



Arrêt

n° 283 557 du 19 janvier 2023
dans l'affaire X/ III

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître L. LUYTENS
Avenue de Laeken, 53
1090 BRUXELLES

Contre :

l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration

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

Vu la requête introduite le 25 juillet 2022, par X, X et leur fils X, qui déclarent être de nationalité népalaise, tendant à l'annulation de la décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour, prise le 3 mai 2022.

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 l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 10 aout 2022 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 25 octobre 2022 convoquant les parties à l'audience du 18 novembre 2022.

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

Entendu, en leurs observations, Me L. LUYTENS, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause

1.1. Le 1^{er} février 2005, la première partie requérante est arrivée sur le territoire belge et a sollicité la protection internationale le lendemain. Cette procédure s'est clôturée par une décision de refus de séjour avec ordre de quitter le territoire en date du 20 octobre 2015.

1.2. Le 12 juin 2005, la première partie requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'ancien article 9, alinéa 3, de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée sans objet en date du 15 juillet 2005.

1.3. Le 22 juin 2009, la première partie requérante a introduit une première demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9^{ter} de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été rejetée le 19 novembre

2012 et assortie d'un ordre de quitter le territoire. Le recours contre ces actes a été rejeté par le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après « le Conseil ») par un arrêt n° 105 414 du 20 juin 2013.

1.4. Le 21 août 2009, la deuxième partie requérante est arrivée sur le territoire belge.

1.5. Le 10 décembre 2009, les deux premières parties requérantes ont introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été rejetée en date du 12 août 2010.

1.6. Le 23 septembre 2010, la première partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été rejetée le 25 janvier 2012.

1.7. Le 15 octobre 2012, les deux premières parties requérantes ont introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 18 juillet 2013 et assortie d'un ordre de quitter le territoire sous la forme d'une annexe 13sexies.

1.8. Le 11 décembre 2012, la première partie requérante a introduit une deuxième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été rejetée le 3 mai 2013. Le recours contre cette décision a été rejeté par l'arrêt du Conseil n° 223 605 du 4 juillet 2019.

1.9. Le 23 décembre 2014, la première partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été rejetée en date du 12 janvier 2016.

1.10. Le 8 septembre 2015, les deux premières parties requérantes ont introduit une demande de protection internationale, laquelle a donné lieu à des décisions de refus de la qualité de réfugié et du statut de la protection subsidiaire prises par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides le 30 novembre 2015. Le recours contre ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 165 412 pris par le Conseil le 8 avril 2016.

1.11. Le 11 octobre 2015, les deux premières parties requérantes ont introduit une cinquième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 et de l'instruction du 19 juillet 2009, laquelle a été déclarée irrecevable le 8 décembre 2016 et assortie d'ordres de quitter le territoire.

1.12. Le 4 décembre 2015, la première partie requérante a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile. Le recours contre ce dernier a été rejeté par le Conseil par l'arrêt n° 169 847 du 15 juin 2016.

1.13. Le 7 décembre 2015, la deuxième partie requérante a fait l'objet d'un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, dont le recours a été rejeté par l'arrêt du Conseil n° 169 849 du 15 juin 2016.

1.14. Le 24 juin 2017, les deux premières parties requérantes ont introduit une quatrième demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée fondée en date du 12 février 2018. Le 12 février 2018, les parties requérantes ont été mises en possession d'un CIRE valable jusqu'au 22 février 2019, lequel a ensuite été prolongé jusqu'au 22 février 2021.

1.15. Le 3 mars 2021, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de leur titre de séjour, ainsi que des ordres de quitter le territoire. Le recours contre ces actes a été accueilli par l'arrêt du Conseil n° 264 448 du 29 novembre 2021.

1.16. En date du 23 mars 2021, la partie défenderesse a pris une décision de retrait de séjour assortie d'un ordre de reconduire, lesquels ont été notifiés le 24 mars 2021. Ces décisions ont été annulées par le Conseil par l'arrêt n° 264 455 du 29 novembre 2021.

1.17. Le 3 mai 2022, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour et des ordres de quitter le territoire. La première des trois décisions constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

« Me référant à la demande de prolongation de l'autorisation de séjour, introduite auprès de notre service par: [les parties requérantes]

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, introduit par l'article 5 de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980, en application de l'article 13 de la loi du 15 décembre 1980, modifié par l'article 12 de la loi du 15 septembre 2006, je vous informe que, conformément à l'article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007) et l'article 13 §3,2° de la loi du 15 décembre 1980, une suite favorable n'a pas pu être réservée à cette demande de prolongation du séjour.

