplement la présence d'un interniste au Centre hospitalier de Monkole. Ce suivi auprès d'un interniste, sans connaître sa spécialisation ne peut cependant être jugé comme suffisant et adéquat dès lors que, parmi les internistes, on retrouve les spécialités médicales suivantes : cardiologie, pneumologie, néphrologie, gastroentérologie, hématologie, oncologie, infectiologie, dermatologie, rhumatologie, endocrinologie et neurologie.

Or, le Dr [H.] qui [le] suit avait pourtant préconisé ce suivi oncologique très important dans la mesure où ils avaient découvert en 2016 un adénocarcinome prostatique et que son patient a été opéré (prostatectomie radicale et orchidectomie bilatérale) pour cette pathologie (voir dossier administratif) ! [...] ».

2.1.2. *Dans une deuxième branche*, le requérant fait également valoir ce qui suit : « En décembre 2016, [il] a subi une modification des éléments composant sa trithérapie, à savoir que la Truvada a été remplacée par du Descovy.

Ce médicament n'est par ailleurs pas disponible en RDC.

Dans son avis, le médecin conseil estime cependant à propos de ce remplacement «parce que ce nouveau traitement présenterait une toxicité moindre entre autres au niveau rénal ne se justifie pas » et il s'en réfère à un avis de la Commission de la transparence de la haute autorité de santé et à d'autres informations publiées sur des sites internet. Il indique également que [son] insuffisance rénale s'est corrigée en mai 2016 (avis médical du 16.10.2017, p. 5).

Or, il ne résulte nullement des rapports médicaux [le] concernant que cette modification s'est justifiée uniquement à cause de son insuffisance rénale !

Le Dr [N.], chef de service en infectiologie à l'hôpital CHR Sambre et Meuse et qui [le] suit avait en effet justifié le remplacement de ce traitement, en décembre 2016, en expliquant que : « Cette modification se justifie par un risque important de toxicité médicamenteuse liée à tous les traitements du patient ainsi qu'à ses nombreuses comorbidités (hypertension artérielle sévère, néoplasie prostatique, pic monoclonal, infection par le VIH, diabète). Ce nouveau traitement, présentant une toxicité nettement moindre, est donc clairement indiquée (*sic*) dans son cas » (voir dossier administratif, attestation du 07.12.2016) !

Il est manifeste que le médecin conseil n'a pas procédé à un examen individualisé compte tenu de [son] état de santé particulier mais qu'il s'est limité à émettre des conclusions générales !

Le Dr [N.] répond par ailleurs à l'avis du médecin conseil, dans une nouvelle attestation du 06.12.2017, en indiquant que le traitement qui est proposé par le Dr [L.] n'est pas adéquat pour son patient et elle en justifie les raisons (...).

Il est donc clair que la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que le traitement par Descovy [lui] prescrit - qui n'est pas disponible dans son pays d'origine - ne se justifiait pas et qu'il pouvait être remplacé par le traitement par Truvada - qui serait disponible en RDC.

En outre, il est particulièrement malvenu de la part du Dr [L.], médecin conseil, qui [ne l'a] jamais vu, qui est un médecin généraliste (...) et qui n'a dès lors pas de compétence et de formation particulière dans le domaine très spécifique de l'infectiologie, de remettre en question le diagnostic posé par le médecin spécialiste qui [le] suit !

Le Conseil d'État a d'ailleurs souligné à plusieurs reprises que :

« il appartient à l'autorité, saisie d'une demande d'autorisation de séjour ou de prorogation de séjour pour motif médical d'apprécier les circonstances de l'espèce et de procéder aux investigations nécessaires pour pouvoir se prononcer en parfaite connaissance de cause; qu'en présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement du demandeur; la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en "verzekeringsgeneeskunde" et en "gezondheidseconomie", n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre le demandeur» (arrêt n° 111.609 du 16.10.2002)

Pour rencontrer cette jurisprudence, l'article 9ter §1er alinéa 2 de la loi du 15 décembre 1980 et l'article 4 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 prévoient la possibilité pour la partie adverse de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste.

Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, précisent en effet que : «l'appréciation des éléments susmentionnés est laissée à un fonctionnaire médecin qui fournit un avis au fonctionnaire qui a la compétence de décision sur la demande de séjour. Ce fonctionnaire médecin relève administrativement de l'Office des étrangers, mais est totalement indépendant dans son appréciation d'éléments médicaux pour lesquels le serment d'Hippocrate prévaut. Le fonctionnaire médecin peut également, s'il le juge nécessaire, recueillir l'avis de spécialistes » (...).

En l'espèce, la partie adverse n'a pas estimé nécessaire ni de consulter un spécialiste, ni de prendre contact avec l'équipe médicale [l'] entourant afin de collecter des informations supplémentaires alors qu'il se mettait en porte à faux avec le traitement prescrit par le Dr [N.], infectiologue. Elle n'a pas non plus jugé utile de désigner un expert indépendant pouvant rendre un avis sur [son] état de santé et le traitement médicamenteux qui lui est prescrit.

Cette attitude est d'autant plus inacceptable que les documents médicaux déposés mettent en exergue un risque vital pour [lui] à brève échéance en cas de non prise de son traitement.

Partant, la partie adverse viole de façon flagrante les principes de bonne administration énoncés au présent moyen ».

3. Discussion

3.1. Sur la *première branche* du moyen unique, le Conseil observe que la décision entreprise est principalement fondée sur un rapport établi le 16 octobre 2017 par le médecin-conseil de la partie défenderesse sur la base des certificats médicaux produits par le requérant, rapport qui décrit les nombreuses pathologies dont ce dernier est atteint, liste les traitements actifs actuels nécessités par son état de santé et examine la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi dans son pays d'origine.

Le Conseil relève toutefois que plusieurs documents médicaux déposés par le requérant font référence à la nécessité « d'un suivi régulier » en infectiologie et en cancérologie à la suite de la prostatectomie radicale totale et l'orchidectomie bilatérale réalisées en juin 2016 en raison de la pathologie agressive et d'un traitement « par radiothérapie non exclue dans le futur » .

Or, dans sa décision, la partie défenderesse s'est référée à l'avis de son médecin conseil qui considère que « [...] Les informations provenant de la base de données non publiques MedCOI montrent la disponibilité du suivi (généraliste, cardiologue, endocrinologue, hématologue, interniste, urologue, matériel d'autocontrôle de la glycémie, dosage de ferritine de la fonction rénale) ».

Il s'ensuit que le grief formulé par le requérant, selon lequel « Le Docteur [E.L.] conclut à la disponibilité du suivi auprès d'un généraliste, d'un cardiologue, d'un endocrinologue, d'un hématologue, d'un interniste, d'un urologue. Pour arriver à une telle conclusion, le médecin conseil se base sur le résultat de demandes faites auprès de la base de données MedCOI (BMA 10158 du 04.10.2017). Une analyse de ce document révèle l'absence totale d'informations concernant la disponibilité d'un suivi auprès d'un oncologue ! Le MedCOI indique simplement la présence d'un interniste au Centre hospitalier de Monkole. Ce suivi auprès d'un interniste, sans connaître sa spécialisation ne peut cependant être jugé comme suffisant et adéquat dès lors que, parmi les internistes, on retrouve les spécialités médicales suivantes : cardiologie, pneumologie, néphrologie, gastroentérologie, hématologie, oncologie, infectiologie, dermatologie, rhumatologie, endocrinologie et neurologie. Or, le Dr [H.] qui [le] suit avait pourtant préconisé ce suivi oncologique très important dans la mesure où ils avaient découvert en 2016 un adénocarcinome prostatique et que son patient a été opéré (prostatectomie radicale et orchidectomie bilatérale) pour cette pathologie (voir dossier administratif) ! », est fondé et que la partie défenderesse a failli à son obligation de motivation formelle.

