

Arrêt

n° 173 701 du 30 août 2016
dans l'affaire X / III

En cause : X

Ayant élu domicile : X

contre:

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la
Simplification administrative**

LE PRÉSIDENT F.F. DE LA IIIème CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 14 décembre 2015, par M. X, qui déclare être de nationalité burundaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 17 novembre 2015, 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 la loi du 15 décembre 1980, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* ».

Vu le titre Ier bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 mai 2016 convoquant les parties à l'audience du 17 juin 2016.

Entendu, en son rapport, Mme M. GERGEAY, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me H. KALOGA *loco* Me S. SAROLEA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. DERENNE *loco* Mes D. MATRAY et S. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Le 25 septembre 2007, la partie requérante a introduit une demande d'asile auprès des autorités belges, qui s'est clôturée négativement par un arrêt n° 5994 rendu par le Conseil de céans le 18 janvier 2008.

Par un courrier daté du 28 octobre 2008, elle a introduit une demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle a ensuite complété cette demande par différents courriers datés du 12 mai 2010, du 21 juin 2010, du 21 avril 2011 et du 12 juillet 2011.

En date du 16 décembre 2011, la partie défenderesse a pris à son encontre une décision rejetant la demande d'autorisation de séjour précitée.

Suite à un recours de la partie requérante, le Conseil a, par un arrêt n° 86 366 du 28 août 2012, annulé la décision précitée.

La partie requérante a introduit deux demandes d'asiles successives, en 2012 et en 2014, qui se sont toutes les deux clôturées négativement. La dernière décision prise à cet égard consistait en une décision de refus de prise en considération, qui a fait l'objet d'un arrêt n° 138 862 de rejet du Conseil le 19 février 2015.

Dans l'entretemps, soit le 4 avril 2014, la partie défenderesse a pris une nouvelle décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

La partie défenderesse a toutefois procédé ensuite au retrait de cette décision et, le 17 novembre 2015, a pris une nouvelle décision déclarant non fondée la demande précitée.

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

« *Motifs :*

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

Le Médecin de l'Office des Étrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé d[u requérant] et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Burundi, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 13.11.2015, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que du point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication au voyage et à un retour du requérant à son pays d'origine, le Burundi.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à l'accessibilité des soins au pays d'origine.

Les informations quant à la disponibilité et à l'accessibilité se trouvent au dossier administratif.

Dès lors,

D'après les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé est atteint d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que le traitement est disponible et accessible au pays d'origine.

Du point de vue médical nous pouvons conclure que l'affection mentionnée n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Burundi

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

Il faut procéder au retrait de l'attestation d'immatriculation qui a été délivrée dans le cadre de la procédure basée sur l'article 9ter en question ».

2. Exposé du moyen d'annulation.

« Exposé du moyen.

Pris de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13

mai 1955, des règles régissant la foi due aux actes, déduites des articles 1319, 1320 et 1322 du Code Civil, ainsi que ceux-ci, des articles 9 ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, du principe général de droit prescrivant le respect des droits de la défense, des principes de bonne administration et plus particulièrement celui de précaution et celui qui oblige l'administration à tenir compte de tous les éléments de la cause, ainsi que de la violation de l'autorité de chose jugée de Votre arrêt n°86366 du 28 août 2012.

Premier grief.

Le médecin fonctionnaire ne conteste pas la gravité de la maladie du requérant et motive sa décision par la disponibilité et l'accessibilité au Burundi des soins indispensables au requérant.

Les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 prescrivent la motivation dans l'acte des considérations de droit et de fait qui fondent la décision ; il ne peut être fait référence à des éléments dont le destinataire ne peut avoir connaissance avant ou, au plus tard, au moment de la notification de la décision.

L'obligation de motivation formelle a pour objet d'informer l'administré, alors même qu'une décision n'est pas attaquée, des raisons pour lesquelles l'autorité administrative l'a prise, ce qui lui permet d'apprécier s'il y a lieu d'introduire les recours qui lui sont offerts. En imposant la motivation formelle, la loi est de nature à renforcer le contrôle juridictionnel sur les actes administratifs, consacré par l'article 159 de la Constitution et organisé par l'article 14 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat (Cour d'arbitrage, arrêt 55/2001 du 8 mai 2001). Motiver une décision, c'est extérioriser dans son corps même ses prémisses logiques, en droit comme en fait ; c'est, de la part de l'auteur de l'acte, faire apparaître à l'intention des intéressés la justification de la mise en œuvre de sa compétence en fonction d'une situation déterminée (Doc. parl., Sénat, n° 215.1 (S.E. 1988), p. 2).