En date du 24.06.2017, les intéressés ont introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter auprès de nos services. Cette demande a été déclarée fondée le 12.02.2018, et les intéressés ont été mis en possession d'un certificat d'inscription dans le Registre des Étrangers, valable jusqu'au 22.02.2019 et prorogé en dates du 08.03.2019, ce CIRE ne peut plus être prorogé.

Motif (s) :

Le problème médical Invoqué par Monsieur [K.R.K.], de nationalité, Népal, ne peut être retenu pour justifier la prolongation du titre de séjour conformément à l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, comme remplacé par l'article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

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

Dans son avis médical rendu le 03.05.202, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le dossier médical fourni et ses annexes ne permettent plus d'établir que l'intéressé souffre de maladies dans un état tel qu'elles entraînent un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent et sont accessibles au pays d'origine. Les séjours médicaux précédents avaient été accordés sur base de l'absence de traitement adéquat (le golimumab) au Népal. Actuellement, bien que le golimumab soit toujours indisponible au Népal, il y a deux alternatives thérapeutiques disponibles, à savoir l'adalimumab ou l'infliximab pour remplacer le golimumab comme inhibiteur du TNF/immuno-modulateur. Il s'agit donc d'un changement radical de la situation de santé du requérant et durable puisque ces deux molécules sont enregistrées pour être commercialisées. Le reste du traitement de cette polyarthrite rhumatoïde séropositive et de la cardiopathie ischémique ainsi que de la tachycardie ventriculaire (en ce compris le placement et le suivi d'un pacemaker) sont disponibles dans le pays d'origine. Dans ces conditions, plus rien ne s'oppose à un retour au pays d'origine.

Par conséquent, d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

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

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

- 1) 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) 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 il séjourne,*

Rappelons que le médecin de l'Office des Etrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis,

le médecin de l'OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).

Vu que les requérants ont déjà été radiés d'office, il faut contacter la direction régionale du Registre National afin de réaliser la radiation pour perte de droit au séjour. »

2. Question préalable

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse excipe de l'irrecevabilité du recours en ce qu'il n'est pas valablement introduit par les premières parties requérantes au nom de leur enfant mineur.

En l'espèce, le Conseil constate que, dans leur requête, les premières parties requérantes indiquent uniquement agir en leur nom propre et non pas en tant que représentant légal de leur enfant.

Or il n'est pas contesté que l'enfant des parties requérantes n'a pas, compte tenu de son âge, le discernement ni la capacité d'agir requis pour former seul un recours en annulation devant le Conseil.

2.2. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de conclure que l'application du droit belge conduit à déclarer la requête irrecevable en tant qu'elle est introduite par l'enfant des parties requérantes.

3. Examen des moyens d'annulation

3.1.1. La partie requérante prend un moyen unique tiré « de la violation des articles 9 ter et 13, §3, 2° et 62, §2 de la loi du 15 décembre 1980 [...], des articles 9 et 10 du KB du 17/5/2007 (MB 31/5/2007), de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 CEDH, les principes généraux de droit, en l'occurrence le principe de bonne administration de prudence et de proportionnalité, l'erreur manifeste d'appréciation et la violation de l'autorité de la chose jugée ».

3.1.2. Les parties requérantes prennent notamment une première branche, par laquelle elles invoquent l'autorité de chose jugée de l'arrêt n° 264 448 rendu par le Conseil le 29 novembre 2021, faisant valoir que la motivation de l'acte attaqué se fonde sur le même avis MedCoi du 5 février 2021 pour évaluer la disponibilité des médicaments adalimumab et infliximab, afin de remplacer le Golimumab comme inhibiteur TNF /immuno-modulateur, et pour « conclure que le CIRE ne peut pas être prolongé et que les conditions sur [la] base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé à tel point que cette autorisation n'est plus nécessaire » dès lors que ces molécules seraient disponibles au Népal. Or, elles rappellent les termes de l'arrêt susvisé dont elles reproduisent un extrait, qui a annulé la précédente décision de la partie défenderesse en estimant qu'il ne pouvait être considéré que « les conditions sur la base desquelles l'autorisation a été octroyée n'existent plus ou ont changé, qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire...(nous soulignons) ». Elles estiment que l'administration n'a nullement tenu compte des considérations et conclusions de cet arrêt relatives aux « informations insuffisantes sur la réelle disponibilité dans la durée », et s'est contentée de reproduire la même motivation pourtant jugée « insatisfaisante » tout en se contentant d'ajouter le considérant selon lequel « *Un délai d'une semaine pour obtenir l'infliximab ou l'adalimumab n'est pas problématique puisqu'il s'agit d'un traitement mensuel* ». Elle estime que cette motivation est inadéquate et insuffisante, le délai d'une semaine n'étant qu'une estimation et qu'il appartenait à la partie défenderesse « de faire une nouvelle évaluation et [de] démontrer *in concreto* la réelle disponibilité de ce traitement, -quod non. [...] ».

