



Arrêt

n° 239 059 du 28 juillet 2020
dans l'affaire X / VII

En cause : X

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. PRUDHON
Avenue de la Jonction 27
1060 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la lutte contre la Pauvreté, et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE DE LA VII^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 30 juillet 2014, par X, qui déclare être de nationalité burkinabe, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 23 juin 2014, et d'un refus de prolongation [de] l'ordre de quitter le territoire, pris le 15 juillet 2014.

Vu le titre I^{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.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 18 juin 2020 convoquant les parties à l'audience du 16 juillet 2020.

Entendu, en son rapport, N. RENIERS, Présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me M. TANCRE *loco* Me C. PRUDHON, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me K. de HAES *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 8 novembre 2013, la requérante a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

Le 7 février 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile, à son encontre. Cette décision n’a fait l’objet d’aucun recours.

Le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit à l’encontre de la décision du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides, rejetant la demande susmentionnée (arrêt n° 124 234, prononcé le 20 mai 2014).

1.2. Le 19 février 2014, la requérante a introduit une demande d’autorisation de séjour, sur la base 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 (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.3. Les 12 juin et 19 juin 2014, la partie défenderesse a, successivement, prolongé le délai de l’ordre de quitter le territoire, visé au point 1.1., jusqu’au 22 juin 2014, puis jusqu’au 2 juillet 2014 (sur la base de l’article 52/3 de la loi du 15 décembre 1980, tel qu’applicable à l’époque).

1.4. Le 23 juin 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.2., recevable mais non fondée, décision qui a été notifiée à la requérante, le 1^{er} juillet 2014.

La décision déclarant non fondée une demande d’autorisation de séjour constitue le premier acte attaqué et 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 [...], comme remplacé par l’article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

La requérante [...] invoque l’application de l’article 9 ter en raison d’un problème de santé empêchant tout retour au pays d’origine.

Le médecin fonctionnaire de l’OE a été saisi afin d’évaluer ces éléments médicaux. Dans son avis médical remis le 19.06.2014, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l’OE indique que l’ensemble des traitements médicaux, suivis nécessaires et accessibilité sont disponibles au pays d’origine, que l’état de santé de la requérante ne l’empêche pas de voyager et conclut que d’un point de vue médical, il n’y a pas de contre-indication au pays d’origine au Burkina Faso.

Sur base de toutes ces informations et étant donné que l’état de santé de la requérante ne l’empêche pas de voyager, le Médecin de l’Office des Etrangers affirme dans son rapport que rien ne s’oppose, d’un point de vue médical, à un retour au pays d’origine, au Burkina Faso.

Dès lors,

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

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

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.

Les informations sur le pays d’origine se trouvent au dossier administratif ».

1.5. Le 3 juillet 2014, la partie défenderesse a, à nouveau, prolongé le délai de l'ordre de quitter le territoire, visé au point 1.1., jusqu'au 12 juillet 2014.

1.6. Le 11 juillet 2014, la requérante a introduit une demande de prolongation du délai de l'ordre de quitter le territoire, visé au point 1.1.

Le 15 juillet 2014, la partie défenderesse a rejeté cette demande. Cette décision, qui lui a été notifiée à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer, constitue le second acte attaqué, et est motivée comme suit :

« Suite à l'avis médical rendu en date du 19.06.2014 par le Médecin de l'Office des Etrangers (dans le cadre d'une demande de régularisation de séjour sur base de l'article 9ter introduite le 19.02.2014), il appert que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager. D'un point de vue médical, rien ne s'oppose à un retour au pays d'origine (Burkina Faso) ».

2. Question préalable.

2.1. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse soulève une exception d'irrecevabilité du recours, en raison du « défaut de connexité » entre les deux actes attaqués. Renvoyant à une jurisprudence du Conseil, dont elle estime l'enseignement applicable au cas d'espèce, elle soutient que « la requérante ne démontre pas [le] lien de connexité [entre ces actes]. En effet, la décision de non fondement 9ter fait suite à la demande d'autorisation que la requérante a introduite par courrier du 19 février 2014. La décision de refus de prolongation de l'ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile - du 7 février 2014 fait suite, quant à elle, à une demande introduite par courrier du 11 juillet 2014. [...] Le recours est partant irrecevable en tant que dirigé contre la décision de refus de prolongation de l'ordre de quitter le territoire, prise le 15 juillet 2014 ».

2.2. Ni les dispositions de la loi du 15 décembre 1980, parmi lesquelles spécialement l'article 39/69, § 1, 2°, ni le Règlement fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers, ne prévoient la possibilité qu'un recours puisse porter devant le Conseil la contestation simultanée de plusieurs actes distincts.

