



Arrêt

n° 225 083 du 22 août 2019
dans les affaires x et x / III

En cause : x

Ayant élu domicile : au cabinet de Maître T. WIBAULT
Rue du Congrès 49
1000 BRUXELLES

contre:

l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative et désormais par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

LA PRÉSIDENTE DE LA IIIE CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 22 juin 2017, par X, qui déclare être de nationalité pakistanaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision de rejet d'une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, prise le 2 mai 2017.

Vu la requête introduite le 22 juin 2017, par X, qui déclare être de nationalité pakistanaise, tendant à la suspension et l'annulation de l'ordre de quitter le territoire, pris le 2 mai 2017.

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.

Vu les notes d'observation et le dossier administratif.

Vu les ordonnances du 16 juillet 2019 convoquant les parties à l'audience du 6 août 2019.

Entendu, en son rapport, E. MAERTENS, présidente de chambre.

Entendu, en leurs observations, Me T. WIBAULT, 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. Jonction des affaires

Les recours ont été introduits par la même partie requérante à l'encontre de deux décisions la concernant, dont l'une est prise en exécution de l'autre.

Dès lors, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, le Conseil estime qu'il y a lieu de joindre les recours enrôlés sous les n° 206 776 et 206 778 en raison de leur connexité.

2. Faits pertinents de la cause.

Par courrier un courrier du 12 octobre 2012, la partie requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 14 janvier 2013, la partie défenderesse a pris une décision d'irrecevabilité de cette demande. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a fait l'objet d'un arrêt d'annulation n° 106.198 du 1^{er} juillet 2013

Par courrier du 13 septembre 2013, la partie requérante a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980.

Le 23 septembre 2013, la partie défenderesse a déclaré cette demande ainsi que celle du 12 octobre 2012 recevables. En date du 29 janvier 2014, elle a déclaré ces demandes non fondées. Le recours introduit à l'encontre de cette décision a été rejeté par un arrêt du Conseil n° 124 309 du 21 mai 2014.

Par un courrier du 5 juin 2015, la partie requérante a introduit une troisième demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable le 22 juillet 2015.

En date du 13 janvier 2016, la partie requérante a introduit pour la quatrième fois une demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée recevable le 3 juin 2016

Le 2 mai 2017, le médecin de la partie défenderesse a rendu un avis sur la situation médicale de la partie requérante.

Le 11 mai 2017, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour du requérant. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

«

Motif :

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.

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé 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 Pakistan, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 02.05.2017, (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 son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Les soins nécessaires à l'intéressé sont donc disponibles et accessibles au Pakistan.

Dès lors, vu que le traitement est disponible et accessible,

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

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

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 pris un ordre de quitter le territoire à l'encontre de la partie requérante. 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:

o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé n'est pas en possession d'un VISA valable. »

3. Exposé du moyen d'annulation

La partie requérante prend un moyen unique de « *la violation des articles 9ter et 62, de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers, des articles 5 et 11 bis de la loi du 22.8.2002 relative aux droits du patient, des articles 112, 2114 et 126 du Code de déontologie médicale, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme* ».

Dans une troisième branche, elle critique l'appréciation portée par le médecin conseil relative à l'accessibilité, qu'elle estime ne pas correspondre à l'exigence requise par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Elle soutient en substance que « *rien dans les décisions entreprises ne permet de s'assurer que les données fournies par le médecin conseil pour démontrer l'accessibilité des soins rencontrent effectivement les données fournies pour démontrer la disponibilité. L'ensemble de la présentation reste essentiellement théorique et rien ne permet de s'assurer qu'elle rencontre les paramètres du requérant, notamment concernant la gravité des pathologies et leurs connexités* ».

4. Discussion

4.1. Sur la troisième branche du moyen, le Conseil souligne qu'aux termes de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, 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 datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande 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 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 rappelle en outre 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.

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

4.2. En l'espèce, le Conseil constate que la décision entreprise est notamment fondée sur un rapport établi par le médecin conseil de la partie défenderesse en date du 2 mai 2017 sur la base des certificats médicaux produits par la partie requérante, dont il ressort que cette dernière, en situation d'obésité morbide, présente les pathologies suivantes : « diabète de type 2 insulinorequérant compliqué de rétinopathie, de néphropathie (insuffisance rénale chronique grade 3) et de polyneuropathie diabétique, mal perforant plantaire, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, carence en vitamine D, status, post-amputation de plusieurs orteils, petit ulcère antral HP+ traité, gastrite, syndrome d'apnées du sommeil, arthrose lombaire et rétrécissement des trous de conjugaison L4-L5-S1 et arthrose cervicale ».