3.1.3. Les parties requérantes prennent notamment une deuxième branche relevant que l'avis MedCoi sur lequel est fondé l'acte attaqué date du 5 février 2021 et donc n'a pas été actualisé depuis la dernière décision annulée. Elles estiment donc que la partie défenderesse « méconnaît ainsi l'article 9 ter et le principe de bonne administration [violation du principe de minutie et de prudence], d'autant plus que la situation était déjà douteuse à l'époque », ces informations ne permettant nullement d'examiner la situation actuelle. Elle souligne à cet égard que le Népal est un pays qui a été particulièrement touché par la crise sanitaire liée à la pandémie Covid-19 et « qu'à tous les moins on pouvait s'attendre à ce que l'administration s'informe » ce qui n'a pas été le cas.

3.1.4. Les parties requérantes prennent notamment une troisième branche en ce que la partie défenderesse expose dans la décision attaquée que le traitement fondé sur la molécule Golimumab pourrait être remplacée par deux autres molécules, soit l'adalimumab ou l'infliximab, ce qu'elles contestent formellement. Elles estiment que la partie défenderesse méconnaît le principe de minutie et de prudence, au regard de la situation de santé de la première partie requérante, un jeune père de famille atteint d'une maladie chronique, sévère et évolutive. Elle relève que l'avis du médecin-conseil reprend les termes de l'attestation du médecin spécialiste du 5 mai 2021 qui mentionne que *« L'etanercept n'aurait pas été suffisamment efficace. Ce qui peut faire penser qu'il ne répondrait pas aux traitements par adalimumab et infliximab »* pour toutefois y répondre qu' *« aucun élément ne démontre que ces médicaments enregistrés chez nous ne seraient pas actifs chez ce patient pour lequel l'etanercept s'était démontré moins performant que le golimumab »*. Or, les parties requérantes rappellent avoir fourni une nouvelle attestation du 5 mai 2021 du spécialiste en rhumatologie qui suit la première partie requérante et qui stipule que *« le patient a déjà essayé auparavant un autre inhibiteur de TNS-Alpha, l'etanercept 50 G par semaine, mais celui-ci n'avait pas été suffisamment efficace, et avait été remplacé par le Golimumab. Le patient a présenté il y a deux ou trois ans une rechute de sa maladie articulaire et la dose de Golimumab avait dû être augmentée à deux injections de 50 mg par mois malgré une indication thérapeutique mensuelle. Le risque avait été pris car il n'y avait guère d'alternative et que la maladie était tellement agressive qu'elle provoquait une destruction articulaire. Il s'agissait de tenter de sauver la hanche gauche du patient, ce qui a malheureusement échoué, puisque l'articulation a dû être remplacée par une prothèse l'année passée .*

Le patient n'a pas répondu favorablement au traitement par Etanercept ce qui peut faire penser qu'il ne répondrait pas non plus aux traitements à base des molécules disponibles dans son pays, l'Adalimumab et l'infliximab ; changer une thérapie qui donne de bons résultats et permet un contrôle des plaintes articulaires est risqué, d'autant plus que malgré ce traitement le patient doit aussi prendre des DMARDS, comme Arava, associés à une petite dose de corticothérapie ».

Elles contestent la position de la partie défenderesse rappelant *« que le médecin traitant [de la première partie requérante] est clair quant à la sévérité de la maladie, son agressivité potentielle et le fait qu'il faut tenir compte de comorbidités et qu'il a bien expliqué qu'il y a une forte probabilité que ces deux médicaments ne seraient pas performant et qu'il ressort de l'avis du spécialiste que celui-ci a contre indiqué tout changement de molécule, ce qui pourrait provoquer de nouvelles poussées et/ou une aggravation de son état avec de nouvelles poussées ; que le médecin conseil méconnaît ces risques et estime ne pas devoir prévenir de tels risques (graves), ce qui est indigne de la profession et du serment d'Hippocrates »*.