En l'espèce, la décision consiste en une motivation par double référence : un rapport de son médecin et divers sites internet et annexes.

La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés (Cons. État (13e ch.), 17 juin 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130).

Tel n'est pas le cas en l'occurrence. La décision renvoie vers des sites divers, sans que ne soient cités les passages pertinents qui confirmeraient les motifs de la décision. Le fonctionnaire médecin précise que les sources d'information MedCOI sont consultables sur demande, mais la prise de connaissance du contenu de la base de données ne se fait en tout état de cause pas antérieurement ni concomitamment à la décision et va à l'encontre de la jurisprudence citée ci-dessus.

Quant à la liste des médicaments essentiels à laquelle le premier site internet renvoie, d'une part elle date de 2009, soit de 6 ans, et d'autre part il est intéressant de noter comment ce même site définit une liste de médicaments essentiels :

« *Liste des médicaments essentiels* :

- Ce sont des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité.*
- La Liste modèle OMS des médicaments essentiels comporte 350 médicaments pour traiter des problèmes pathologiques prioritaires. Elle est actualisée tous les deux ans, en suivant un processus transparent et fondé sur des bases factuelles.*
- Les pays peuvent se servir de la Liste modèle de l'OMS pour les guider dans l'élaboration de leur propre liste nationale de médicaments essentiels.*
- Les listes nationales de médicaments essentiels peuvent servir de base à partir de laquelle statuer sur les achats de médicaments et l'approvisionnement dans les secteurs public et privé, sur les programmes de remboursement, sur les dons de médicaments et orienter la production locale.*

[...]

Les médicaments essentiels sont des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité.

L'idée est qu'ils soient disponibles en permanence dans des systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel comme à celui de la communauté. Plusieurs facteurs compromettent la disponibilité des médicaments dans les pays en développement, comme les déficiences de l'approvisionnement et des systèmes de distribution, l'insuffisance des établissements et du personnel de santé, la faiblesse des investissements dans la santé et le coût élevé des médicaments.

L'établissement d'une liste des médicaments essentiels pour les soins de santé dans une population peut aider les pays à fixer des priorités pour l'achat et la distribution des médicaments et, ainsi, réduire les coûts pour le système de santé. »

Source : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/fr/>

De sorte que la partie adverse ne pouvait déduire de la présence des médicaments dont le requérant a besoin dans la liste des médicaments essentiels du Burundi, qu'ils sont effectivement et en pratique disponibles. D'autant plus que la demande de séjour se basait sur de nombreux rapports et documents pour affirmer le contraire ; rapports et documents auxquels la partie adverse ne répond pas. Elle ne motive pas non plus en quoi cette unique source qu'elle cite devrait avoir une force probante plus importante que les nombreuses sources citées par le requérant.

Quant aux rapports MedCOI, les médecins qui l'alimentent sont protégés par l'anonymat. De sorte que ni la requérante, ni Votre Conseil ne sont ainsi capables de vérifier les affirmations de la partie adverse, qui méconnaît les droits de la défense, et méconnaît les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, le principe général visé au moyen, ainsi que les articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980. D'autre part, le rapport du fonctionnaire médecin précise lui-même que : « *l'information fournie est limitée à la disponibilité du traitement médical, habituellement dans une clinique/institution de santé* ». Affirmer que les traitements sont disponibles dans un hôpital ne peut pas suffire pour prouver la disponibilité des traitements nécessaires au requérant au Burundi.

Par ailleurs, il ressort d'une lecture du contenu de ces rapports que le suivi par un psychiatre au Burundi est uniquement disponible dans des hôpitaux privés. Or, les coûts d'une consultation ou d'une hospitalisation en hôpital privé sont beaucoup plus élevés que dans un hôpital public. De sorte que le requérant ne pourra avoir accès à ces soins (voir infra).

