



## Arrêt

**n°275 928 du 11 août 2022  
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**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIIIÈME CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 2 décembre 2021, par X, qui déclare être de nationalité burkinabé, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 7 septembre 2021 et notifiés le 9 novembre 2021.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, dite « la Loi ».

Vu la note d'observation et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 8 mars 2022 convoquant les parties à l'audience du 26 avril 2022.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me TANCRE *loco* Me C. PRUDHON, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me G. VAN WITZENBURG *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause**

1.1. La requérante a déclaré être arrivée en Belgique le 4 novembre 2013.

1.2. Le 8 novembre 2013, elle a introduit une demande de protection internationale, laquelle n'a pas eu d'issue positive.

1.3. Le 7 février 2014, la partie défenderesse a pris, à l'encontre de la requérante, un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile.

1.4. Le 19 février 2014, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi.

1.5. 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 1.3., jusqu'au 22 juin 2014, puis jusqu'au 2 juillet 2014, sur la base de l'article 52/3 de la Loi, tel qu'applicable à l'époque.

1.6. Le 23 juin 2014, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.4. du présent arrêt recevable mais non fondée.

1.7. Le 3 juillet 2014, la partie défenderesse a, à nouveau, prolongé le délai de l'ordre de quitter le territoire visé au point 1.3. jusqu'au 12 juillet 2014.

1.8. Le 11 juillet 2014, la requérante a introduit une demande de prolongation du délai de l'ordre de quitter le territoire, visé au point 1.3. du présent arrêt, laquelle a été rejetée par la partie défenderesse en date du 15 juillet 2014.

1.9. Le 28 avril 2015, la partie défenderesse a pris, à l'égard de la requérante, un ordre de quitter le territoire.

1.10. Le 28 juillet 2020, le Conseil a, d'une part, annulé la décision visée au point 1.6. et, d'autre part, a rejeté le recours introduit en ce qu'il visait le refus de prolongation du délai d'un ordre de quitter le territoire, visée au point 1.8. dans un arrêt n° 239 059.

1.11. Le même jour, le Conseil a annulé l'ordre de quitter le territoire visé au point 1.9. dans un arrêt n° 239 060.

1.12. Le 24 septembre 2020, la partie défenderesse a, une nouvelle fois, déclaré la demande visée au point 1.4. du présent arrêt non fondée. Le même jour, elle a pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la requérante.

1.13. Le 29 juin 2021, le Conseil a annulé les décisions visées au point 1.12. dans un arrêt n° 257 452.

1.14. Le 6 septembre 2021, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu son avis médical.

1.15. Le lendemain, la partie défenderesse a déclaré la demande visée au point 1.4. du présent arrêt non fondée. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motifs :

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

*La requérante [T.O.L.] 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 06.09.2021, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicaux et suivis nécessaires sont disponibles et accessibles 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, le 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.*

*Le rapport de médecin de l'OE est joint à la présente décision. Les informations quant à la disponibilité et l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.*

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...).

Rappelons que l'article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».

1.16. A la même date, la partie défenderesse a pris à l'encontre de la requérante, un ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le second acte attaqué, est motivée comme suit :

«

#### MOTIF DE LA DECISION :

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

En vertu de l'article 7, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2. La requérante n'est pas en possession d'un visa valable ».

## 2. Exposé des moyens d'annulation

2.1. La partie requérante prend un moyen unique « de la violation de : art. 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ; art. 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ; article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales («CEDH») ; erreur manifeste d'appréciation ; du principe général de bonne administration ; du principe général de précaution, de prudence et de loyauté ».

2.2. Dans une première branche, « quant à la disponibilité des soins et traitements », elle soutient « QUE la décision attaquée est motivée sur le fait que le médecin conseiller de l'Office des Etrangers, dans son avis du 6 septembre 2021 (Pièce n° 2), estime que le traitement médicamenteux prescrit à Madame [T.O.] pour le traitement de son infection par le VIH, est disponible au Burkina Faso. Pour rappel, le certificat médical du 22 juillet 2021, transmis à la Partie adverse le 30 août 2021, le traitement actuel de Madame [T.] consiste en la prise d'EVIPLERA (traitement antiviral). Dans l'avis du médecin conseiller de l'Office des Etrangers du 6 septembre 2021, on peut lire, concernant la disponibilité du traitement prescrit à la Requérante, que la requête MeDCOI du 10 septembre 2020 « démontre la disponibilité de emtricitabine, du tenofovir, et de la nevirapine (de la même classe thérapeutique que la rilpivirine) ». Cet avis ajoute que « d'autres antirétroviraux sont disponibles: abacavir, lamivudine... si cela s'avérait nécessaire » (Pièce n° 2, p. 5). ALORS QUE concernant la disponibilité des suivis et traitements requis par l'état de santé de la Requérante, la Partie adverse renvoie à la base de données MedCOI. Il apparaît du dossier administratif que la requête MedCOI sur laquelle se fonde le médecin conseiller dans son avis du 6 septembre 2021, et donc la Partie adverse dans la décision attaquée du 7 septembre 2021, est celle datée du 10 septembre 2020 (ref : BMA 1398), c'est à dire celle sur laquelle se fondait déjà l'avis du médecin conseiller du 21 septembre 2020. Cet avis fondait la décision de la partie adverse du 24 septembre 2020, laquelle a été annulée dans l'arrêt de Votre Conseil du 29 juin 2021. Il faut donc commencer par constater que suite au prononcé de Votre arrêt du 29 juin 2021, lequel était largement motivé sur l'absence de démonstration de la disponibilité du traitement prescrit à la requérante à son pays d'origine, la Partie adverse n'a pas jugé utile et opportun de faire une nouvelle recherche au MedCOI et a estimé approprié de remotiver sa décision sur la base de la même source. Ce faisant, la Partie adverse est gravement contrevenue à son devoir de précaution, de prudence et de loyauté. Par ailleurs et de manière plus importante, rien n'indique que les informations contenues dans la requête MedCOI de septembre 2020 sont toujours d'actualité ce jour De la même façon que dans le recours introduit devant Votre Conseil en novembre 2020, il apparaît donc du dossier administratif que,

