

Arrêt

n° 177 248 du 31 octobre 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 IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 23 février 2016, par X, qui déclare être de nationalité burundaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision, prise le 1^{er} décembre 2015 de refus prorogation d'une autorisation de séjour précédemment accordée 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, dite ci-après « *la loi du 15 décembre 1980* » et de l'ordre de quitter le territoire qui l'accompagne.

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

Vu l'ordonnance portant détermination du droit de rôle du 7 mars 2016 avec la référence X.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 10 mai 2016 convoquant les parties à l'audience du 3 juin 2016.

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

Entendu, en leurs observations, Me C. NTAMPAKA, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me C. PIRONT loco Mes D. MATRAY et N. SCHYNTS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

Selon ses déclarations, la requérante est arrivée en Belgique le 2 janvier 2013. Elle a introduit le 19 mars 2013 une demande de reconnaissance de la qualité de réfugié.

Sa procédure s'est clôturée par un arrêt du Conseil n°109 605 du 11 septembre 2013 refusant de lui reconnaître le statut de réfugié et de lui accorder le statut de protection subsidiaire.

Par un courrier du 2 mai 2013, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée recevable le 24 septembre 2013.

Le 2 décembre 2013, le médecin de la partie défenderesse a rendu un avis concernant la situation médicale de la requérante.

Sur la base de cet avis médical, la requérante a été autorisée temporairement au séjour, le 11 décembre 2013, et a été mise en possession d'un CIRE.

Par un courrier du 16 juillet 2014, la requérante a sollicité la prorogation de son titre de séjour.

Le 26 novembre 2015, le médecin fonctionnaire a rendu un nouvel avis médical concernant la requérante.

Le 1^{er} décembre 2015, la partie défenderesse a pris une décision de refus de prolongation de l'autorisation de séjour. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« *Motifs :*

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

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

Dans son avis médical rendu le 26.11.2015 , (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE indique qu'il y a une nette amélioration voire même une stabilisation de sa situation clinique. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles à la requérante.

Le médecin de l'OE précise également dans son avis que sur base des données médicales transmises, la requérante est capable de voyager et n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne et qu'il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine.

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

Que dès lors, vu les constatations faites ci-dessus, il ne paraît plus que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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

A la même date, la partie défenderesse a également pris un ordre de quitter le territoire à l'égard de la requérante. Cette décision, qui constitue le deuxième 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 13 §3, 2° de la loi du 15 décembre 1980, l'étranger ne remplit plus les conditions mises à son séjour : la demande de prorogation du titre de séjour accordé sur base de*

l'article 9ter a été refusée en date du 01.12.2015. »

2. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique libellé, comme suit :

Pris de la violation :

- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs ;
- de l'article 9ter, 62 et 74/13 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- des principes de bonne administration, de précaution et de minutie dans la motivation des actes de l'administration et du principe général de droit selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant en considération tous les éléments pertinents de la cause ;
- de l'erreur manifeste d'appréciation ;
- de l'article 3 de la CEDH lu en combinaison avec l'article 13 CEDH ;
- de l'article 41 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ;
- du principe *audit alteram partem*

En ce que, première branche, la partie adverse a estimé que la requérante était en rémission complète depuis 18 mois démontrant une amélioration suffisamment radicale et durable et que les affections nouvellement mentionnées n'ont aucun caractère de gravité démontré.

Alors que, l'examen de la situation médicale fait par le médecin-conseil démontre plusieurs lacunes et que la situation personnelle de la requérante n'a pas été étudiée au regard du suivi médical au Burundi et de la réelle disponibilité des soins au Burundi. (nous soulignons).

Lorsque le médecin-conseil de l'administration estime que le néoplasie mammaire est en rémission complète depuis 18 mois, il commet premièrement une erreur manifeste d'appréciation. Il viole aussi son devoir de prudence et de minutie en ce qu'il expose des motifs erronés.

En effet, selon le certificat médical du 22.09.2015 du Dr EL ALI, ce n'est qu'à compter de cette date que la rémission est appréciée comme complète et non depuis 18 mois au moins. De plus, l'interniste requiert un contrôle annuel, destiné sans doute à vérifier les risques de développement d'autres affections.