Dans plusieurs cas similaires, le Conseil a déjà fait application de l'enseignement de la jurisprudence constante du Conseil d'Etat, suivant lequel « une requête unique qui tend à l'annulation de plusieurs actes n'est recevable que s'il existe entre eux un lien de connexité tel que, s'ils avaient fait l'objet de requêtes séparées, les requêtes auraient pu être jointes [...]. Il n'y a pas de connexité entre deux objets lorsque l'annulation de l'un resterait sans effet sur l'autre. S'il n'y a pas de connexité entre le premier acte attaqué et les autres objets de la requête, seul le premier objet du recours doit être examiné. En règle générale, le principe de l'interdiction d'introduire plusieurs actions par un seul recours ne souffre de dérogation que si les éléments essentiels de plusieurs actions s'imbriquent à ce point qu'il s'indique, pour la facilité de l'instruction, pour éviter la contradiction entre plusieurs décisions de justice ou pour satisfaire à d'autres exigences inhérentes à une bonne administration de la justice, d'instruire comme un tout et de statuer par une seule décision » (voir, notamment, C.E., arrêts n°44.578 du 18 octobre 1993, n°80.691 du 7 juin 1999, n°132.328 du 11 juin 2004, n°164.587 du 9 novembre 2006 et n°178.964 du 25 janvier 2008).

2.3. A l'audience, la partie requérante a fait valoir que les actes attaqués sont connexes puisque, d'une part, le refus de prolongation du délai fixé pour quitter le territoire, se

réfère au premier acte attaqué, et, d'autre part, n'aurait plus lieu d'être en cas d'annulation de cet acte.

2.4. Toutefois, le Conseil observe que les deux actes attaqués ont été pris au terme d'une procédure distincte, à des dates différentes. Par ailleurs, l'ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, visé au point 1.1., dont la prolongation du délai était sollicitée, a été pris antérieurement au premier acte attaqué.

La motivation du second acte attaqué se réfère, non pas au premier acte attaqué, comme le prétend la partie requérante, mais à l'avis du fonctionnaire médecin, établi dans le cadre de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., lequel a constaté que l'état de santé de la requérante ne l'empêchait pas de voyager. Cette seule circonstance n'est pas de nature à établir le lien de connexité requis.

Enfin, l'allégation selon laquelle le second acte attaqué « n'aurait plus lieu d'être en cas d'annulation » du premier acte attaqué, n'est pas plus de nature à établir la connexité de ces actes. En effet, la partie requérante ne démontre pas la raison pour laquelle cette annulation entraînerait, *ipso facto*, le retrait du second acte attaqué.

Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que le second acte attaqué, à savoir le refus de prolongation du délai de l'ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, visé au point 1.1., doit être tenu pour dépourvu de tout lien de connexité, tel que défini par la jurisprudence administrative constante, rappelée ci-avant, avec le premier acte attaqué, à savoir la décision déclarant une demande d'autorisation de séjour, non fondée.

Le recours n'est dès lors recevable qu'en ce qu'il est dirigé à l'encontre du premier acte attaqué, qui sera ci-après dénommé « l'acte attaqué ». Seuls les griefs relatifs à cet acte seront examinés.

3. Examen du moyen d'annulation.

3.1.1. La partie requérante prend un moyen unique 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 (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, « du principe général de bonne administration », et « du principe de précaution », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

3.1.2. Dans une première branche, relevant que « concernant le traitement médicamenteux que doit prendre la requérante, le médecin conseiller fait référence à un rapport de l'OMS », et constatant que « le lien internet est le suivant : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/en/g> », et qu'il « ne fonctionne pas », elle soutient que « néanmoins, sur le site internet de la Wo[ri]d Health Organization, la requérante a trouvé une liste nationale des médicaments et des consommables médicaux essentiels au Burkina Faso (pièce 7) ; Que le lien internet est le suivant : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19525fr/s19525fr.pdf> Que ce document date de 2012 ; Qu'il a été rédigé par le Ministère de la santé du Burkina Faso avec le soutien de l'OMS ; Que ce document ne reprend nulle part l'information selon laquelle « *La disponibilité des médicaments essentiels est garantie par l'OMS* » ; Qu'en outre ce document ne contient aucune information concernant la disponibilité au Burkina Faso des médicaments repris sur cette liste ; Qu'au contraire, il s'agit d'un « document de référence » ; Que la note explicative de la liste nationale des médicaments essentiels