concernant la disponibilité de l'EVIPLERA, la recherche a donné comme résultat « Available but currently experiencing supply problems, time of resupply : unknown ». L'avis du médecin conseiller du 6 septembre 2021 manque toutefois de le souligner (ce qu'il avait pourtant fait dans son avis du 21 septembre 2021) mais relève «la disponibilité de emtricitabine, du tenofovir, et de la nevirapine (de la même classe thérapeutique que la rilpivirine) ». Cette simple motivation est à tout le moins incompréhensible dès lors que le médicament prescrit à la Requérante est l'EVIPLERA, et non pas la rilpivirine. Seule une relecture attentive de l'avis du médecin conseiller du 21 septembre 2020 permet en réalité de comprendre que l'EVIPLERA est composé de trois molécules (emtricitabine, rilpivirine et tenofovir), et de déduire qu'au vu du fait que la requête MedCOI du 10 septembre 2020 conclut également à l'indisponibilité de la rilpivirine («available but currently experiencing supply problems, time of resupply : unkown »), le médecin conseiller a, dans son avis du 6 septembre 2021, jugé utile de démontrer la disponibilité de emtricitabine, du tenofovir et de la nevirapine, qu'il explique être de la même classe thérapeutique que la rilpivirine. Le moins que l'on puisse dire est que la motivation de cet avis est largement lacunaire et que seule une connaissance approfondie du dossier et une recherche dans les décisions prises dans le passé (et dans les sources invoquées à l'appui de ces décisions), permet d'éventuellement comprendre la démonstration qu'entend faire le médecin conseiller de la partie adverse. Il est utile de souligner que dans son avis du 21 septembre 2020, le médecin conseiller se fondait sur la disponibilité des trois molécules suivantes, en substitut à la rilpivirine : l'emtricitabine, le tenofovir et l'etravirine. Le recours introduit à l'encontre de la décision prise par la Partie adverse le 24 septembre 2020 et Votre arrêt du 29 juin 2021 avaient toutefois épinglé que la requête MedCOI du 10 septembre 2020 précisait que l'etravirine faisait également l'objet de problèmes d'approvisionnement (« available but currently experiencing supply problems, time of resupply : 1 week »). Votre Conseil avait indiqué ce qu'il suit : « Ayant connaissance de la possibilité d'interruption temporaire d'une partie du traitement qu'il suggère, l'appréciation du fonctionnaire médecin, sur la base des informations susmentionnées, ne suffit pas à démontrer que le traitement de substitution, suggéré, pallierait au risque encouru par la requérante, en cas d'interruption du traitement requis » (arrêt du 29 juin 2021, n° 3.5.1). Au vu de cette motivation, il semblerait que le médecin conseiller de la Partie adverse ait jugé utile de simplement remplacer, dans son avis du 6 septembre 2021, la rilpivirine par la nevirapine. Cette motivation laisse perplexe et ne permet pas à la Requérante de s'assurer du fait que la nevirapine est effectivement un substitut à l'etravirine (ni même d'ailleurs que l'etravirine est un substitut de la rilpivirine...). Si tel était le cas, pourquoi cela n'avait-il pas été mis en exergue dans le précédent avis du médecin conseiller, de septembre 2020 ? Or, si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la Partie adverse, certainement dans le domaine médical, il n'en reste du moins, comme souligné à raison dans l'arrêt du 29 juin 2021, qu'il appartient à la partie adverse « 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 d'un recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet » (arrêt du 29 juin 2021, n° 3.5.3). Dans l'avis rendu par le médecin conseiller le 6 septembre 2021, rien ne permet de comprendre en quoi le traitement alternatif retenu serait approprié pour le traitement de Madame [T.O.]. Le fait que le médecin conseiller se soit fondé sur la même requête MedCOI qu'il y a un an, et qu'il n'ait opéré qu'un simple changement dans les molécules choisies a en réalité pour effet de fortement ébranler la confiance de la Requérante en l'administration et en l'avis rendu par le médecin conseiller, fondant la décision attaquée. 30. Les mêmes conclusions peuvent être tirées concernant la mention, dans l'avis du médecin conseiller du 6 septembre 2021, selon laquelle « d'autres antirétroviraux sont disponibles : abacavir, lamivudine,... si cela s'avérait nécessaire ». Cette même mention figurait d'ailleurs dans l'avis du médecin conseiller de septembre 2020, et Votre Conseil avait jugé que rien ne permettait de comprendre sur quels éléments se fondait le médecin conseiller pour arriver à une telle conclusion (arrêt du 29 juin 2021, n° 3.5.3, in fine). Madame [T.O.] rappelle en outre qu'elle avait produit, en date du 1er décembre 2020, une attestation du Ministère de la santé burkinabé, datée du 27 novembre 2020, dans laquelle était confirmée l'indisponibilité de EVILPLERA et notamment de sa composante rilpivirine au Burkina Faso (Pièce n° 11 ). Par ailleurs, le médecin conseiller n'ayant jamais rencontré ou ausculté Madame [T.O.], et ne connaissant donc absolument pas son profil médical, absolument rien ne peut lui permettre d'affirmer qu'un autre traitement médicamenteux pourrait facilement se substituer à celui qui lui a été prescrit, l'Eviplera. En effet, la Revue de la faculté de médecine et de médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain expliquait dans un article paru en 2018 que : « De façon pratique, avant la mise en route sous traitement, un bilan doit être réalisé comprenant l'historique complet des antécédents médicaux, familiaux, les vaccinations et la liste exhaustive de toutes les médications du patient. Un examen clinique complet (cutané, oral, aires ganglionnaires, foie, rate poumons cœur) doit être également réalisé. Le bilan biologique de base comprend des CD-I et une charge virale ainsi qu'un ionogramme, une fonction rénale (urée, créatinine, GFR), des enzymes hépatiques et des sérologies hépatite B -C. Un génotype du virus ainsi que la détermination du HLA B570J doivent faire partie du bilan initial, le H1A B5701 nous permettant d'exclure