Le médecin-conseil n'est pas non plus sans ignorer que si l'on parle de rémission, même complète, il ne s'agit nullement de « guérison ». La rémission signifie qu'il n'y a plus aucune trace de cancer après traitement. Il existe cependant toujours un risque de récidive du cancer ou d'apparition de métastases. On parle de guérison si aucune récidive n'est apparue plusieurs années après la fin du traitement.

La partie requérante s'étonne donc de la motivation lacunaire et erronée du médecin-conseil qui commet une erreur manifeste d'appréciation des faits de l'espèce. On ne peut accepter ce laxisme dans la motivation d'une décision sur la prorogation d'une autorisation de séjour médical.

Si la partie requérante devait retourner dans son pays en proie à des violences, on ne peut valablement envisager qu'elle pourra effectivement trouver les soins nécessaires. Déjà en 2014 l'OMS s'inquiétait de l'accès aux soins du fait de leur indisponibilité : « *L'accès de la population aux médicaments essentiels de qualité reste un élément crucial dans l'atteinte des objectifs de santé publique au Burundi. Le principal défi est actuellement l'approvisionnement régulier en médicaments. Beaucoup de ruptures de stocks sont souvent signalées à différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement, les principales raisons étant l'absence d'une remontée d'informations fiables sur les consommations et d'un système national de quantification de besoins mais aussi des problèmes liés aux capacités de gestion. En outre les médicaments restent financièrement inaccessibles à une bonne partie de la population et l'assurance de leur qualité n'est pas toujours garantie.* » (Rapport annuel 2014 de l'OMS sur le Burundi, p.26).

La décision prise par le médecin-conseil de refuser la prorogation ne peut se comprendre à la seule lecture des motifs avancés dans la décision. Lorsque celui-ci estime que « *dans le cadre du*

traitement adjuvant, un schéma de traitement séquentiel (létrozole pendant 2 ans suivi du tamoxifène pendant 3 ans) pourrait également être envisagé », il ne prend pas en considération le certificat médical prévoyant un traitement de 5 ans par Femara. Il avance simplement la possibilité de changer de traitement sans avoir consulté, ni même suivi la requérante.

Cette attitude du médecin-conseil laisse à douter concernant sa prise de position quant à la politique actuelle d'immigration en Belgique. Acteur de la politique d'immigration avant d'être médecin, l'appréciation d'une maladie grave sur dossier démontre un laxisme intolérable. Il ne fait aucun doute que, bien qu'étant en rémission, la requérante n'est pas guérie et il existe encore un risque réel pour sa vie et son intégrité physique si elle n'est pas suivie et traitée adéquatement et régulièrement.

Il appartient pourtant à la partie adverse de préciser quelles sont les réelles disponibilités des soins au pays d'origine.

Or, se gardant de motiver davantage sa décision, le médecin-conseil viole son obligation de prudence et de minutie. Si l'on se réfère à la liste des médicaments essentiels au Burundi, le Femara n'est pas disponible, ni même le Létrozole ou le Tamoxifène... La requérante se demande donc comment la partie adverse peut être si sûre qu'il y aura les médicaments nécessaires au traitement de ses pathologies au Burundi.

Ce faisant, la partie adverse a méconnu l'obligation de motivation qui était la sienne, et a agi avec désinvolture, violant son obligation de soin et de minutie dans la rédaction des décisions administratives ainsi que les dispositions invoquées au moyen.

Quant à l'accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine, la partie requérante est étonnée de lire la motivation de la partie adverse qui n'avance que des suppositions et non des arguments.

Le médecin-conseil estime que le fait que la famille de la requérante soit au Burundi démontre que celle-ci bénéficiera effectivement d'un accès financier aux soins nécessaires. Ceci n'est pas une motivation adéquate et ne peut être acceptée par la requérante. La partie adverse doit avancer des motifs pertinents, sérieux et adéquats sinon elle se décharge de ses obligations liées aux principes de bonne administration. Le médecin ne montre ni les revenus de la famille ni l'obligation légale de l'aider dans les dépenses aussi lourdes pour les soins médicaux.