Elles soutiennent que la partie défenderesse se devait à tout le moins d'apporter *« des arguments scientifiques et vérifiables pour défendre le changement de la médication sans effets néfastes sur la santé [...] [de la première partie requérante], -quod non »*.

Elles en déduisent que *« la disponibilité et l'accessibilité du Golimumab est ainsi clairement inchangée, par rapport aux avis préalables »* et que la partie défenderesse ne *« fait aucune référence à cette attestation qui s'exprime clairement contre un traitement avec des molécules de substitution et qui parle d'un risque ; que le médecin a aussi mis en garde, au vu de la complexité de l'état de santé du patient, qui est aussi atteint d'une maladie cardiovasculaire »*, constatant que l'administration passe *« sous silence cet aspect dans sa décision, pourtant manifestement essentiel »*.

3.2.1. A titre liminaire, sur le moyen unique, le Conseil rappelle que, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un *« moyen de droit »* requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué.

Le Conseil constate qu'en l'occurrence, la partie requérante s'abstient d'expliquer de quelle manière l'acte attaqué violerait l'article 13, §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980 et des articles 9 et 10 de l'arrêté royal du 17 mai 2017 d'autant qu'aucun ordre de quitter le territoire n'est visé par le recours. Il en résulte que le moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions.

3.2.2. Sur le reste du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, *« 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 »*.

A cet égard, l'exposé des motifs de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prévoit que cette disposition concerne « *les étrangers qui souffrent d'une maladie pour laquelle un traitement approprié fait défaut dans le pays d'origine ou de séjour, pour lesquels le renvoi représente un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique, ou qui implique un risque réel de traitement inhumain ou dégradant dans le pays d'origine ou de séjour [...]* » (Doc. Parl., Ch., 51, n° 2478/001, p. 34).

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter 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 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'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

S'agissant des obligations qui pèsent sur les autorités administratives en vertu de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, dont la violation est invoquée dans la deuxième branche du moyen, il est de jurisprudence administrative constante (voir, notamment : C.E., arrêts n° 97.866 du 13 juillet 2001 et 101.283 du 29 novembre 2001) que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite, mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé. Cette même jurisprudence enseigne également que l'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

Sur ce dernier point, le Conseil précise que le contrôle de légalité qu'il lui incombe de réaliser dans le cadre des recours qui lui sont soumis consiste, notamment, à vérifier si l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée 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, RvSt, n°101.624, 7 décembre 2001 et C.E., n°147.344, 6 juillet 2005).

3.2.3. En l'espèce, il découle de l'analyse des pièces versées au dossier administratif qu'en date du 12 février 2018, la partie défenderesse a pris une décision – visé au point 1.14. du présent arrêt – accordant une autorisation de séjour temporaire d'un an, renouvelable, aux parties requérantes « *suite aux raisons de santé invoquées dans sa demande et concernant Mr [K, R.K.]* ».

Dans la demande datée du 24 juin 2017, la première partie requérante invoquait être atteinte de plusieurs pathologies, dont une polyarthrite rhumatoïde séropositive, une cardiopathie ischémique, de l'HTA, une tachycardie ventriculaire et de l'hypercholestérolémie. La polyarthrite rhumatoïde séropositive nécessitait notamment en 2017 d'être traitée par le biais des « anti-TNF dont l'éthanercept », molécules pour lesquelles le médecin-conseil de la partie défenderesse constatait dans son avis médical du 17 janvier 2018 qu'ils « *ne sont actuellement pas disponibles au Népal* », ce qui a justifié la délivrance de l'autorisation de séjour temporaire.