la possibilité de mettre les patients sous un traitement qui comporte l'Abacavir (risque hypersensibilité) (7-8). D'autres examens biologiques ou radiologiques peuvent être réalisés en fonction des antécédents médicaux du patients. (...) Une fois le traitement mis en place, un suivi tri ou bi-annuel se fera chez le spécialiste avec suivi de la charge virale et des CD4. Le reste du bilan, surtout biologique, sert à suivre les éventuelles toxicités du traitement antirétroviral. Il faut se méfier à tout moment des interactions médicamenteuses puisque les patients porteurs du VIH ont également de nombreux autres traitements. Ces interactions médicamenteuses peuvent non seulement ruiner l'efficacité du traitement antirétroviral ou alors augmenter le risque de leur toxicité ou des toxicités des médicaments associés » (Pièce n° 5 - la Requérante souligne). Il ressort très clairement de ce qui précède que le choix d'un traitement plutôt qu'un autre ne peut être fait au hasard, sans connaître le patient et son dossier médical, et sans avoir au préalable procédé à une série d'examen. Dès lors il convient de commencer par constater que la Partie adverse, en préconisant la prise par Madame [T.O.] d'un autre traitement antirétroviral que celui qui lui a été prescrit a commis une erreur manifeste d'appréciation EN CE QUE l'avis du médecin conseiller estime que la requête MEDCOI « démontre la disponibilité au Burkina Faso du suivi médical de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine avec bilan trimestriel (dosage CD 4 et charge virale), du suivi gynécologique (avec mammographie, frottis de col, cryothérapie éventuelle) et échographie mammaire », et qu'il ressort de la requête MEDCOI jointe au dossier administratif que la quasi-totalité de ces suivis seraient disponibles au CHU de Tegandogo ; ALORS QUE ces informations ne peuvent être vérifiées dès lors qu'il n'existe visiblement aucun site internet pour le CHU de Tegandogo. Dès lors il existe de sérieuses raisons de douter de la réelle capacité des services de soins du CHU de Tegandogo à suivre l'état de santé de la Requérante ; En outre, ce centre hospitalier se trouve à Ouagadougou, soit à plus de 350 kilomètres de Bobo Dioulasso, d'où est originaire la Requérante. La Partie adverse n'a visiblement pas tenu compte de la situation personnelle de la Requérante. De plus, le CHU de Tegandogo a visiblement été réquisitionné depuis mars 2020 pour abriter le centre de prise en charge des malades du Covid-19 (Pièce n° 6 et Pièce n° 7). Dans de telles circonstances, la question de la disponibilité des traitements qui y sont normalement administrés est réelle puisqu'il semblerait que l'hôpital soit totalement saturé et on peut vraiment douter de sa capacité à encore traiter les patients « habituels ». Partant, absolument rien n'indique que les informations reprises dans la requête MedCOI sont correctes, et il faut conclure à la non-disponibilité des suivis médicaux nécessaires à Madame [T.O.] ».

2.3. Dans une deuxième branche, « quant à l'accessibilité des soins et des traitements », elle relève « QUE le médecin conseiller estime, dans son avis du 6 septembre 2021, reprenant identiquement la même motivation que son avis du 21 septembre 2020, que les documents joints à la demande d'autorisation de séjour de Madame [T.O.] « dénoncent de manière générale des problèmes liés aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au fait de dépendre du financement extérieur, aux longues attentes, à la faible accessibilité financière et géographique... » et que « ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante ». ALORS 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. Ces informations objectives attestent également du fait que le suivi médical pour une personne souffrant du Sida n'est pas gratuit et n'est pas accessible au Burkina Faso : « Bien que les médicaments antirétroviraux soient disponibles pour de plus en plus de malades au Burkina Faso, le pays a fait face à d'importantes ruptures de stocks ces dernières années. Selon le directeur du Réseau national des associations de personnes infectées et affectées par le VIH-Sida au Burkina (REGIPIV), Mamadou Sawadogo, le Burkina est presque entièrement dépendant du financement extérieur pour les questions de santé. Grâce et l'aide de ces partenaires internationaux, le Burkina Faso a rendu l'accès au traitement gratuit. Néanmoins, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose a coupé son financement jusqu'en 2014 en raison de la crise économique mondiale. Certaines molécules indispensables dans la combinaison du traitement ont dès lors été inaccessibles à de nombreuses personnes infectées par le VIH. La presse a déclaré que : « Aujourd'hui, certaines personnes font l'amer constat de la non-disponibilité des médicaments pour la continuité des traitements antirétroviraux » ; «Aujourd'hui, chez les personnes indigentes vivant avec le VIH Sida au Burkina, lorsque sonne l'heure de se rendre dans une formation sanitaire pour se faire servir les fameuses molécules nécessaires au suivi biologique régulier, c'est l'incertitude qui pointe au rendez-vous ». La stigmatisation reste également un problème au Burkina Faso, les malades préférant parcourir des centaines de kilomètres pour s'approvisionner en toute discrétion (pièce 8). Dans son rapport d'activité sur la riposte au SIDA au Burkina Faso 2012, ONUSIDA dénonce également la rupture de stock des traitements antirétroviraux fin 2011. Cette rupture a eu pour conséquence le non-enrôlement de nombreux malades. L'organisation dénonce également les difficultés d'accès financière et géographique au traitement ainsi que la mauvaise gestion des traitements. Elle reste également préoccupée par les frais liés aux analyses