La partie adverse se réfère au plan de santé de 2005-2015 relatif à l'accès universel aux services et soins de santé de base. Cette référence à un « plan » sans renvoi vers des résultats concrets et applicables en l'espèce ne peut être acceptée comme motivation adéquate.

La partie requérante conteste donc l'avis du médecin-conseil qui ne fait que citer l'existence d'assurances santé ainsi que le système de la Carte d'Assurance Maladie (CAM) sans en démontrer la pertinence vu l'espèce. Selon une publication de l'OMS¹, il y a encore beaucoup à faire au Burundi pour assurer une réelle disponibilité et accessibilité aux soins de santé .

« *L'autorité nationale de réglementation pharmaceutique manque cruellement de ressources, ce qui entraîne un contrôle insuffisant de la qualité des médicaments et des autres produits de santé nécessaires. « Il y a de fréquentes ruptures de stock », explique Donatien Bigirimana. « Mais même quand les médicaments sont disponibles, ils sont trop chers pour la majorité de la population. »*

La carte d'assistance médicale, une forme d'assurance-maladie introduite il y a quelques années, n'a eu que peu d'impact sur le coût et la disponibilité des médicaments. Les établissements n'ont pas tous adhéré au système car il est cher et inefficace. « Il n'y a pas assez de fonds publics pour couvrir les besoins de la population », reconnaît Donatiens. « Les quelques personnes qui en ont les moyens font appel au secteur privé, les autres vont dans les centres de santé d'organisations confessionnelles. Mais il n'y a aucune solution durable pour l'ensemble de la population et, plus particulièrement, pour les plus démunis. ».

« *Nous avons une incidence du VIH relativement faible. Les médicaments antipaludiques et antituberculeux sont en général disponibles grâce aux initiatives mondiales », indique Emanuel. « Mais la mortalité maternelle et infantile reste extrêmement élevée. Nous n'avons pas suffisamment de ressources pour traiter de simples infections respiratoires ou la diarrhée. Le diabète, le cancer et les*

maladies cardiovasculaires sont en recrudescence, mais nous n'avons pratiquement pas de capacités diagnostiques pour ces affections et donc pas de traitement. »

Quant aux symptômes nouveaux de la partie requérante, à savoir le diabète, l'hypertension artérielle et des douleurs lombo-sacrées, la partie adverse a simplement considéré qu'elles ne présentent pas de caractère de gravité imposée pour bénéficier de la protection de l'article 9ter.

Or, considérant à nouveau le problème de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments, si la requérante ne peut valablement se soigner, il existe un risque non-négligeable qu'elle présente des symptômes de plus en plus sérieux, vu son système immunitaire faible et en rémission.

Le diabète et l'HTA sont associés dans 30% des cas selon une étude faite au CHUK et causent des complications dégénératives dans 73,1% des cas selon la même étude. La prise en charge de ces maladies reste un problème majeur du fait que les médicaments sont très chers et doivent être pris quotidiennement²

Dès lors, la partie requérante estime que l'accessibilité des soins nécessaires n'est pas assurée et n'est pas convaincue par l'exposé des motifs avancés par la partie adverse. Elle se réfère au surplus à un arrêt de la Cour de cassation du 24/6/2015 qui a jugé que si l'éloignement de la personne crée une dégradation importante de la situation personnelle ou une dégradation significative de son espérance de vie, alors il y a violation de l'article 3 CEDH.

L'article 9ter, §1^{er}, al.1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 dispose que 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.

Or, dans les circonstances concrètes de l'affaire, le renvoi de la partie requérante entraînerait certainement un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. La rupture imposée dans la continuité des soins, en tout cas en présence de pathologies multiples et graves, constitue un traitement inhumain ou dégradant.

Partant, le moyen est fondé dans sa première branche.

En ce que, deuxième branche, la partie adverse n'a pas pris en compte le **risque réel de traitement inhumain et dégradant** en cas de retour dans son pays d'origine.