L'argumentation développée en termes de note d'observations, selon laquelle « La partie adverse relève qu'il ne ressort d'aucun certificat médical qu'un suivi oncologique serait actuellement nécessaire au requérant. Il est vrai qu'à la suite de la prostatectomie radicale totale subie par le requérant, un suivi trimestriel par un spécialiste avait été prescrit au requérant (cfr. CMT du 19 juillet 2016 et CMT du 16 août 2016). Toutefois, aucun certificat médical récent n'atteste de la poursuite d'un suivi oncologique, fût-ce tous les 6 ou 13 mois, tel que préconisé par le médecin [M.] (cfr. CMT du 19 juillet 2016) et par le docteur [H.] (cfr. CMT du 16 août 2016) », n'est pas de nature à remettre en cause les considérations qui précèdent, dans la mesure elle s'apparente à une motivation *a posteriori* qui ne peut rétablir la légalité de la décision querellée et pallier le caractère insuffisant de sa motivation.

3.2. Sur la *deuxième branche* du moyen unique, le Conseil relève que le requérant souffre d'une hypertension artérielle, d'une infection par HIV, d'un diabète de type 2, d'un adénocarcinome de la prostate, d'une probable nécrose myocardique, d'une arythmie ventriculaire, d'un petit épanchement péricardique, d'une gammopathie monoclonale à IgG kappa de type MGUS, d'une angiosclérose, d'une carence en vitamine D, de la goutte et d'une anémie ferriprive, pathologies qui requièrent le traitement médicamenteux suivant : « Alfuzocine, Isoten, Zocor, Cordarone, Metformax, Allopurinol, Asaflo, D-cure, Moxon, Jentaducto, Tivicay, Injectafer, Temesta, Descovy, Magnetop, Movicol, Magnepasmil, Diazepam, Coversyl, Colchicine, Hygroton, Paracetamol, Amlor ».

Le Conseil remarque également que dans son courrier médical daté du 19 août 2016, le Dr [V.D.] mentionnait ce qui suit : « Ces différentes pathologies sont interdépendantes et sont des facteurs aggravants les uns envers les autres (...). Un suivi régulier (trimestriel et/ou semestriel) des différentes pathologies (spécialistes et mise au point telles (*sic*) que prises de sang etc...) ainsi qu'un accès au traitement sans interruption est donc indispensable pour assurer sa survie future ». En outre, si certes le Dr [S.N.], chef du service d'infectiologie, indiquait dans la rubrique « antécédents personnels » de son rapport médical du 21 avril 2017 ce qui suit : « découverte de la séropositivité pour le VIH en mai 2016 avec taux de CD4 initial à 260/ μ l et remplacement du Truvada par Descovy en décembre 2016 suite à un problème de toxicité rénale », elle précisait toutefois ce qui suit : « Je soussignée, Dr [N.S.], spécialiste en pathologies infectieuses, certifie que Monsieur [T.J.G.], né le [...] 1948 doit bénéficier d'une modification de sa trithérapie, à savoir remplacement du Truvada par du Descovy. Cette modification se justifie par un risque important de toxicité médicamenteuse liée à tous les traitements du patient ainsi qu'à ses nombreuses comorbidités (hypertension artérielle sévère, néoplasie prostatique, pic monoclonal, infection par le VIH, diabète). Ce nouveau traitement, présentant une toxicité moindre est clairement indiqué dans son cas ».

Le Conseil rejoint dès lors le requérant en ce qu'il allègue que « Dans son avis, le médecin conseil estime cependant à propos de ce remplacement « parce que ce nouveau traitement présenterait une toxicité moindre entre autres au niveau rénal ne se justifie pas et il s'en réfère à un avis de la Commission de la transparence de la haute autorité de santé et à d'autres informations publiées sur des sites internet. Il indique également que [son] insuffisance rénale s'est corrigée en mai 2016 (avis médical du 16.10.2017, p. 5). Or, il ne résulte nullement des rapports médicaux [le] concernant que cette modification s'est justifiée uniquement à cause de son insuffisance rénale ![...] Il est manifeste que le médecin conseil n'a pas procédé à un examen individualisé compte tenu de [son] état de santé particulier mais qu'il s'est limité à émettre des conclusions générales ! ».