biologiques. L'Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé (OCASS) déclare dans son rapport de missions sur la disponibilité et l'accessibilité aux services contre le VIH Sida au Burkina Faso de juillet 2013 que même si il n'y a pas eu de ruptures de stocks rapportées dans les 14 structures sanitaires visitées, 3 structures ont connu des tensions de stock. L'OCASS constate que des patients éligibles ne sont pas encore mis sous traitements antirétroviraux car il n'y a pas assez de concertation entre la médecine et la pharmacie mais surtout parce que « l'absence de ressource nécessaire pour honorer les frais du bilan biologique (...) les parents n'ont pas les moyens nécessaires pour assurer le bilan biologique ». L'OCASS dénonce un manque de disponibilité de ressources humaines dans 8 des 14 structures visitées. Bien que l'accessibilité financière des traitements antirétroviraux est confirmée, les patients sont souvent obligés de parcourir des dizaines de kilomètres pour aller chercher leur traitement ce qui engendre d'énormes dépenses que les personnes démunies ne savent pas assumer. L'OCASS 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 en 201 [sic]. En outre, dans 10 structures sur 14, le suivi biologique est payant en raison de l'approvisionnement financier irrégulier et insuffisant. L'organisation rapporte également des pannes fréquentes des appareils pour le suivi biologique (pièce 10). La Fondation Québécoise du sida déclare que « Malheureusement, au Burkina Faso recevoir une trithérapie demande une longue attente. Très souvent en effet, l'on doit attendre qu'une ligne budgétaire se libère, qu'une personne décède ou abandonne son traitement, pour qu'une autre puisse en bénéficier » (pièce 9). 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 ». La Requérante avait dès lors déposé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour une série d'informations objectives prouvant qu'elle ne pourrait accéder à un traitement au Burkina Faso. La Partie adverse a, une fois encore, totalement négligé de répondre à ces informations et arguments, se contentant de considérer que Madame [T.] OUE ne démontrait pas que sa situation individuelle était comparable à la situation générale. La Requérante a pourtant déposé de nombreuses informations objectives qui attestent d'importantes ruptures de stocks, de ruptures du financement et du coût élevé du suivi médical. Ces informations sont d'ailleurs en partie, nous le verrons, confirmées par la Partie adverse. La décision attaquée souffre dès lors d'un défaut de motivation et procède d'une erreur manifeste d'appréciation. EN CE QUE l'avis du médecin conseiller mentionne également que la Requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n° 61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » (CCE n° 57372 du 04.03.2011) » (Pièce n° 2, p. 6). ALORS QUE Votre Conseil a déjà jugé dans son arrêt du 29 juin 2021 (prononcé dans le même dossier) qu'une telle allégation « apparaît comme une pétition de principe, déduite d'une jurisprudence du Conseil, sans aucune indication que la fonctionnaire médecin a vérifié si le traitement requis était disponible, sans rupture de stock, dans une autre région du pays d'origine » (n° 3.5.4). Il en ressort que l'avis du médecin-conseiller souffre donc d'un grave défaut de motivation à cet égard. 45. EN CE QUE le médecin-conseiller remet en doute les affirmations contenues dans le certificat médical du 10 juillet 2020 quant à la couverture en antirétroviraux de 60 % seulement au Burkina Faso (ne tenant visiblement même pas compte des informations nouvellement indiquées par le médecin de Madame [T.] OUE dans le certificat médical plus récent du 22 juillet 2021...). ALORS QUE les documents produits en annexe à l'avis médical confirment en réalité l'affirmation du médecin de Madame [T.] OUE puisque, comme déjà mentionné ci-avant, il ressort de la requête MEDCOI que l'Eviplera, antirétroviral prescrit à la Requérante, est indiqué comme « available but currently experiencing supply problems ». Il en va d'ailleurs de même pour les antirétroviraux suivants : le rilpivirine, fetravirine, l'atazanavir, le darunavir. Le problème des ruptures de stock avait été mentionné dans la demande d'autorisation de séjour de Madame [T.] OUE : « Dans son rapport d'activité sur la riposte au SIDA au Burkina Faso 2012, ONUSIDA dénonce également la rupture de stock des traitements antirétroviraux fin 2011. Cette rupture a eu pour conséquence le non-enrôlement de nombreux malades. L'organisation dénonce également les difficultés d'accès financière et géographique au traitement ainsi que la mauvaise gestion des traitements. Elle reste également préoccupée par les frais liés aux analyses biologiques. L'Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé (OCASS) déclare dans son rapport de missions sur la disponibilité et l'accessibilité aux services contre le VIH Sida au Burkina Faso de juillet 2012 que même s'il n'y a pas eu de ruptures de stocks rapportées dans les 14 structures sanitaires visitées, 3 structures ont connu des tensions de stock. L'OCASS constate que des patients éligibles ne sont pas encore mis sous traitements antirétroviraux car il n'y a pas assez de concertation entre la médecine et la pharmacie mais surtout parce que « l'absence de ressource nécessaire pour honorer les frais du bilan biologique (...) les parents n'ont pas les moyens

nécessaires pour assurer le bilan biologique ». L'OCASS dénonce un manque de disponibilité de ressources humaines dans 8 des 14 structures visitées. Bien que l'accessibilité financière des traitements antirétroviraux est confirmée, les patients sont souvent obligés de parcourir des dizaines de kilomètres pour aller chercher leur traitement ce qui engendre d'énormes dépenses que les personnes démunies ne savent pas assumer. L'OCASS 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 en 201. En outre, dans 10 structures sur 14, le suivi biologique est payant en raison de l'approvisionnement financier irrégulier et insuffisant. L'organisation rapporte également des pannes fréquentes des appareils pour le suivi biologique (pièce 10). La Fondation Québécoise du sida déclare que « Malheureusement, au Burkina Faso, recevoir une trithérapie demande une longue attente. Très souvent en effet, l'on doit attendre qu'une ligne budgétaire se libère, qu'une personne décède ou abandonne son traitement, pour qu'une autre puisse en bénéficier » (pièce 9). 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 » (pp. 5-6 - la Requérante souligne). Cette problématique de rupture de stock a par ailleurs été invoquée par Votre Conseil dans son arrêt d'annulation du 28 juillet 2020, dans le même dossier » et elle reproduit un extrait de l'arrêt du Conseil de céans n° 239 059 du 28 juillet 2020. Elle argue que « Sur la base de ce qui précède, il faut constater que la Partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que les traitements de Madame [T.O.] étaient disponibles au Burkina Faso, alors même que Tunique source qu'elle invoque à ce sujet mentionne que le traitement est actuellement sujet à des ruptures de stock. Ces ruptures de stock ont été abordées par la Requérante dans sa demande d'autorisation de séjour, et soulevée par Votre Conseil dans son arrêt du 28 juillet 2020. La simple mention par la Partie adverse du fait qu' « en cas de rupture de stock des médicaments, la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » », ne suffit évidemment pas à conclure à la diligence ou à la prudence de la Partie adverse. Il faut constater que, au vu des informations produites par la Requérante et par la Partie adverse, rien n'indique que le traitement nécessaire à la survie de Madame [T.O.] est actuellement accessible à la Requérante. EN CE QUE la décision attaquée est également motivée sur le fait que la Requérante pourrait avoir accès aux soins médicaux au Burkina Faso dès lors que depuis début 2018, le gouvernement burkinabais a entamé la mise en place d'un régime d'assurance maladie universel (« RAMU »). La Partie adverse précise que « ce système prévoit que 25 % de la population soit couverte en 2020 pour être étendu à l'entièreté de la population dans les années à venir ce qui semble en bonne voie ». ALORS QUE le RAMU vanté par la Partie adverse a en réalité été adopté en 2015, avec l'adoption de la loi N°060-2015/CNT du 5 septembre 2015. La première source internet de la Partie adverse, datant du 2 février 2018, mentionne que : « La loi sur le RAMU a prévu la création de deux caisses pour assurer la gestion du régime : l'une pour la couverture des civils et de leurs familles (la Caisse nationale d'assurance maladie universelle) et l'autre pour celle des militaires et de leurs familles (la Caisse d'assurance maladie des armées. (...) En attendant d'en arriver aux premières prises en charge par la CNAMU, il est nécessaire que l'immatriculation des assurés soit réalisée et c'est bien là la tâche à laquelle devra s'attacher la CNAMU une fois créée. Par principe de réalisme économique, explique Dr Yves Kinda, le gouvernement a donné instruction pour que tout cela s'inscrive dans la progressivité. C'est ainsi que le RAMU connaîtra son début d'opérationnalisation en 2018, d'abord par la reprise de la gestion des gratuités gérées aujourd'hui par le ministère de la santé au profit des enfants et des femmes enceintes, ensuite par l'immatriculation des assurés du secteur formel (fonctionnaires et salariés du privé), des acteurs du secteur informel et du secteur rural dans les régions des Hauts-Bassins, de la Boude du Mouhoun, du Nord et du Centre. Enfin, au deuxième semestre de 2018, ce sera le lancement de l'expérimentation des premières prises en charge. Les contributions au RAMU, dont les niveaux restent à déterminer pour chaque catégorie d'assujettis, ne seront appelées qu'à partir de 2019 lorsque la première série d'immatriculation aura été réalisée, sachant que les cibles d'immatriculation seront élargies au fur et à mesure des années ». Or, il convient de constater que, sur la base des sources produites, ou plutôt mentionnées, par la Partie adverse, rien n'indique que le système d'assurance santé universelle ait été mis en place à la date de la décision litigieuse, et qu'il soit opérationnel. A fortiori, rien ne garantit donc non plus que la Requérante puisse y avoir accès. La Partie adverse estime que l'implémentation de la RAMU est « en bonne voie », et mentionne un article du 22 octobre 2019, lequel explique que la CNAMU a procédé, en date du 22 octobre 2019, à la signature de conventions avec trois organismes de gestion délégués, lesquels auront pour mission d'exercer les missions d'assurance maladie dans leurs régions respectives. Il faut donc constater qu'à la date du 22 octobre 2019, la RAMU n'était en tout cas pas encore implémentée. Or, au vu du temps s'étant écoulé entre l'adoption de la loi, en septembre 2015, et les étapes de mise en place concrète de cette