Deuxième grief.

Quant à l'accessibilité des soins au Burundi, la partie adverse écarte les informations produites par le requérant à l'appui de sa demande, et renvoie vers deux sites internet qui établiraient l'accès aux soins par le requérant.

La partie adverse écarte les informations produites par le requérant car « *ils ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant* », qui « *ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale* ».

D'une part, le requérant voit mal quel document le visant personnellement il aurait pu produire. La situation décrite dans les informations qu'il a produit est situation générale qui touche tous les burundais, et donc par conséquence le requérant, qui est burundais.

D'autre part, la partie adverse se méprend sur le contenu des informations qui sont à sa disposition. En effet, dans sa dernière décision, elle s'appuyait sur un site internet qui contenait notamment les informations suivantes :

On y trouve, dans le tableau intitulé « *Profil de vulnérabilité et facteurs limitant l'accès aux services de santé de base* », la catégorie des rapatriés, à propos desquels il est affirmé que « *La plupart des personnes qui rentrent de leur exil n'ont pas n'ont ni terre ni famille d'accueil, constituant pour ainsi dire un groupe à risque* ».

Un deuxième tableau renseigne en tant qu'obstacles aux soins de santé pour les rapatriés : le manque d'argent, les contraintes d'ordre administratif, la non-représentativité des pauvres dans les comités de santé, et le nomadisme. **Ces obstacles rendent difficile voire impossible l'accès aux soins pour les personnes rapatriées.**

En guise de conclusion, le site écrit que « *le constat est que les groupes vulnérables nécessitent encore un appui multiforme dans la résolution de leurs problèmes de santé et dans la gestion des structures de santé implantées dans leurs localités. Cette faible implication serait due en grande partie à la pauvreté et la précarité de la vie qui prévalent depuis la crise sociale de 1993, au manque d'information et de sensibilisation des communautés sur les politiques et les offres des services de santé, et aux faibles compétences du personnel de santé en matière d'accueil et de satisfaction des besoins des communautés* ».

Source :

http://www.africanchildforum.org/clr/policy%20per%20country/burundi/burundi_batwas_2012_fr.pdf

De ce site internet, il ressort que les personnes rapatriées n'ont, de manière spécifique, pas accès aux soins au Burundi.

Ces informations sont connues de la partie adverse, puisqu'il s'agit d'un rapport sur lequel elle fondait sa précédente décision à l'égard du requérant.

De sorte qu'il est démontré que la situation individuelle du requérant est comparable à la situation générale, et plus spécifiquement à la situation qui vise les personnes rapatriées.

Quant à la Politique Nationale de Santé élaborée par le Ministère de la Santé Publique burundais, l'existence seule d'une politique ne peut prouver que les buts annoncés ont bel et bien été atteints.

D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé le relève, quant à la politique de la santé au Burundi, que :

« *Toutefois, beaucoup d'efforts doivent être fournis pour relever les défis persistants majeurs liés à l'atteinte d'une Couverture Sanitaire universelle.* »

http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_bdi_fr.pdf

Quant au deuxième site cité par la partie adverse (Santé mentale – Etat des lieux au Burundi), au-delà des informations que celle-ci a daigné reproduire dans sa décision, s'y trouve également ces constats :

« *L'état des lieux de la santé mentale au Burundi est alarmant du fait que les gens ne font pas beaucoup d'attention à ce secteur.*

[...]

Et du côté du ministère de la Santé publique de la lutte contre le sida, une politique d'intégrer les soins mentaux dans les soins de santé primaire a été élaborée.

[...]

Frère Manirakiza a signalé que 90% des malades mentaux qui fréquentent le CNPK sont des indigents. Dans un premier temps, ils peuvent payer parce que la famille a vendu une partie de la terre. Mais, comme la maladie mentale peut être chronique, cette famille n'arrive pas à payer les frais des médicaments. Par conséquent, certains malades ont arrêté de les prendre et font des rechutes après.

[...]

A voir cette situation, on dirait que l'état des lieux de la santé mentale est alarmant du fait que le nombre de malades mentaux continue à augmenter.