Alors que, la partie requérante estime qu'un retour forcé dans son pays d'origine dans l'état actuel de sa santé et de conflit l'exposerait à un traitement inhumain et dégradant.

Qu'en effet la situation actuelle d'insécurité au Burundi empêche des personnes dans un état de grave maladie de retourner au Burundi, parce que les soins ne sont pas donnés, que les médicaments manquent ou risquent de manquer suite à la réduction des moyens destinés aux hôpitaux et aux soins de santé en général;

Que le rapport d'expert des Nations Unies traduit l'existence d'une crise politique grave, de conflits armés qui peuvent empêcher la requérant de repartir (**annexe 3**), surtout que le seul appui est son fils qui assume jusqu'à date tous les frais de séjour de sa mère

Elle estime en outre que la partie adverse n'a pas pris en compte son profil vulnérable en tant que femme âgée, seule et malade (rappelons que la partie requérante souffre d'une maladie grave).

La Cour de Cassation a pourtant jugé dans son arrêt du 24/6/2015 que si l'éloignement crée une dégradation importante de la situation ou une réduction significative de son espérance de vie, l'on pouvait conclure à une violation de l'article 3 CEDH en ce qu'il prohibe de manière absolue tout traitement inhumain et dégradant.

La partie requérante joint au présent recours un certificat médical du 5.02.2016 du Dr. E. JELLOUL du CHU Saint-Pierre de Bruxelles (**pièce jointe 2**). Elle est atteinte de « *diabète sévèrement déséquilibré* », souffre d'hypertension artérielle et suit un traitement pour la rémission du néoplasie mammaire. Elle a été hospitalisée du 3.12.2015 jusqu'au 16.12.2015 à cause de son diabète.

Si le médecin-conseil estimait, à la lecture d'un dossier papier, que la requérante pouvait retourner dans son pays d'origine sans problème pour sa santé, le nouveau certificat médical type démontre au contraire qu'il avait tort. Le médecin aurait pu consulter la requérante pour apprécier son état de santé et non se référer (de manière erronée) aux anciens certificats médicaux. Rappelons que le médecin conseil peut à tout moment convoquer le patient, et établir un bilan de santé, ce qu'il n'a pas fait.

Ne prenant pas la peine de motiver sa décision au regard de la situation de vulnérabilité de la partie requérante au regard de l'article 3 CEDH, la partie adverse a violé son devoir de précaution et de minutie.

Elle est en outre en défaut de démontrer la mise en balance des intérêts en concurrence *in casu*. Se faisant, elle a de nouveau violé son obligation de motivation formelle des actes administratifs telle que prévue aux articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991.

¹http://who.int/medicines/areas/coordination/temoignages_projet/fr/index1.html

²http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Burundi :Analytical_summary - Non-communicable_diseases_and_conditions/fr. »

3. Discussion.

3.1 Sur le moyen unique, branches réunies, 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 et qui démontre son identité 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 au ministre ou son délégué* ».

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

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 des dits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation.

3.2. En l'espèce, la première décision attaquée repose sur les considérations selon lesquelles « *le médecin de l'Office des Étrangers (OE) [...] a été invité à rendre un avis à propos d'un possible retour au pays d'origine, le Burundi ; que dans son avis médical rendu le 26.11.2015, (...), le médecin de l'OE indique qu'y a une nette amélioration voire même une stabilisation de la situation clinique. Le suivi médicamenteux et autre qui restent nécessaires, sont disponibles et accessibles à la requérante* ».