assurance, il convient de ne pas aller trop vite en besogne et de rester prudent. En septembre 2020, le gouvernement burkinabé a rapporté que 70.000 personnes « indigentes » auraient été enrôlées au RAMA (Pièce n° 8). Visiblement, la volonté de l'Etat Burkinabé était de mettre la priorité sur les populations les plus précarisées. Toutefois, cet enrôlement est récent et il est évidemment trop tôt pour vérifier si oui ou non, ces personnes ont effectivement un accès gratuit aux soins et traitements qui leur sont nécessaires. De plus, rien n'indique ce que sont les « personnes indigentes » et rien n'indique donc que Madame [T.O.] pourrait déjà être enrôlée au RAMA, et éventuellement voir ses soins et traitements couverts, s'ils étaient disponibles et accessibles. Il faut encore préciser à ce sujet que la Requérante ne travaillait plus à la clinique Kampayba à Bobo Dioulasso avant son départ du pays, elle tenait un restaurant dans un local qu'elle louait. Elle n'a plus aucune ressource financière, ni de logement au Burkina Faso. Au vu de son état de santé, la Requérante ne sera pas en mesure de travailler dans son pays d'origine. Au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'absolument rien n'indique qu'aujourd'hui la Requérante pourrait bénéficier de l'assurance médicale universelle au Burkina Faso. Les sources citées par la Partie adverse ne permettent pas d'arriver à cette conclusion. La Partie adverse a donc commis une erreur manifeste d'appréciation ».

### 3. Discussion

3.1. Sur le moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi, « 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 ».

Le cinquième alinéa de ce paragraphe, dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Le Conseil rappelle 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 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il 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 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: C.E., 6 juil. 2005, n° 147 344; C.E., 7 déc. 2001, n° 101 624).

3.2. En l'espèce, l'acte attaqué est fondé sur un avis médical établi le 6 septembre 2021 établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse dont il ressort, en substance, que la requérante souffre d'une infection par le virus d'immunodéficience humaine, de dépression et d'anxiété avec troubles cognitifs (non traités), de dysplasie du col utérin et de fibroadénomes des seins pour lesquelles le traitement médicamenteux et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine.

3.3. Plus particulièrement, concernant la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé que « Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressée) : Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI : Requête MedCOI du 10.09.2020 portant le numéro de référence unique BMA13988 Source: BMA 13988 ; Information Provider: International SOS ; Priority: Semi-urgent (7 days) ; Request Sent : 04/09/2020 ; Response Received : 10/09/2020 ; Gender : Female ; Age : 48 ; Country of Origin : Burkina Faso  
Case description : The patient (female; age: 48) suffers from : - Human immunodeficiency virus infection (B24) ; - Fibroadenosis of the breast (N60.2) ; - Dysplasia of cervix uteri (N87) ; - Depression (F32.9) ; -

Anxiety (F41.9) ; - Cognitive disorder (F06.7). Her current treatment is Eviplera (emtricitabine/rilpivirine/tenofovir disoproxil). The follow-up plan involves internal medicine (CD4 and viral load), gynecology (echography of the breast, cervical smear and cryotherapy).

- Required treatment according to case description : inpatient treatment by an internal specialist (internist)  
Availability: Available
- Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by an internal specialist (internist)  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : inpatient treatment by a HIV specialist  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a HIV specialist  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : laboratory research HIV: CD4 count  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : laboratory research HIV: viral load  
Availability : Available
- Required treatment according to case description gynecology: Pap / cervical smear  
Availability : Available
- Required treatment according to case description inpatient treatment by a gynecologist  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by a gynecologist  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : surgery: specifically gynecological surgery; curettement/ curettage/excochleation  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : diagnostic imaging by means of mammography  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : oncology: cryosurgery (also called cryotherapy)  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : inpatient treatment by a infectiologist  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : outpatient treatment and follow up by an infecbologist  
Availability : Available
- Required treatment according to case description : diagnostic Imaging by means of ultrasound  
Availability : Available
- Medication : nevirapine  
Medication Group : Infections: HIV ; antiretrovirals; Non- nucleoside reverse transcriptase inhibitors  
Type: alternative medication  
Availability : available
- Medication : emtricitabine  
Medication Group : Infections : HIV ; antiretrovirals; nucleoside and nucleotide reverse transcriptase inhibitors  
Type: Current medication  
Availability : available
- Medication : tenofovir disoproxil  
Medication Group : infections: HIV ; antiretrovirals; nucleoside and nudeotide reverse transcriptase inhibitors  
Type : current medication  
Availability : available
- Medication : abacavir  
Medication Group : Infections: HIV ; antiretrovirals; nucleoside and nudeotide reverse transcriptase inhibitors  
Type : alternative medication