Dans le cadre du précédent avis médical rendu le 1^{er} mars 2021, les certificats médicaux des médecins spécialistes de la première partie requérante datés de l'année 2020, révèlent qu'en ce qui concerne cette même pathologie de polyarthrite rhumatoïde séropositive, la nécessité d'un traitement composé notamment et essentiellement par du Simponi (gotimumab - inhibiteur du TNF - immuno modérateur) est prescrit par le spécialiste en rhumatologie. Dans ce cadre, le médecin-conseil de la partie défenderesse a toutefois estimé que « *cette requête [MedCoi] démontre la disponibilité au Népal [...]* de

l'adamimumab ou de l'infliximab pour remplacer le golimumab comme inhibiteur du TNF/immuno-modérateur [...] ». La décision de refus de prolongation de séjour du 3 mars 2021 fondée sur cet avis médical a toutefois été annulée par un arrêt n° 264 448 pris par le Conseil le 29 novembre 2021 au motif décisif selon lequel « [...] il apparaît effectivement que le golimumab prescrit au premier requérant depuis plusieurs années est indisponible au Népal, ce qui avait été confirmé dans l'avis médical du médecin conseil du 7 mars 2019 ayant conduit à l'octroi d'un titre de séjour temporaire. Dans l'avis médical du 1er mars 2021, sur lequel se fonde le premier acte querellé, il est précisé que l'adalimumab et l'infliximab peuvent remplacer le golimumab et constituent des inhibiteurs du TNF/immuno-modulateur. A supposer que ces molécules puissent être adaptées au premier requérant, ce qui n'est pas réellement contesté par les requérants dans le cadre du présent recours, il convient de s'interroger sur leur réelle disponibilité. En effet, la base de données MedCoi consultée par le médecin conseil indique que ces dernières molécules sont « available but currently experiencing supply problems, time of resupply : 1 week » (traduction libre : disponible mais rencontrant des problèmes de fourniture, temps de réapprovisionnement : 1 semaine), ce qui laisse supposer un éventuel problème dans la continuité des soins alors que ce médicament est nécessaire au premier requérant dès lors que son indisponibilité a donné lieu à un titre de séjour temporaire qui a déjà été prolongé en l'absence du médicament principal qui lui avait été prescrit, à savoir le golimumab. Concernant cette mention, la partie défenderesse ne se prononce pas réellement sur la possibilité pour le requérant de suspendre son traitement pendant le temps nécessaire au réapprovisionnement. Cependant, le fait qu'elle envisage la possibilité de faire des stocks démontre qu'elle estime que le traitement ne peut être suspendu. Dès lors, les informations issues de la base de données MedCOI ne peuvent être jugées suffisantes pour affirmer que les soins nécessaires au premier requérant sont désormais disponibles dans la durée au pays d'origine au vu de l'incertitude sur l'approvisionnement des molécules pouvant remplacer le golimumab mais également au vu de l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde qui a donné lieu récemment à la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche, ce qui tend à démontrer la nécessité et l'importance de la poursuite du traitement du premier requérant qui, malgré cela, connaît également une certaine aggravation de sa situation médicale. » (le Conseil souligne).

Par un email du 21 décembre 2021, les parties requérantes ont transmis par le biais de leur conseil, deux attestations complémentaires concernant la situation de santé de la première partie requérante, dont une attestation du 5 mai 2021 rédigée par le Docteur C. spécialisé en rhumatologie qui suit la première partie requérante depuis plusieurs années. Dans cette attestation, ledit médecin rappelle la gravité de la maladie en ces termes « une maladie articulaire agressive, séropositive, actuellement grade 4, avec épisodes de coxite gauche suivie d'une coxarthrose secondaire avec destruction articulaire importante pour laquelle une intervention chirurgicale pour mise en place d'une prothèse de hanche a été nécessaire » et souligne que « son traitement de fond ne pourra [...] être poursuivi [au Népal], car les deux molécules disponibles dans son pays, l'adalimumab et l'Infliximab, n'offrent aucune garantie d'efficacité pour sa pathologie » précisant que la première partie requérante « a déjà essayé auparavant un autre inhibiteur de TNS-Alpha, l'Etanercept 50 mg par semaine, mais celui-ci n'avait pas été suffisamment efficace, et avait été remplacé par le Golimumab » (le Conseil souligne). Le médecin poursuit en faisant valoir que « Le patient a présenté il y a deux ou trois ans une rechute de sa maladie articulaire et la dose de Golimumab avait dû être augmentée à deux injections de 50 mg par mois malgré une indication thérapeutique mensuelle. Le risque avait été pris car il n'y avait guère d'alternative et que la maladie était tellement agressive qu'elle provoquait une destruction articulaire. Il s'agissait de tenter de sauver la hanche gauche du patient, ce qui a malheureusement échoué, puisque, comme expliqué plus haut, l'articulation a dû être remplacée par une prothèse l'année passée ». Au sujet des molécules nécessaires à la situation de santé de la première partie requérante, le médecin expose que « malgré l'efficacité reconnue des inhibiteurs de TNF-Alpha, la réponse peut différer d'un patient à l'autre. Dans ce cas-ci, le patient n'a pas répondu favorablement au traitement par Etanercept ce qui peut faire penser qu'il ne répondrait pas non plus aux traitements à base des molécules disponibles dans son pays, l'Adalimumab et l'Infliximab. Changer une thérapie qui donne de bons résultats et permet un contrôle des plaintes articulaires est risqué, d'autant plus que malgré ce traitement le patient doit aussi prendre des DMARDS, comme Arava, associés à une petite dose de corticothérapie. » (le Conseil souligne).