Le Conseil observe également, à la suite du requérant, qu'en vertu de l'article 9^{ter}, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi, qui dispose que le médecin conseil « [...] peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts », il était loisible au médecin conseil de la partie

défenderesse de s'adresser aux médecins spécialistes du requérant afin d'obtenir de plus amples informations s'il s'estimait insuffisamment informé par les différents éléments développés dans la demande d'autorisation de séjour et dans ses compléments. En effet, s'il a été estimé que ce médecin conseil « [...] jouit d'une entière liberté dans son appréciation des certificats médicaux, et [qu']un examen additionnel ou des renseignements complémentaires ne sont pas requis » c'est dans le cas où « [...] la situation médicale de l'intéressé peut être clairement constatée sur la base du dossier de l'intéressé » (voir aussi Doc. Parl. Chambre 2005-2006, n° 2478/001, 345-35). Or, en l'espèce, le médecin conseiller de la partie défenderesse - qui est médecin généraliste et qui n'a pas rencontré le requérant - remet en cause le choix du traitement décidé par les médecins spécialisés de ce dernier en postulant que « le remplacement après 6 mois de Truvada par Descovy parce que ce nouveau traitement présenterait une toxicité moindre entre autres au niveau rénal ne se justifie pas. La Commission de la transparence de la haute autorité de santé a considéré que DESCOVY n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la stratégie de prise en charge des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1. Par ailleurs, l'insuffisance rénale mentionnée en mai 2016 s'est corrigée à l'arrêt de médicaments responsables (Zestril et Aldactazine) ; Dans son rapport de consultation du 01.06.2016 le Dr [D.N.] interniste décide d'initier le traitement HIV avec Truvada et Tivicay. Elle précise que la fonction rénale est normalisée. Elle n'a donc pas jugé utile à ce moment de proposer l'association plus récente Descovy (qui n'existera pas sous forme générique avant plusieurs années). La fonction rénale est restée normalisée dans les rapports qui la mentionnent par la suite malgré la prise d'une polymédication dont Truvada ». Or, outre que dans cette appréciation, il a été constaté ci-dessus que le médecin conseil de la partie défenderesse n'a pas tenu compte de tous les éléments qui ont été soumis à son appréciation, le Conseil constate, dans ce cas d'espèce très particulier et complexe, il n'est pas permis de comprendre les raisons pour lesquelles il s'est abstenu de contacter les spécialistes afin d'assurer sa complète information avant de contredire le choix du traitement élaboré par lesdits médecins spécialistes qui suivent le requérant, voire de remettre en cause la pertinence du traitement, et ce alors même que de toute évidence, il ne se trouvait pas dans l'hypothèse manifeste où « [...] la situation médicale de l'intéressé peut être clairement constatée sur la base du dossier de l'intéressé ».

Au regard de ce qui précède, il appert que la partie défenderesse a failli à son obligation de motivation formelle, commis une erreur manifeste d'appréciation et violé l'article 9^{ter} de la loi.

Dans sa note d'observations, la partie défenderesse objecte que « Le requérant se méprend sur la portée de l'avis du médecin fonctionnaire qui ne propose nullement de revenir à l'ancienne médication du requérant, mais établit, au contraire, que les composantes thérapeutiques du Descovy, ou leur équivalent, sont disponibles au Congo. Les considérations du médecin fonctionnaire selon lesquelles le remplacement après six mois du Truvada par le Descovy ne se justifiait pas en l'espèce apparaissent surabondantes, de sorte que le requérant ne justifie d'aucun intérêt à critiquer cet aspect de l'avis du médecin fonctionnaire ». Sur ce point, le Conseil ne peut que constater que cet argumentaire est erroné et partant inopérant dans la mesure où les composantes thérapeutiques du Descovy, soit Emtricitabine + Tenofovir alafenamide, sont « not available » selon les termes de BMA 10158 du 14 octobre 2017 au contraire du Truvada, « coché » au moyen d'un trait apposé au stylo, laissant à penser que le médecin conseil en a examiné la disponibilité.

3.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique, tel qu'il est circonscrit, est fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres branches du moyen unique, qui, à les supposer fondées, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.4. Il s'impose également d'annuler l'ordre de quitter le territoire notifié à la même date que la première décision attaquée et qui en constitue l'accessoire.

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 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, assortie d'un ordre de quitter le territoire, déclarant la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9^{ter} de la loi non fondée, prise le 19 octobre 2017, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le vingt-quatre décembre deux mille vingt par :

Mme V. DELAHAUT,

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

M. A. IGREK,

greffier.

Le greffier,

La présidente,

A. IGREK

V. DELAHAUT