- Availability : available*

  - *Medication : lamivudine*  
*Medication Group : Infections: HIV ; antiretrovirals; nucleoside and nucleotide reverse transcriptase inhibitors*  
*Type : alternative medication*  
*Availability : Available*
  - *Medication : cobicistat*  
*Medication Group : Infections: HIV ; booster*  
*Type : alternative medication*  
*Availability : Available*

*Cette requête démontre la disponibilité au Burkina Faso du suivi médical de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine avec bilan trimestriel (dosage CD4 et charge virale), du suivi gynécologique (avec mammographie, frottis de col, cryothérapie éventuelle) et échographie mammaire. Cette requête démontre également la disponibilité de emtricitabine, du tenofovir, et de la nevirapine (de la même classe thérapeutique que la rilpivirine). ' D'autres antirétroviraux sont disponibles : abacavir, lamivudine,... si cela s'avérait nécessaire. ou rupture de stock pour toutes ces molécules. Contrairement à d'autres traitement antiviraux repris dans cette même requête pour lesquels il est indiqué « Regarding the medication available with supply issues for unknown duration, this is due to the closure of borders due to the COVID-19 outbreak. Sur base des informations, nous pouvons conclure que les soins sont disponibles au Burkina Faso », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile.*

3.4. Quant à l'affirmation selon laquelle « rien n'indique les informations contenues dans la requête MedCOI de septembre 2020 sont toujours d'actualité à ce jour », le Conseil relève que la requête MedCOI date du 10 septembre 2020 et que la décision attaquée a été prise le 7 septembre 2021, soit un peu moins d'un an après la requête MedCOI, elle ne démontre pas que cette information ne serait plus d'actualité, dès lors le reproche émis à l'encontre de la partie défenderesse manque en fait.

3.5. S'agissant du grief fait au médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir expliqué que l'EVILPERA, le traitement actuel de la requérante, est composé de trois molécules, à savoir l'emtricitabine, la rilpivirine et le tenofovir et dès lors de ne pas avoir motivé adéquatement son avis, le Conseil relève que ledit grief manque en fait dès lors que le médecin-conseil a indiqué dans son avis du 6 septembre 2021 sur lequel s'est fondé la partie défenderesse pour prendre la décision querellée, sous le titre « *Traitement actif actuel* » « *Eviplera (emtricitabine/rilpivirine/tenofovir- inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse/ inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse/ inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse)* ». Il a ensuite indiqué, sous le titre « *Disponibilité des soins et du suivi sans le pays d'origine* » « *Cette requête démontre également la disponibilité de emtricitabine, du tenofovir, et de la nevirapine (de la même classe thérapeutique que la rilpivirine)* ». En toute hypothèse, force est de constater que la partie requérante n'a pas intérêt au grief allégué, dès lors qu'il ressort des termes même de la requête qu'elle a été en mesure de comprendre que le médecin-conseil de la partie défenderesse préconisait un traitement composé de trois molécules, à savoir l'emtricitabine, le tenofovir et la nevirapine, dont les deux premières sont des molécules entrant dans la composition du traitement actuel de la requérante et la troisième est un substitut de la dernière molécule composant ledit traitement.

3.5. Au sujet de l'argumentaire selon lequel le médecin-conseil de la partie défenderesse aurait dû examiner la requérante avant de suggérer une alternative thérapeutique, le Conseil relève tout d'abord que ce médecin-conseil donne un avis sur l'état de santé de la demandeuse, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 ter de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin-conseil de rencontrer ou d'examiner l'étranger. Le Conseil observe ensuite, en ce qui concerne la substitution des médicaments, qu'il ressort de l'arrêt n° 236 016 prononcé le 6 octobre 2016 par le Conseil d'Etat , auquel il se rallie, qu' « *il ne revient pas au juge de l'excès de pouvoir de se substituer au fonctionnaire médecin, dont la mission est définie par la loi, et de considérer, à la place de ce dernier, qu'un médicament ne pourrait être remplacé par un autre ou que celui-ci serait ou non adapté à la pathologie. Il ressort de l'article 9ter précité que, dans l'hypothèse visée, le législateur a entendu réserver la possibilité d'octroi d'une autorisation de séjour pour raison médicale lorsqu'il n'existe aucun traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine, de sorte qu'un retour pourrait emporter dans le chef de l'étranger malade, un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il ne requiert pas un traitement identique ou de niveau équivalent, il suffit qu'un traitement approprié soit disponible dans le pays d'origine* ». En ce qui concerne l'extrait de l'article de la revue de la faculté de médecine et de médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain de 2018 reproduit

en termes de requête, le Conseil constate que la partie requérante n'a nullement fait valoir que le traitement du requérant ne pouvait être modifié dans le cadre de sa demande de sorte que cet élément est invoqué pour la première fois en termes de requête. Or, le conseil rappelle que les éléments qui n'avaient pas été invoqués par la partie requérante en temps utile, c'est-à-dire avant que l'autorité administrative ne prenne sa décision, ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle, de se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 110.548 du 23 septembre 2002).

3.6 A propos de la mention du médecin-conseil de la partie défenderesse selon laquelle « *d'autres antirétroviraux sont disponibles : abacavir, lamivudine, ... si cela s'avérait nécessaire* », le Conseil estime inutile de s'attarder sur les considérations de la partie requérante quant à ce dès lors que cette mention est surabondante.

3.7. Relativement au fait que la partie requérante aurait produit un document, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2020, attestant de l'indisponibilité de l'EVIPLERA et de sa composante rilpivirine au Burkina Faso, le Conseil estime inutile de s'y attarder dès lors que le médecin-conseil de la partie défenderesse a démontré que des trois molécules composants l'EVILPERA, deux étaient disponibles et une molécule de substitution était disponible en ce qui concerne la troisième molécule.

3.8. En ce qui concerne l'argumentation de la partie requérante se référant à l'arrêt du Conseil de céans n° 257 452 du 29 juin 2021, le Conseil souligne que le Conseil de céans avait conclu que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'avait pas démontré que le traitement était disponible notamment car une des molécules proposées par le médecin-conseil connaissait des problèmes d'approvisionnement et que le délai de réapprovisionnement était inconnu, *quod non* en l'espèce, la molécule suggérées par le médecin-conseil de la partie défenderesse étant la nevirapine, dont il ressort de la requête MedCOI qu'elle est disponible, ce qui n'est pas remis en cause par la partie requérante.