A la question de savoir si tous les malades se font soigner au sein du CNPK, frère Manirakiza a précisé qu'actuellement, il y a un léger mieux pour les malades. Cela parce qu'à l'intérieur du pays, il y a deux centres.

[...]

Concernant la prise en charge des malades mentaux, les familles de ces derniers se lamentent que l'accessibilité des médicaments n'est pas facile pour tout le monde suite à leur cherté. A cela Mme Miburo a fait savoir que le problème ne résulte pas seulement de la cherté de ces médicaments. Il y a aussi le fait que ces médicaments sont pris pendant une longue période. Elle a indiqué que même si ces médicaments étaient moins coûteux, il y aura toujours de problèmes étant donné que les malades sont

obligés de les prendre une longue durée. Aussi, le coût de la vie de la population burundaise est très bas, c'est pourquoi il y a toujours des lamentations.

[...]

Sur la question de savoir s'il y a un suivi pour voir si le thème choisi ou l'objectif fixé a été atteint durant toute l'année, Mme Miburo a répondu que le suivi est fait régulièrement, mais seulement il y a une contrainte de manque de ressource pour pouvoir mettre en oeuvre toutes les actions planifiées pour chaque année. »

De toutes ces informations, il ressort clairement que le requérant n'aurait pas accès aux soins en cas de retour au Burundi. La partie adverse méconnaît la foi due à ces sources et commet une erreur manifeste d'appréciation en jugeant du contraire. Par ailleurs, elle ne motive pas adéquatement sa décision, en violation des articles 9ter et 62 de la loi.

Troisième grief.

La partie adverse, jugeant que « *Le requérant n'ayant produit aucun certificat médical attestant d'un suivi psychiatrique entre les dates du 18.05.11 et du 24.03.13, la réalité de ce suivi régulier n'est pas démontrée* », méconnaît les articles 9ter et 62 de la loi et ajoute à la loi une condition qu'elle ne contient pas.

Ainsi jugé par Votre Conseil : « *Le Conseil souligne à cet égard, comme cela a déjà été fait supra au point 3.1.1. du présent arrêt, que l'article 9ter, § 1er, de la Loi, n'édicte formellement aucune obligation, pour le demandeur de l'autorisation de séjour qu'il vise, d'actualiser les renseignements utiles, transmis avec sa demande, concernant sa maladie, les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Dans un tel contexte et compte tenu, par ailleurs, du fait qu'en l'occurrence, le délai écoulé entre l'introduction de la demande du requérant et la prise de la décision attaquée est uniquement dû à la partie défenderesse, le Conseil estime que cette dernière ne pouvait, sous peine de méconnaître les obligations qui lui incombent en termes de motivation de ses décisions, se contenter de se prévaloir d'un défaut d'actualisation des éléments constitutifs de la demande du requérant pour estimer que les problèmes urinaires et la colopathie fonctionnelle du requérant n'étaient pas établis. Il lui appartenait, en effet, plutôt que de se limiter à un tel constat, d'indiquer les raisons pour lesquelles le seul écoulement du temps permettait, dans le cas d'espèce, de conclure à la caducité du traitement médicamenteux et du diagnostic indiqués dans l'attestation médicale du 13 avril 2011, produite par le requérant à l'appui de sa demande.*

3.3. En conséquence, le Conseil estime que, dans les circonstances de la cause, la partie défenderesse a violé l'article 9ter de la Loi et a manqué à son obligation formelle de motivation des actes administratifs, découlant de l'article 62 de la Loi, et des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, visés au moyen. » (C.C.E., n°105.548, 21 juin 2013).

En concluant que « *En octobre 2015, il est ainsi permis de considérer, en l'absence de toute nouvelle information médicale récente, que la situation médicale du requérant est stabilisée, voire normalisée* », la partie adverse fonde sa décision sur une hypothèse formulée par son médecin conseil (l'hypothèse que la situation médicale du requérant est normalisée).

Prétendant renvoyer le requérant au Burundi sans avoir la *certitude* que le traitement vital dont il doit faire l'objet n'est plus nécessaire, la partie adverse méconnaît les articles 3 de la CEDH et 9ter de la loi de 1980. Et ce alors qu'elle a la possibilité d'examiner les candidats à la régularisation médicale. Dans ces circonstances, il lui appartenait de se renseigner plus amplement sur le traitement actuel du requérant, si besoin en le convoquant pour examen médical.