Enfin, le médecin spécialiste déclare que d'un « point de vue de la maladie articulaire, personnellement, je ne conseille pas de changement de traitement de fond, ni par une autre molécule, ni par un traitement bio-similaire, car il s'agit d'un patient jeune qui présente une maladie auto-immune agressive avec séquelles articulaires importantes, et chez qui un risque de rechute reste important » et alors que « la maladie est actuellement stable, avec une rémission clinique dans le sens d'absence de nouvelle destruction articulaire » précisant que « ce résultat ne peut être garanti en cas de changement de

molécules qui pourrait présenter un risque de rechute. De plus, il faut savoir qu'un nouveau traitement nécessite minimum trois mois avant de faire son effet, période pendant laquelle le patient risque de développer de nouveaux problèmes articulaires ». Il conclut par ce rappel : « Malgré le consensus international, j'insiste sur le fait que même si tous les inhibiteurs anti-TNF-Alpha ont la même efficacité dans la polyarthrite rhumatoïde, la réponse à une molécule diffère d'un patient à l'autre. Changer une molécule efficace risque de déclencher une nouvelle poussée articulaire avec possible séquelle importante, risque que je ne suis pas prête à prendre et dont je ne vois pas l'utilité clinique » (le Conseil souligne).

Dans le cadre de l'avis médical du 3 mai 2022 qui a fondé l'acte attaqué, le médecin-conseil de la partie défenderesse a estimé à cet égard que « Cette première requête [MEDCOI] démontre la disponibilité au Népal du léflunomide, de la méthylprednisolone, de l'adalimumab ou de l'infliximab pour remplacer le golimumab comme inhibiteur du TNF/immuno-modulateur, du bisoprolol et de l'acide acétylsalicylique. [...]. Le suivi orthopédique y est disponible également. Un délai d'une semaine pour obtenir l'infliximab ou l'adalimumab n'est pas problématique puisqu'il s'agit d'un traitement mensuel. On a donc tout le loisir de commander le produit et de s'assurer à l'avance de sa disponibilité. Rappelons qu'il s'agit d'un médicament à usage hospitalier. Par ailleurs, aucun élément ne démontre que ces médicaments enregistrés chez nous ne seraient pas actifs chez ce patient pour lequel l'etanercept s'était montré moins performant que le golimumab » (le Conseil souligne).

A cet égard, le Conseil constate que l'extrait dudit avis médical ne permet pas de comprendre comment le médecin-conseil de la partie défenderesse est arrivé à la conclusion péremptoire qu'« (...) aucun élément ne démontre que ces médicaments enregistrés chez nous [l'adalimumab ou de l'infliximab] ne seraient pas actifs chez ce patient pour lequel l'etanercept s'était montré moins performant que le golimumab ». Et ce, au regard du fait que les indications contenues dans le certificat du 5 mai 2021 émanant d'un rhumatologue, soit d'un médecin doté de la spécialisation médicale relative à l'affection de la partie requérante - au contraire du médecin fonctionnaire qui est médecin généraliste – s'opposent formellement à la substitution du traitement actuel (golimumab) par un traitement de substitution tel que l'adalimumab ou de l'infliximab. En effet, les considérations émises par ce médecin spécialiste dans le certificat médical susvisé laisse apparaître que la première partie requérante souffre d'une maladie grave particulièrement agressive qui provoque une destruction articulaire, d'autant plus dangereuse que le patient est jeune, qu'elle a déjà dû se soumettre à une opération de la hanche gauche, qu'elle a essayé précédemment d'autres traitements d'inhibiteurs de TNS-Alpha, à savoir l'Etanercept qui n'ont pas été efficaces dans le cadre de son profil particulier, qu'une substitution du traitement actuel à un autre présente un risque de rechute très important d'autant que « même si tous les inhibiteurs anti-TNF-Alpha ont la même efficacité dans la polyarthrite rhumatoïde, la réponse à une molécule diffère d'un patient à l'autre », « qu'un nouveau traitement nécessite minimum trois mois avant de faire son effet, période pendant laquelle le patient risque de développer de nouveaux problèmes articulaires » et tenant compte du fait que ce traitement actuel a stabilisé l'état du patient et a permis à celui-ci de reprendre une vie plus normale. Enfin, le médecin spécialiste précise qu'il convient également de tenir compte de l'interaction des autres médicaments qui se conjuguent avec le traitement actuel (Arava, associés à de la corticothérapie).