L'avis médical précité du 26 novembre 2015 indique tout d'abord ce qui suit : « *Un avis a déjà été rendu auparavant par le collègue le Docteur, LECLEF le 02.12.2013 sur base d'une néoplasme mammaire gauche CT4bN3MO. Le certificat médical fourni permettait d'établir que l'intéressée souffrait d'une néoplasie mammaire dans un état tel qu'elle entraînait momentanément un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu qu'il n'y avait pas de traitement adéquat (Herceptine) dans le pays d'origine de telle sorte que d'un point de vue médical, le retour au pays d'origine ou de provenance était momentanément contre-indiqué. Ce risque n'existera plus au terme du traitement.* »

Sur la base des certificats médicaux qui ont été produits par la requérante, le médecin-conseil indique dans l'avis médical précité que celle-ci souffre de néoplasie mammaire en rémission complète, d'une hypertension artérielle et de douleurs lombo-sacrées et que le traitement actif actuel consiste en la prise de : « *Vasexten (Bamidipine), Zaldiar (Paracetamol+Tramadol), Femara (Letrozole) initié en avril 2013 pour 5 ans* ».

En ce qui concerne la disponibilité des soins au Burundi, le médecin conseil de la partie défenderesse fait état de ce qui suit :

« *Les sources suivantes ont été utilisées (cette information a été ajoutée au dossier administratif de l'intéressé) •*

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI¹ montrent la disponibilité du suivi (par interniste comme le Dr Z. EL ALI en Belgique et un généraliste) et le traitement (Amlodipine ou Nifedipine antagoniste calcique équivalent de Bamidipine, Paracetamol, Tramadol. Letrozole après 2 ans de traitement peut -être remplacé par Tamoxifene) disponible au Burundi» Tamoxifene est un traitement adjuvant en cas de carcinome mammaire avec des récepteurs hormonaux positifs, aussi bien avant qu'après la ménopause.

Requête Medcoi du 18.04.2014 portant le numéro de référence unique Bt 3285 2014

Requête Medcoi du 18.08.2014 portant le numéro de référence unique BI 3453 2014

Requête Medcoi du 29.04.2015 portant le numéro de référence unique BMA 6722

Requête Medcoi du 27.10.2015 portant le numéro de référence unique BMA 7367

Dans le Résumé des caractéristiques du produit Femara,² il est en effet notifié que « Dans le cadre du traitement adjuvant, un schéma de traitement séquentiel (letrozole pendant 2 ans suivi du tamoxifene pendant 3 ans) pourrait également être envisagé (voir rubriques 4.4 et 5.1) »,

« L'analyse des traitements séquentiels (ATS) porte sur la seconde question principale de l'étude BIG1-98, le fait de savoir si le traitement séquentiel par le tamoxifene suivi du letrozole serait supérieur à la monothérapie.

Il n'a pas été observé de différences significatives entre le traitement séquentiel et la monothérapie en termes de survie sans maladie (DFS), de survie globale (OS), de survie sans maladie systémique (SDFS) ou de survie sans métastases à distance »,

De ces informations on peut conclure que le suivi et le traitement sont disponibles au Burundi.

¹ *Dans le cadre du projet MedCOI, des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays d'origine sont collectées et collationnées dans une base de données non publique à l'intention de divers partenaires européens. Ce projet fondé sur une initiative du « Bureau Medische Advisering (BMA) » du Service de l'immigration et de naturalisation des Pays-Bas, compte actuellement 15 partenaires (14 pays européens et le Centre international pour le développement des politiques migratoires) et est financé par European Refugees Fund.*

Clause de non-responsabilité: les informations délivrées concernent uniquement la disponibilité du traitement médical généralement dans une clinique ou un établissement de soins près, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accès au traitement ne sont pas fournies. L'information est recueillie avec grand soin. Le BMA fait tout son possible

pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucuns droits comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

International SOS est une société internationale de premier rang spécialisée dans les services de santé et de sécurité. Elle a des bureaux dans plus de 70 pays et possède un réseau mondial de 27 centres d'assistance. 31 cliniques et 700 sites externes International SOS s'est engagé, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans les pays du monde entier. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Internet de l'organisation; <https://www.internationalsos.com/>

Allianz Global Assistance est une société internationale d'assurance voyage dotée de ses propres centres opérationnels répartis dans 34 pays avec plus de 100 correspondants et 400.000 prestataires de services qualifiés. Ce réseau lui permet de trouver n'importe où dans le monde le traitement médical le mieux adapté à chaque situation spécifique. Allianz Global Assistance s'est engagée, par contrat, à fournir des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans des pays du monde entier. Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: www.allianz-global-assistance.com

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire de ses ambassades situées à l'étranger sur base de critères de sélection prédefinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions avant trait à n'importe quelle spécialité médicale.