D'ailleurs, le requérant est toujours suivi de manière régulière à l'heure actuelle, comme en atteste son psychiatre (pièce 4).

Quatrième grief.

Le requérant insistait, dans plusieurs des documents transmis avec sa demande de séjour, sur l'incidence du Burundi et des événements qu'il y a vécus sur sa maladie.

Dans son arrêt n°86366, Votre Conseil jugeait, à titre surabondant, que « *en ce que la partie requérante reproche à la partie défenderesse de ne pas avoir pris en considération le lien entre le PTSD dont elle souffre et les événements vécus au Burundi [...] le Conseil relève qu'il ressort de la demande*

d'autorisation de séjour introduite par le requérant et des différents compléments apportés à cette demande, que les certificats et rapports médicaux produits faisaient notamment état, à plusieurs reprises, du fait que le requérant est « beaucoup trop marqué par ce qu'il a vécu » pour envisager un retour au Burundi, que le retour au pays de provenance est « totalement contre-indiqué : la pathologie est déterminée par ce qui a été vécu dans le pays d'origine », et que le requérant ne peut voyager vers son pays d'origine en raison, notamment, de sa fragilité psychique, des antécédents traumatiques et du risque d'aggravation importante, arguments qui ne sont aucunement rencontrés par la décision entreprise qui se limite à faire état de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical requis au pays d'origine pour conclure « qu'il n'existe aucune contre-indication à un retour vers le pays d'origine ».

Le Conseil renvoie à l'obligation de motivation formelle incomptant à la partie défenderesse, telle que rappelée supra au point 2.3., et estime par conséquent qu'en prenant la décision attaquée sans rencontrer cet élément figurant dans la demande d'autorisation de séjour du requérant, la partie défenderesse n'a, ici également, pas suffisamment et valablement motivé sa décision. »

Estimant que « aucun document ne permet d'établir une quelconque corrélation entre le statut médical du requérant et un trauma qui serait – donc hypothétiquement – survenu au pays d'origine », le médecin conseil de la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et méconnaît la foi due aux rapports médicaux du psychiatre du requérant, qui établit le lien sans équivoque entre l'affection du requérant et les événements subis au pays d'origine.

Motivant à peine sa décision eu égard à cet argument, la partie adverse méconnaît l'autorité de chose jugée de Votre arrêt n°86366, et ne motive pas suffisamment sa décision, en contrariété avec l'article 62 de la loi de 1980, lu seul ou en combinaison avec l'article 9ter de la même loi.

De nouveau, le médecin psychiatre du requérant réaffirme dans des termes encore plus clairs, qu'un retour du requérant au Burundi résulterait en sa mort, en raison des liens entre son affection et son pays natal (pièce 4). »

3. Discussion.

3.1. Sur la deuxième branche du moyen unique, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, 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 troisième et quatrième alinéas de ce paragraphe, portent que « *l'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type [...]. Ce certificat médical indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire* ». Le cinquième alinéa indique que « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

Le Conseil relève également qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9). Il en résulte que pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil rappelle également que si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité en vertu de diverses dispositions légales, n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle implique toutefois l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, qui suppose que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de la partie requérante.

3.2. En l'occurrence, s'agissant de l'accessibilité des soins requis, la partie requérante invoquait à l'appui dans sa demande d'autorisation de séjour différents documents, dont un rapport établi par Médecins Sans Frontières Belgique, d'avril 2004, qui faisait état de difficultés très importantes d'accès aux soins de santé au Burundi pour la majeure partie de la population burundaise, dans la mesure où ces difficultés engendraient l'exclusion « *de la consultation et du traitement* », dès lors que « *81,5% des patients sont [...] obligés de s'endetter ou de vendre récoltes, terres ou bétails, pour payer leurs soins de santé* ». La partie requérante invoquait également un rapport de cette même organisation, établi le 2006, qui indiquait qu'une « *famille moyenne doit travailler pendant deux semaines pour pouvoir se payer une consultation médicale* ».