reprise dans ce document précise que le respect de cette liste contribue à l'amélioration rationnelle de l'utilisation de ces produits [...] ; Qu'elle ne garantit en rien la disponibilité des médicaments repris sur la liste ; Que par conséquent, le médecin conseiller ne prouve nullement la disponibilité effective de ces médicaments au Burkina Faso en 2014 ». S'agissant de la référence faite au site « <http://www.dgpml.sante.gov.bf/> », la partie requérante soutient que « ce lien est censé reprendre une liste de médicaments enregistrés en date du 4 mai 2012 et ainsi confirmer la disponibilité de l'Emtricitabine, du Tenofovir, du Lopinavir et du Ritonavir ainsi que l'association sulfatemethoxazole/triméthoprime ; Que cependant « la page ne peut pas s'afficher » (pièce 9) ; Que la partie requérante ne peut donc pas contrôler la réalité des motifs invoqués par la partie adverse ; Qu'en tout état de cause, une liste de médicament établie en 2012 ne permet pas d'affirmer que les médicaments de cette liste sont effectivement disponibles en 2014 ».

3.1.3. Dans une deuxième branche, relevant que « la décision attaquée est également motivée sur le fait que la requérante pourrait avoir accès aux soins médicaux au Burkina Faso ; Que le médecin conseiller relève que les informations déposées par la requérant[e] à l'appui de sa demande concernant l'accessibilité des soins au Burkina Faso ne peuvent pas être retenu[s] ; [...] », la partie requérante fait valoir que « la requérante a déposé à l'appui de sa demande de nombreux documents qui attestent de ruptures fréquentes des stocks de traitement antirétroviraux et des médicaments contre les infections opportunistes ; Que ces information[s] objectives attestent également que le suivi médical pour une personne souffrant du Sida n'est pas gratuit et n'est pas accessible au Burkina Faso ; [reproduction d'un extrait de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2.]. Attendu que la requérante avait dès lors déposé à l'appui de sa demande 9ter une série d'informations objectives prouvant qu'elle ne pourrait accéder à un traitement au Burkina Faso ; Que la partie adverse a totalement négligé de répondre à ces informations et arguments, se contentant de considérer que [la requérante] ne démontrait pas que sa situation individuelle était comparable à la situation générale ; Qu'au contraire, la requérante a déposé de nombreuses informations objectives qui attestent d'importantes ruptures de stocks, de ruptures du financement et du coût élevé du suivi médical ; Que la partie adverse ne répond absolument pas aux arguments de la requérante et ne se prononce pas sur ces ruptures de stocks ; Qu'il ressort de ce qui précède que la requérante n'aura pas accès aux soins dans son pays d'origine ; Que la décision attaquée souffre dès lors d'un défaut de motivation et procède d'une erreur manifeste d'appréciation ».

3.2. Sur ces aspects du moyen unique, aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 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* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants 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 prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités*

de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et 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, 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).

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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.

Enfin, 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'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi 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 (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.3. En l'espèce, à l'appui de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2., la requérante a produit, notamment, un certificat médical type, établi par un spécialiste en maladies infectieuses, le 11 février 2014, selon lequel :

« B/ DIAGNOSTIC [...]

1. Infection par le VIH au stade Sida (Syndrome d'immunodéficience Acquise) avec un taux de CD4 effondré à 67 cell/mm³ et une charge virale élevée (299 881 copies d'ARN/ml). Absence pour le moment d'infections opportunistes. Faiblesse et malaises à répétition. Un traitement antirétroviral est débuté en urgence ce 24 décembre 2013. L'infection par le VIH est une infection grave et mortelle. Cette infection entraîne l'apparition d'infections opportunistes responsables d'une dégradation progressive de l'état de santé physique et psychique avant d'entraîner la mort. Il est possible que des infections opportunistes se manifestent dans les semaines à venir étant donné qu'il faudra plusieurs mois avant que l'immunité de [la requérante] se restaure suffisamment pour la protéger [le Conseil souligne].

[...]

C/ Traitement actuel et date du début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B :

Traitement médicamenteux/matériel médical :

Un traitement antirétroviral à base de Prezista 800 mg 1X/J, Norvir 100 mg 1X/J, Truvoda 1X/J et Bactrim forte 1X/J a été débuté ce 24 décembre 2013 dans le Centre où elle réside. Il n'est pas exclu qu'un syndrome d'Immunoreconstitution survienne dans les semaines à venir [le Conseil souligne].

[...]