Les Informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA.

² www.cbip.bc Les Inhibiteurs de l'aromatase »

S'agissant de l'accessibilité des soins au Burundi, l'avis médical indique que :

« [...] la requérante a déclaré, dans sa demande d'asile, posséder de la famille au Burundi. Notamment des enfants ainsi que des frères et sœurs. Ces personnes pourraient donc lui venir en aide afin de prendre en charge ses soins de santé.

Ensuite le Conseil de la requérante fait référence à des articles concernant la situation humanitaire au Burundi. Or il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001)

Notons que le Ministère de la Santé Publique burundais³ a élaboré une Politique Nationale de Santé 2005-2015 basée sur l'accès universel aux services et soins de santé de base. Il existe également des assurances santé publiques et privées disponibles pour les salariés ainsi que le système de la Carte d'Assurance Maladie destinée à la couverture des ménages.

Sécurité sociale

La loi prévoit à la fois une pension complète et partielle. Pour la pension complète, un travailleur doit avoir atteint 60 ans (même chose pour les femmes) avec au moins 180 mois (15 ans) de cotisations. La pension de vieillesse de 30% du salaire moyen mensuel gagné dans les 15 premières années de la couverture du travailleur est payée. La pension est augmentée de 2% du salaire moyen mensuel pour chaque période de 12 mois de couverture supérieur à 180 mois. La pension maximale est de 80% du salaire moyen mensuel des travailleurs assurés.

Source : article 67 et 75 du Code de la Sécurité Sociale, 199 ; article 66 du Code du Travail, 1993

Le Code de la Sécurité Sociale prévoit la pension de survivants pour les personnes à charge, veuve, veuf, enfant et parents y compris si il n'y a aucun conjoint survivant ou les enfants. La pension de survivant est de 50% de la pension du défunt et est versée à la veuve/veuf. 25% de la pension du travailleur décédé est payé à chaque orphelin. 40% de la pension du travailleur décédé est payé à chaque orphelin. Les pensions totales des survivants ne peuvent dépasser 100% de la pension du travailleur décédé⁴.

Source : Article 57, 76, & 78 du Code de la Sécurité Sociale, 1999

³ www.minisante.bi

⁴ Votre salaire, Sécurité sociale, (page consultée le 25.11.2015), <http://www.votresalaire.org/burundi/page-daccueil/droit-du-travail/securite-sociale> »

Le médecin conseil de la partie défenderesse conclut que « [I]es certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressée, Madame [la partie requérante], âgée de 72 ans, originaire du Burundi, souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent et sont accessibles au pays d'origine.

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

Étant donné que les conditions sur la base desquelles cette autorisation a été octroyée n'existent plus, ou ont changé ; qu'il a été vérifié que ce changement de circonstances a un caractère suffisamment radical et non temporaire (article 9 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 (M.B. 31.05.2007), il n'y a donc plus lieu de prolonger le séjour de la requérante »

Le Conseil observe qu'en termes de requête, la partie requérante reste en défaut de contester valablement les constats posés par le médecin conseil de la partie défenderesse dans l'avis médical du 25 novembre 2015 susmentionné et par la partie défenderesse à sa suite dans la décision attaquée.

Ainsi, le Conseil ne peut suivre la partie requérante lorsque qu'elle reproche au médecin de la partie défenderesse d'indiquer que la néoplasie mammaire est en rémission complète depuis 18 mois dès lors que ce constat ressortait déjà du certificat médical établie le 8 mai 2014 par le médecin spécialiste de la requérante, le Dr GOMBO et que la partie requérante ne fait valoir aucun document faisant état d'une rechute ou du moindre examen négatif depuis. Le Conseil ne peut dès lors conclure à l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation à cet égard.

Par ailleurs, rien ne permet de penser que le fonctionnaire médecin ait confondu les notions de rémission et de guérison, mais il a légitimement tenu compte de la durée de la rémission pour apprécier l'état de santé de la partie requérante, évaluant ainsi le risque de rechute.