3.9. Quant au fait qu'il serait impossible de vérifier si les suivis seraient effectivement disponibles au CHU de Tegandogo dès lors que l'hôpital ne dispose pas d'un site Internet, le Conseil relève que pour conclure à la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine, la médecin-conseil de la partie défenderesse s'est fondé sur la base de données MedCOI. A ce sujet, le Conseil précise que les informations de cette base de données figurent dans l'avis médical du 6 septembre 2021, lequel a été annexé à la décision du 7 septembre 2021 déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi lors de la notification de ladite décision. De plus, le Conseil souligne que ce projet est une initiative du « *Bureau Medische Advisering (BMA)* » du Service de l'Immigration et de Naturalisation des Pays-Bas, qu'il associe 15 partenaires dont 14 pays européens et le Centre International pour le développement des politiques migratoires et est financé par le Fond Européen pour l'asile, la migration et l'intégration. En outre, les sources du projet sont reprises expressément dans la note subpaginale de l'avis du médecin-conseil, à savoir « *International SOS* », « *Allianz Global Assistance* » et « *Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine* ». Enfin, le Conseil remarque que des indications complémentaires sont données quant à chaque source et qu'il est mentionné que les informations médicales communiquées par ces trois sources sont évaluées par les médecins du BMA. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de douter de la fiabilité et de l'exactitude de ces données.

3.10. S'agissant de l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Burkina Faso, le conseil de l'intéressée joint à la demande plusieurs documents repris dans l'inventaire des pièces de la demande de la pièce n°8 au n° 10. À la lecture de ces rapports/articles, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au fait de dépendre du financement extérieur, aux longues attentes, à la faible accessibilité financière et géographique... Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante. (CCE n° 23.040 du 16.02.2009). En outre l'intéressée ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Le conseil de la requérante fournit un document qui parle de stigmatisation de manière générale sans expliquer en quoi la requérante n'aurait pas accès aux soins car elle serait stigmatisée. En effet, le fait de devoir aller s'approvisionner en médicaments dans un autre centre ne suffit pas à démontrer une stigmatisation dans l'accès aux soins. La requérante déclare une difficulté d'accès financière et géographique aux soins. Elle devrait parcourir une dizaine de kilomètres pour aller se faire soigner. Concernant la difficulté financière, bien que la charge de la preuve lui incombe, elle n'apporte aucun élément pour étayer ses dires. Quant à la dizaine de kilomètres qu'elle*

devrait effectuer, notons que cela n'a rien d'anormal, même en Belgique des patients sont parfois obligés de faire plusieurs dizaines de kilomètres pour se faire soigner. Le Dr [S.] dans un certificat médical du 10.07.2020 déclare que la couverture en antirétroviraux est de 60% au Burkina Faso. Cependant il ne fournit pas le document de la Banque Mondiale auquel il fait référence. Par ailleurs, la requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, la requérante « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » (CCE n°57372 du 04.03.2011). Afin de démontrer une impossibilité médicale au pays d'origine, le conseil de la requérante apporte un jugement du tribunal du travail de Bruxelles du 07.10.2015. Notons que ce jugement oppose le CPAS de Bruxelles et la requérante, l'Office des étrangers n'était pas partie prenante à cette affaire et n'a donc pas accès aux éléments du dossier. Par ailleurs notre avis démontre suffisamment la disponibilité et accessibilité des soins au Burkina Faso. Notons aussi que rien ne démontre que le tribunal du travail de Bruxelles a une expertise médicale sur la disponibilité et accessibilité des soins dans le pays d'origine de la requérante. Soulignons que depuis début 2018, le gouvernement burkinabais a entamé la mise en place d'un régime d'assurance maladie universel (RAMU). Le panier de soins couvert par la CNAMU se composera des produits, prestations et services suivants : Les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ; Les actes infirmiers ; Les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ; Les actes et soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ; Les soins bucco-dentaires d'urgence ; Les examens de biologie médicale ; Les actes de radiologie et d'imagerie médicale ; Les explorations fonctionnelles ; Les médicaments, produits pharmaceutiques et consommables administrés pendant les soins et admis à prise en charge directe ; Les actes de transfusion des produits sanguins labiles ; Les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ; Le transport médicalisé des malades vers les établissements de santé ; Les consultations de médecine traditionnelle agréées ; Les dispositifs médicaux ou implants nécessaires à l'accomplissement de l'acte médical y compris les actes de chirurgie réparatrice. Tous ces dispositifs médicaux sont pris en charge par la CNAMU sur la base d'un ticket modérateur qui précise la partie des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré social et qui n'est pas couverte par le régime d'assurance maladie universelle. Selon le projet, pour les prestations en ambulatoire, le ticket modérateur est de 30% et pour celles en hospitalisation, il est de 10%. Ce système prévoit que 25% de la population soit couverte en 2020 pour être étendu à l'entière de la population dans les années à venir ce qui semble être en bonne voie. Notons que dans le cadre d'une demande 9ter, il ne faut pas démontrer que la requérante est éligible pour bénéficier gratuitement du traitement requis mais démontrer que le traitement lui est accessible (ce qui n'exclut pas une éventuelle gratuité de celui-ci). En effet, il ne s'agit pas pour notre administration de vérifier la qualité des soins proposés dans le pays d'origine ni de comparer si ceux-ci sont de qualité équivalente à ceux offerts en Belgique mais bien d'assurer que les soins nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'intéressée soient disponibles et accessibles au pays d'origine. (CCE n°123 989 du 15.05.2014). Précisons que l'article 9ter §1er alinéa 3 prévoit 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 » et qu'il est de jurisprudence constante qu'il appartient à l'étranger prétendant satisfaire aux conditions justifiant l'octroi d'un séjour en Belgique à en apporter lui-même la preuve. Rappelons que la situation sociale et familiale constitue un volet de l'accessibilité des soins. La requérante ne fait aucune mention de sa situation familiale au pays d'origine. Son Conseil ne fait que déclarer que vu sa maladie, l'intéressée ne serait pas capable de travailler pour payer ses soins médicaux. Notons cependant qu'aucun certificat médical n'atteste d'une incapacité de travail dans le chef de l'intéressée. Il n'est dès lors pas exclu que la requérante puisse travailler dans son pays d'origine d'autant qu'elle y a déjà travaillé en tant que secrétaire de direction. Dès lors rien ne nous permet de constater que la requérante ne possède plus de famille/d'attaches dans son pays d'origine. En effet, elle ne démontre pas qu'elle ne pourrait raisonnablement se faire aider et héberger par la famille, des amis ou obtenir de l'aide d'un tiers dans son pays d'origine. Rappelons pourtant qu'il incombe à la requérante d'étayer son argumentation (C.E, du 13 juil.2001 n° 97.866). Il n'en reste pas moins que l'intéressée peut prétendre à un traitement médical au Burkina Faso. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, Affaire D.c. Royaume Unis du 02 mai 1997, §38). Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au pays d'origine », ce qui n'est pas contesté utilement en termes de requête. En effet, le Conseil relève que la partie requérante se borne à prendre le contre-pied de l'avis du 21 janvier 2021 sans démontrer une erreur manifeste d'appréciation dans le chef du médecin-conseil de la partie défenderesse. S'agissant de la référence à l'étude de la Banque Mondiale, le Conseil observe que cet élément a été pris en considération dans l'avis du médecin conseil et qu'il a motivé que « le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien

son allégation de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus », ce qui n'est pas remis en cause utilement en termes de requête.