Durée prévue du traitement nécessaire :

Le traitement antirétroviral est un traitement à prendre quotidiennement, à vie pour permettre à l'immunité de [la requérante] de se reconstituer et de la protéger vis-à-vis de l'apparition d'infections opportunistes. En absence de traitement, vu le stade très avancé de l'infection par le VIH que présente [la requérante], des infections opportunistes surviendraient rapidement qui provoqueraient des souffrances importantes, altérant profondément son intégrité physique, avant d'entraîner la mort [le Conseil souligne]. Ce traitement ne peut pas être interrompu ni pris de façon approximative car autrement des résistances risqueraient d'apparaître ce qui compromettrait l'efficacité du traitement.

D/ Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement ?

En cas d'arrêt du traitement antirétroviral et étant donné que la charge virale est très élevée et que le taux de CD4 est effondré au moment où le traitement a été débuté, l'infection évoluerait rapidement avec l'apparition d'infections opportunistes au bout de quelques semaines [le Conseil souligne]. Il peut s'agir d'une toxoplasmose cérébrale entraînant un déficit neurologique focal ou d'une méningite à Cryptocoque ou encore d'une Pneumonie à Pneumocystis Carinii entraînant une dyspnée sévère ou une oesophagite à Candida ou encore un Sarcome de Kaposi délabrant. Lorsqu'elles se manifestent, ces infections entraînent des souffrances physiques et psychiques importantes avant d'entraîner la Mort. Il s'agit donc d'une maladie grave à un stade déjà avancé chez [la requérante] ».

Cette demande d'autorisation de séjour précisait également ce qui suit : « Les informations sur les disponibilités de traitements au Burkina Faso confirment que la requérante ne pourrait obtenir dans son pays d'origine les soins de santé dont elle a besoin. [...] L'Observatoire Communautaire d'Accès au[x] Services de Santé (OCASS) [...] dans son rapport de missions sur la disponibilité et l'accessibilité aux services contre le VIH/Sida au Burkina Faso de juillet 2013 [...] dénonce également les fréquentes ruptures de stocks des médicaments contre les infections opportunistes. Dans 12 structures sur 14, des ruptures de stocks ont été signalées [...]. [...] Le système de santé burkinabé contre le VIH repose donc essentiellement sur des partenaires financiers étrangers et rien ne permet d'affirmer que les structures sanitaires du pays ne feront pas face à de nouvelles ruptures de stock des traitements antirétroviraux et des médicaments contre les infections opportunistes dans les mois qui viennent. En outre, le suivi biologique est payant dans de nombreuses structures en raison d'un mauvais financement. [...] En cas d'infections opportunistes, [la requérante] n'aurait pas accès aux médicaments nécessaires ce qui entrainera son décès. Vu son état de santé très précaire qui nécessite un suivi médical renforcé afin de traiter l'apparition d'infections opportunistes [...], [la requérante] risque de subir un traitement inhumain et dégradant qui entrainera sa mort en cas de retour dans son pays d'origine. [...] ».

A l'appui de cette demande, la requérante a joint la copie d'un rapport intitulé « Disponibilité et accessibilité aux services contre le VIH/Sida au Burkina Faso », à jour en juillet 2013, émanant de l'Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé, ayant pour mission « de collecter les données sur les difficultés rencontrées par les communautés pour accéder aux services de santé, en vue de leur résolution par les détenteurs d'enjeux concernés ». Il est en outre précisé que « Ce dispositif couvre l'ensemble des treize régions du Burkina Faso, par la présence d'une association point focal dans chaque région ». S'agissant plus particulièrement de la disponibilité des médicaments contre les infections opportunistes (ci-après : IO), ce rapport indique notamment ce qui suit : « Sur les 14 structures visitées, seuls le CMA de Bousse et le CHUP CDG n'ont pas signalé de rupture de stock de médicaments IO au cours des douze derniers mois. Les 12 autres ont signalé des ruptures de stocks liées essentiellement dues à des dotations non régulières et ne tenant pas compte des besoins exprimés. Ce qui a également pour conséquence l'existence dans certaines structures, de stocks de médicaments contre les IO non utilisés, avec un risque accru de péremption. C'est le cas du CHUP CDG qui s'est vu livré du cotrimoxazole injectable, alors qu'il n'utilise pas cette forme. [...] ».

3.4. L'acte attaqué repose sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 19 juin 2014, et porté à la connaissance de la requérante, ainsi qu'il ressort de la requête. Cet avis est établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que la requérante est atteinte, notamment, de HIV, pathologie pour laquelle le traitement médicamenteux et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Cet avis mentionne, notamment, ce qui suit, s'agissant de la disponibilité des traitements requis :

« Les antirétroviraux suivants sont disponibles au Burkina Faso :

- inhibiteurs de la protéase virale : Lopinavir et Ritonavir.