Il n'est pas contesté en l'espèce, qu'à tout le moins, la partie requérante doit pouvoir accéder à la consultation en vue d'obtenir la prescription de médicaments, et ensuite aux médicaments eux-mêmes.

Le médecin fonctionnaire considère, après avoir écarté l'ensemble des rapports produits par la partie requérante, tantôt en raison de leur manque de pertinence, tantôt en raison de leur caractère général, que cet accès est permis sur la base de deux documents.

Le Conseil observe que le premier document, intitulé « *Comptes Nationaux de la Santé Burundi – 2007* » confirme qu'en « *2005, on estimait que 17% des malades n'avaient pas accès aux soins de santé et 81,5 % étaient obligés de s'endetter pour se faire soigner* ». Bien que ledit document indique que « *[I]l]e Ministère de la Santé Publique a élaboré une Politique Nationale de Santé 2005-2015 basée sur l'accès universel aux services de santé de base afin de réduire la charge de Morbidité et de mortalité* », il confirme que le financement de ce système est faible, que même l'assurance maladie privée ne connaît qu'un faible développement et, en termes de conclusion, que des efforts devront être encore consentis. Etabli en 2007, soit deux ans après l'année de comparaison, il ne donne pas d'indication suffisante sur les résultats engendrés pour la population par la mise en place de ce plan, laquelle était au demeurant envisagée sur une période de dix ans.

S'agissant du second document intitulé « *SANTE MENTALE > son état des lieux au Burundi* » le Conseil observe qu'il ne permet pas davantage de s'assurer d'une accessibilité effective des soins requis, le Conseil relevant que sous la rubrique « *un pas a été franchi dans le secteur* », ledit document renseigne que « *[I]l]a chargée de la promotion mentale a indiqué qu'une politique nationale de santé mentale vient d'être élaborée et il y a espoir qu'avec sa mise en œuvre, ils vont atteindre les objectifs d'intégrer ces soins dans les soins de santé primaire* » (le Conseil souligne).

Dans ces circonstances le Conseil ne peut que constater que la partie défenderesse n'a pas suffisamment rencontré les arguments de la partie requérante, lesquels tendent à établir qu'une forte majorité de la population ne dispose pas d'un accès suffisant et véritable aux soins de santé de manière générale, et en matière de santé mentale en particulier. A l'instar de la partie requérante, il n'aperçoit pas la pertinence de l'indication contenue dans l'avis médical du fonctionnaire médecin selon laquelle ces documents ne pourraient « *être pris en compte car ils ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant* ». En effet, au vu de l'ampleur des difficultés d'accès aux soins de santé au Burundi recensées dans les différents documents figurant au dossier administratif, y compris pour la population qui travaille, l'accessibilité de la partie requérante à la consultation médicale ainsi qu'aux médicaments requis, n'est pas établie. En l'espèce, la seule considération selon laquelle la partie requérante peut travailler dans son pays d'origine ne peut dès lors suffire à asseoir la décision au sujet de l'accessibilité des traitements requis.

Il convient de préciser que la partie défenderesse d'une part, ne pouvait se contenter en l'espèce de se fonder sur le caractère « général » des informations fournies par le requérant – auxquelles elle oppose au demeurant d'autres informations générales - , mais se devait prendre lesdites informations en considération et d'autre part, devait s'assurer de l'accessibilité des soins requis au pays d'origine, conformément à l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, ce qui n'est pas établi à suffisance à l'examen du dossier administratif.

Le moyen est dès lors fondé en sa deuxième branche, en ce qu'il est pris de la violation de l'obligation de motivation formelle, ainsi que du principe général de bonne administration qui oblige l'administration à prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause.

3.3. Il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du moyen dès lors qu'à les supposer fondés, ils ne pourraient conduire à une annulation aux effets plus étendus.

4. Débats succincts.

Les débats succincts suffisant à constater que la requête en annulation doit être accueillie, il convient d'appliquer l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

La décision attaquée étant annulée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour, prise le 17 novembre 2015 à l'égard de la partie requérante, est annulée.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente août deux mille seize par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,
M. A. D. NYEMECK, greffier,

Le greffier, Le président,

A. D. NYEMECK M. GERGEAY