En effet, le raisonnement du médecin-conseil de la partie défenderesse repose sur des éléments distincts, à savoir : le régime d'assurance maladie universel (RAMU), le fait que la requérante peut travailler dans son pays d'origine et la circonstance que rien ne démontre qu'elle ne pourrait pas se faire aider par sa famille, ses amis ou un tiers au pays d'origine. Or, la partie requérante développe son argumentation uniquement relativement au régime d'assurance maladie universel (RAMU) du Burkina Faso. Sans s'attarder sur la pertinence ou non de cet élément, le Conseil souligne en tout état de cause que les autres éléments, qui ne sont aucunement critiqués en termes de requête, suffisent à eux seuls aux yeux du médecin-conseil de la partie défenderesse pour considérer que la condition d'accessibilité au traitement médicamenteux et au suivi requis au pays d'origine est remplie. En ce qui concerne l'affirmation selon laquelle « la Requérante ne sera pas en mesure de travailler dans son pays d'origine » le Conseil observe qu'elle n'est nullement étayée et que par cette affirmation la partie requérante se borne à prendre le contre-pied de l'avis médical et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle du médecin-conseil de la partie défenderesse, ce qui ne peut être admis, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de ce dernier.

3.11. En ce qui concerne le grief fait à la partie défenderesse de ne pas avoir répondu à des documents fournis à l'appui de la demande visée au point 1.4., le Conseil constate qu'elle manque en fait dès lors que le médecin-conseil de la partie défenderesse en a tenu compte dans son avis-médical du 6 septembre 2021 et a motivé que « Afin de démontrer l'inaccessibilité des soins au Burkina Faso, le conseil de l'intéressée joint à la demande plusieurs documents repris dans l'inventaire des pièces de la demande de la pièce n°8 au n° 10. À la lecture de ces rapports/articles, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, au fait de dépendre du financement extérieur, aux longues attentes, à la faible accessibilité financière et géographique... Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante. (CCE n° 23.040 du 16.02.2009). En outre l'intéressée ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que ces arguments ne peuvent être retenus (CCE n°23.771 du 26.02.2009). Le conseil de la requérante fournit un document qui parle de stigmatisation de manière générale sans expliquer en quoi la requérante n'aurait pas accès aux soins car elle serait stigmatisée. En effet, le fait de devoir aller s'approvisionner en médicaments dans un autre centre ne suffit pas à démontrer une stigmatisation dans l'accès aux soins », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile. En effet, le Conseil constate que la partie requérante se borne à prendre le contre-pied de l'avis médical et tente d'amener le Conseil à substituer sa propre appréciation des éléments de la cause à celle du médecin-conseil de la partie défenderesse, ce qui ne peut être admis, à défaut de démonstration d'une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de ce dernier.

3.12. Quant au reproche fait à la partie défenderesse d'avoir remis en cause les informations contenues dans le certificat médical du 10 juillet 2020 selon lesquelles la couverture en antirétroviraux serait seulement de 60% au Burkina Faso, le Conseil relève que la partie défenderesse a motivé que « Le Dr [S.] dans un certificat médical du 10.07.2020 déclare que la couverture en antirétroviraux est de 60% au Burkina Faso. Cependant il ne fournit pas le document de la Banque Mondiale auquel il fait référence », ce qui n'est nullement critiqué en termes de requête.

3.13. S'agissant de la circonstance que le CHU de Tegandogo se trouve à Ouagadougou, soit à plus de 300 kilomètres de Bobo Dioulasso, d'où est originaire la requérante, le Conseil constate que le médecin-conseil de la partie défenderesse a précisé, dans son avis médical, que « Par ailleurs, la requérante « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011) », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique utile en termes de requête. En effet le Conseil relève que dans l'arrêt n° 257 452 du 29 juin 2021, le Conseil avait estimé que cette affirmation consistait en une pétition de principe dès lors qu'il n'y avait « aucune indication que le fonctionnaire médecin a vérifié si le traitement requis était disponible, sans rupture de stock, dans une autre région du pays d'origine » quod non en l'espèce. Le Conseil renvoie au point 3.3. quant à la disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine, et particulièrement quant à la disponibilité des traitements antirétroviraux.

3.14. Relativement à l'allégation selon laquelle « le CHU de Tegandogo a visiblement été réquisitionné depuis mars 2020 pour abriter le centre de prise en charge des malades du Covid-19 (Pièce n° 6 et Pièce n° 7) », le Conseil observe, à l'instar de la partie défenderesse dans sa note d'observations, que cet élément n'a pas été invoqué en termes de demande et est invoqué pour la première fois en termes

de requête. Dès lors, il ne peut dès lors être reproché à la partie défenderesse de ne pas en avoir tenu compte au moment où elle a pris l'acte attaqué. Le Conseil rappelle à cet égard que la légalité d'une décision s'apprécie en fonction des éléments dont disposait l'autorité au moment où elle a statué, et non en fonction d'éléments qui sont postérieurs à sa décision et qu'elle ne pouvait forcément qu'ignorer.

3.15. A propos de l'ordre de quitter le territoire querellé, il s'impose de constater qu'il est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation que « *En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, elle demeure dans le Royaume sans être porteuse des documents requis par l'article 2. La requérante n'est pas en possession d'un visa valable* », ce qui n'est nullement remis en cause en termes de requête.

3.16. Il résulte de ce qui précède que les deux branches du moyen unique pris ne sont pas fondées.

#### **4. Débats succincts**

4.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

4.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

#### **PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL DU CONTENTIEUX DES ETRANGERS DECIDE :**

##### **Article unique.**

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le onze août deux mille vingt-deux par :

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOY, greffier assumé,

Le greffier,

Le président,

S. DANDOY

C. DE WREEDE