- inhibiteurs nucléosidique et nucléotidique de la transcriptase inverse : Zidovudine, Lamivudine, Abacavir pour les inhibiteurs nucléosidiques et Tenofovir comme inhibiteur nucléotidique et en association, l'Emtricitabine et le Tenofovir.

Toutes ces données ont été recueillies sur le terrain dans le cadre du projet MedCOI.

Information de la base de données MedCOI:

• Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine engagés contractuellement par l'Office des conseillers médicaux qui relève du Ministère néerlandais de l'Intérieur et des Relations au sein du Royaume des 31.07.2013 et 13.11.2013 avec le numéro de référence unique BMA-4935 et BMA-5109.

La liste des médicaments enregistrés en date du 04.05.2012 tirée du site de la direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires du Burkina Faso en date du 12.10.2012 confirme la disponibilité de l'Emtricitabine, du Tenofovir, du Lopinavir et du Ritonavir ainsi que de l'association sulfaméthoxazole/triméthoprime.

Informations tirées du site : <http://www.dgpml.sante.gov.bf/>.

Notons toutefois que le Darunavir, comme le Raltegravir, a été utilisé au Burkina Faso dans le cadre d'études cliniques.

Informations tirées du site : http://www.crcf.sn/?page_id=109. ».

3.5. Il ressort du certificat médical type, mentionné au point 3.3., que la requérante, compte tenu de sa charge virale élevée, était fortement susceptible de contracter des infections opportunistes. A cet égard, en sus du traitement antirétroviral, il lui avait été prescrit un traitement à base de « Bactrim forte » ou « association sulfaméthoxazole/triméthoprime », en vue de prévenir de telles infections, ce qui n'est pas contesté par le fonctionnaire médecin.

Dans son avis, afin d'établir la disponibilité de ce traitement contre les infections opportunistes, le fonctionnaire médecin se fonde sur la liste des médicaments essentiels, dressée par l'Organisation mondiale de la santé, telle que complétée par le Ministère de la santé du Burkina Faso.

Toutefois, les informations figurant sur ce document ne suffisent toutefois pas à établir la disponibilité dudit traitement. En effet, si ce document comprend une énumération de produits médicamenteux – dont ceux prescrits à la requérante en vue de prévenir les infections opportunistes –, il ne permet pas d'établir que ces médicaments sont effectivement disponibles au Burkina Faso, le document ne contenant aucune information à cet égard.

Par ailleurs, dans cet avis, le fonctionnaire médecin ne se prononce pas quant aux ruptures de stocks, invoquées, en ce qui concerne les médicaments contre les infections opportunistes.

Il résulte de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas suffisamment motivé, à ces égards. Il en est de même de l'acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse se réfère à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée.

3.6. Dans la note d'observations, la partie défenderesse soutient qu'« En ce que la requérante soutient que la liste des médicaments essentiels dressée par l'OMS en 2012 n'est pas suffisamment actuelle, jugé par Votre Conseil : « la partie requérante n'étaye pas son assertion de défaut d'actualité par des éléments concrets et pertinents et n'indique pas en quoi les informations contenues dans lesdits courriers ne seraient plus valables actuellement. Le simple fait que ces documents remontent à 2006 et 2009 ne signifie pas

que leur contenu, dans le contexte d'une problématique comme celle de la présente cause, n'est plus d'actualité. » (CCE, arrêt n° 86.300 du 27 août 2012) ».

Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. En effet, la partie défenderesse ne remet pas en cause le constat, selon lequel la liste des médicaments essentiels ne renseigne pas quant à la disponibilité effective des médicaments prescrits à la requérante, en vue de prévenir les infections opportunistes.

3.7. Les aspects visés du moyen unique sont fondés, et suffisent à emporter l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a donc pas lieu d'examiner les autres aspects ou branches du moyen unique, qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts.

4.1. Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, en ce qui concerne l'acte attaqué, et rejetée pour le surplus, 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. L'acte attaqué étant annulé par le présent arrêt, et la requête en annulation étant rejetée pour le surplus, 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.

La décision déclarant une demande d'autorisation de séjour, non fondée, prise le 1^{er} juillet 2014, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension de l'exécution de l'acte visé à l'article 1., est sans objet.

Article 3.

La requête en suspension et annulation est rejetée pour le surplus.

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

Mme N. RENIERS, Présidente de chambre,

Mme N. SENEGERA, Greffière assumée.

La Greffière,

La Présidente,

N. SENEGERA

N. RENIERS