S'agissant des autres affections invoquées par la partie requérante, à savoir le diabète, l'hypertension artérielle et les « douleurs lombo-sacrées », le Conseil observe que la partie requérante, qui fait le constat que le médecin a considéré que ces pathologies ne revêtaient pas de caractère de gravité suffisant, se limite à invoquer des certificats récents, sans autre précision qu'un certificat médical du 5 février 2016, établi dès lors postérieurement à l'acte attaqué et dès lors sans pertinence pour en apprécier la légalité. Le Conseil relève que le certificat médical du 2 octobre 2015, lequel fait état d'une hypertension artérielle et de douleurs lombo sacrées ne donne pas d'indication claire concernant la gravité de celles-ci. Le Conseil ne peut donc conclure à l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation lorsque le fonctionnaire médecin indique, sur la base des certificats médicaux en sa possession, que « les affections nouvellement mentionnées n'ont aucun caractère de gravité démontré. L'hypertension artérielle est contrôlée et n'est pas compliquées. Les douleurs lombo-sacrées n'ont pas démontré une origine suspecte lors du bilan complet réalisé en juin 2015 ».

Ensuite, en ce qui concerne la disponibilité du Femera dont le traitement a été initié pour une période de 5 ans, le médecin de la partie défenderesse a relevé en se basant sur le résumé des caractéristiques de ce produit, que ce traitement pouvait valablement être remplacé dans le cadre d'un traitement adjuvant, tel que celui prescrit à la requérante, par un schéma comprenant la prise du letrozole qui constitue le principe actif du Femera pendant 2 ans, suivi du taxomifène pendant trois ans.

Or, dès lors qu'il ressort de la requête medcoi 3285-2014 du 18 avril 2014, que la partie requérante pourrait valablement se procurer ce dernier produit au Burundi, elle ne peut être suivie lorsqu'elle invoque une indisponibilité du Femera ou de son substitut le letrozole, étant donné que dans le cadre du schéma alternatif proposé pour son traitement, la prise de cette médication entamée depuis avril 2013, soit depuis plus de deux ans n'est plus indispensable, la requérante pouvant la substituer par une molécule dont elle reste en défaut de remettre en cause l'efficacité dans sa situation.

Pour le surplus, le Conseil observe qu'en termes de requête, la partie requérante ne critique pas concrètement la teneur de l'avis du médecin-conseil, que ce soit relativement à la disponibilité ou l'accessibilité des soins et du suivi requis. Elle se prévaut de différents rapports, dont le rapport annuel de 2014 de l'OMS sur le Burundi, pour contester l'accès aux soins nécessaires en cas de retour dans son pays d'origine. Or, ces rapports n'ont pas été invoqués précisément à l'appui de la demande, laquelle s'était limitée à invoquer en termes laconiques la « pauvreté des infrastructures médicale » au Burundi.

S'agissant spécifiquement de l'accessibilité des soins requis, le Conseil relève que le médecin conseil ne s'est pas limité à relever la possibilité pour la requérante de bénéficier d'une assistance familiale dans la prise en charge de ses soins, ou à invoquer la politique burundaise de santé de 2005-2015 relative à l'accès universel aux services de soins de santé de base, mais il s'est également fondé sur d'autres considérations qui tiennent notamment à l'existence d'une sécurité sociale, et plus précisément la possibilité pour la requérante de bénéficier d'une pension en tant que travailleur ou personne à charge pour financer ses soins médicaux, considérations qui ne sont pas contestées en termes de requête et qui doivent dès lors être tenues pour établies.

Le moyen manque en droit en ce qu'il est pris de la violation de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne dès lors que la CJUE s'est notamment exprimée, dans un arrêt du 5 novembre 2014 (C-166/13), comme suit : « [...] 44 Ainsi que la Cour l'a rappelé au point 67 de larrêt YS e.a. (C-141/12 et C-372/1\ EU:C:2014:2081), il résulte clairement du libellé de l'article 41 de la Charte que celui-ci s'adresse non pas aux États membres, mais uniquement aux institutions, aux organes et aux organismes de l'Union (voir, en ce sens, arrêt Cicala, C-482/10, EU:C:2011:868, point 28). Partant, le demandeur d'un titre de séjour ne saurait tirer de l'article 41, paragraphe 2, sous a), de la Charte un droit d'être entendu dans toute procédure relative à sa demande [...] ».