Or la réponse apportée par le médecin-conseil de la partie défenderesse portant qu'« aucun élément ne démontre que [...] [l'adalimumab ou de l'infliximab] ne seraient pas actifs chez ce patient pour lequel l'etanercept s'était montré moins performant que le golimumab » aux considérations précises, détaillées et motivées émanant d'un médecin spécialiste suivant le patient depuis plusieurs années s'opposant à un traitement de substitution dans le cadre d'une maladie aussi particulière que la polyarthrite rhumatoïde articulaire séropositive agressive, apparaît amplement insuffisante et procède d'une appréciation déraisonnable de la situation de la première partie requérante en ce qu'elle fait fi de l'historique médical de cette dernière, du caractère totalement aléatoire de l'efficacité des molécules de substitution proposées au vu des échecs précédents dans des traitements inhibiteurs anti-TNS-Alpha, de l'association avec d'autres médicaments dans le traitement de la maladie et de la période d'adaptation nécessaire à un nouveau traitement.

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 9ter de la loi précitée 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.

Or, il résulte de ce qui précède que la formulation de l'avis du médecin fonctionnaire, rendu en l'espèce, ne permet pas de comprendre pour quelle(s) raison(s) il conclut à la disponibilité d'une molécule essentielle au traitement d'une de ces pathologies principales par le seul constat d'une part de l'indisponibilité dudit traitement, mais à la disponibilité d'un traitement de substitution excluant les particularités du profil du patient et les indications médicales du médecin spécialiste de ce dernier. Dans la mesure où cet avis est indissociablement lié à la décision de rejet attaquée et en constitue le fondement indispensable et déterminant, la motivation de l'acte attaqué est insuffisante et inadéquate.

Partant, le Conseil considère que la partie défenderesse a manqué à son obligation de motivation formelle en ne s'expliquant pas davantage sur ce qui l'a amenée à s'écarter des conclusions de l'attestation médicale déposée.

3.2.4. L'argumentation développée en termes de note d'observations selon laquelle la partie défenderesse fait valoir qu'« Afin de prétendre à une impossibilité de remplacer le golimumab par les deux médicaments visés dans l'avis du médecin conseil, le requérant se réfère à une attestation de 2021 dont il apparaît que le requérant avait déjà essayé auparavant un autre inhibiteur qui n'était pas suffisamment efficace » et constate que « ce médicament n'est pas l'un des deux visés dans l'avis du médecin conseil sans que des éléments concrets issus du dossier administratif du requérant et communiqués en temps utile à la partie adverse établissent une impossibilité d'une telle substitution *in specie* par les deux médicaments dont question dans l'avis du médecin conseil » ne suffit pas à inverser le constat de l'insuffisance de la motivation de l'avis médical et de l'acte attaqué selon lequel *« Actuellement, bien que le golimumab soit toujours indisponible au Népal, il y a deux alternatives thérapeutiques disponibles, à savoir l'adalimumab ou l'infliximab pour remplacer le golimumab comme inhibiteur du TNF/immuno-modulateur. Il s'agit donc d'un changement radical de la situation de santé du requérant et durable puisque ces deux molécules sont enregistrées pour être commercialisées »*.

3.2.5. Le moyen unique pris de la motivation de la violation des articles 9^{ter} et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs combiné au principe de bonne administration de prudence et de proportionnalité, est fondé et suffit à justifier l'annulation de l'acte attaqué.

4. 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^{er}

La décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour, prise le 3 mai 2022, est annulée.

Article 2

La demande de suspension est sans objet.

Article 3

Les dépens, liquidés à la somme de 372 euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.

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

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

La greffière,	La présidente,
---------------	----------------

A. KESTEMONT

B. VERDICKT