S'agissant du principe général de bonne administration que traduit l'adage « *audi alteram partem* », le Conseil rappelle qu'il s'agit d'*« un principe qui impose à l'administration qui désire prendre une mesure grave contre un administré d'entendre ce dernier pour lui permettre de faire valoir ses observations quant à ladite mesure; que ce principe rencontre un double objectif : d'une part, permettre à l'autorité de statuer en pleine connaissance de cause et, d'autre part, permettre à l'administré de faire valoir ses moyens compte tenu de la gravité de la mesure que ladite autorité s'apprête à prendre à son égard (...) »* (en ce sens, C.E. (13e ch.), 24 mars 2011, Hittelet, Y., no 212.226). Le Conseil entend préciser quant à ce que l'administration « (...) doit, à tout le moins, informer l'intéressé de la mesure envisagée et lui donner la possibilité de s'expliquer » (en ce sens, C.E. (8e ch.), 5 mai 2010, Gonthier, M., no 203.711).

Or, s'agissant en l'espèce d'une décision de refus en réponse à une demande de prorogation d'une autorisation de séjour, formulée par la partie requérante, force est de constater que cette dernière avait la possibilité d'invoquer à l'appui de cette demande tous les éléments qu'elle jugeait favorables à l'octroi de l'autorisation sollicitée, en manière telle que la partie défenderesse n'était nullement tenue d'en outre l'entendre préalablement à l'adoption de la décision attaquée.

Le même raisonnement doit être tenu à l'égard de l'ordre de quitter le territoire qui accompagne la décision précitée, dans la mesure où il est raisonnable d'attendre d'une personne étrangère formulant une demande de séjour, lorsqu'elle ne dispose pas par ailleurs d'une autorisation de séjour à un autre titre, qu'elle envisage l'hypothèse d'un refus du séjour et, dès lors, celle de la prise consécutive d'un ordre de quitter le territoire à son égard.

Dans la mesure où il a été répondu dans la décision de refus de prolongation de séjour aux éléments médicaux invoqués par la requérante, et que la partie défenderesse en a dès lors tenu compte en prenant l'ordre de quitter le territoire, il ne saurait lui être reproché une quelconque violation de l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980.

Enfin, s'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, il résulte des développements qui précèdent que la partie requérante n'établit pas que la partie défenderesse n'a pas procédé à un examen aussi rigoureux que possible des risques au regard de l'article 3 de la CEDH d'un retour de la requérante dans son pays d'origine, dès lors qu'elle a pu estimer que ce retour ne risquait pas de l'exposer à un traitement inhumain ou dégradant, celle-ci pouvant voyager et les soins nécessités par son état de santé lui étant disponibles et accessibles au Burundi.

Au demeurant le Conseil rappelle ladite disposition n'est susceptible d'être méconnue en l'espèce que lors de la mise à exécution de l'ordre de quitter le territoire attaqué et que la partie défenderesse n'était pas tenue, lorsqu'elle a pris ledit acte, d'apprécier si son exécution respecte la disposition précitée (voyez à cet égard : CC, n° 89/2015 du 11 juin 2015, considérant B.5.1).

3.3. Il résulte de ce qui précède que le moyen pris n'est pas fondé.

4. Débats succincts.

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

4.2. La requête en annulation étant rejetée par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

5. Dépens.

Au vu de ce qui précède, il convient de mettre les dépens du recours à la charge de la partie requérante.

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

Article 1.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Article 2.

Les dépens, liquidés à la somme de cent quatre-vingt-six euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trente-et-un octobre deux mille seize par :

Mme M. GERGEAY, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO, greffier assumé.

Le greffier, Le président,

G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO

M. GERGEAY