S'agissant de l'accessibilité des soins dans son pays d'origine, le Pakistan, le médecin conseil de la partie défenderesse indique dans son rapport ce qui suit :

«Le conseil de l'intéressé apporte, à l'appui de sa demande, certains documents au sujet de la situation des soins de santé au Pakistan et plus particulièrement sur les personnes atteintes de diabète. Cependant, ces documents n'apportent rien de neuf par rapport à la situation particulière de l'intéressé. Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Pakistan. En l'espèce, 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 cet argument ne peut être retenu (CCE n°23 771 du 26.02.2009).

Il convient de noter que la Diabetic Association of Pakistan fournit des consultations gratuites à toutes les personnes souffrant de diabète. Les injections d'insulines, les médicaments et les tests en laboratoire sont aussi fournis gratuitement à tous les enfants souffrant de diabète de type 1 et les patients diabétiques qui en ont besoin.

De plus, il existe plusieurs associations apportant une aide financière ou en nature à destination des pauvres et indigents, notamment dans le domaine des soins de santé. Ainsi, la «Pakistan Bait Ul- Ma⁶ » a pour mission d'apporter une protection sociale aux segments pauvres et marginalisés de la société. Elle a notamment pour objectifs d'apporter un traitement médical gratuit pour les malades indigents, la création d'hôpitaux gratuits et de centres de réhabilitation pour les pauvres ainsi qu'une assistance financière aux veuves, orphelins invalides, infirmes ou autres personnes dans le besoin.

La fondation EDHI proposait déjà en 2008 8 hôpitaux et 23 dispensaires gratuits⁷ et a continué à se développer⁸.

A Karachi, par exemple, la fondation gère actuellement 8 hôpitaux, des hôpitaux pour les yeux, des centres diabétiques, des unités de chirurgie et des dispensaires mobiles.

Concernant le traitement de l'insuffisance rénale de l'intéressé, plusieurs associations fournissent un accès gratuit ou à bas coût à la dialyse. Il s'agit notamment de Hope Kidney Foundation, The Noor Foundation UK, Rheiman Foundation et The Bakhtawaramin Memorial Hospitam⁹.

Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical au Pakistan. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il 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).

Donc les arguments de l'intéressé ne peuvent être pris en compte car la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les

allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie. § 68), Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012.

La jurisprudence de la CEDH montre clairement qu'à partir du moment où les soins sont disponibles, il ne peut y avoir de violation de l'article 3 de la CEDH du fait que ces soins seraient difficilement accessibles au requérant (Arrêt du CE n° 81574 du 23 mai 2013).

Rappelons aussi que (...) L'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire ((CEDH, Affaire D.c Royaume Unis du 02 mai 1997, §38)

De manière plus générale, le site internet « Social Security Online¹⁰ » nous apprend que le Pakistan dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies, invalidité, vieillesse, décès, les accidents de travail et maladies professionnelles.

Au Pakistan, l'offre des soins de santé du secteur publique est pratiquement gratuite. Occasionnellement, une contribution minime est réclamée aux patients pour l'enregistrement, les tests en laboratoire ou une hospitalisation¹¹.

Le Pakistan compte aussi des organisations actives dans le domaine de la micro-assurance. Les plus pauvres peuvent ainsi contracter une assurance-maladie à des conditions avantageuses. Parmi les principaux projets, citons le RSPN-Adamjee health microinsurance scheme¹².

Enfin le gouvernement du Pakistan organise la protection sociale des pauvres à travers les départements du Zakat et Ushr de ses entités fédérées. Par exemple, la province du Punjab¹³ et la province du Sindh¹⁴ où se trouve Karachi (d'où vient le requérant) fournissent des soins gratuits aux patients pauvres qui entrent dans les critères d'éligibilité.

Notons que l'intéressé « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles »¹⁵.

Pour finir, d'après sa demande d'asile, l'intéressé a encore de la famille au Pakistan. Celle-ci pourra l'aider financièrement pour pallier aux éventuels coûts des soins médicaux. »

Le Conseil observe que dans sa demande d'autorisation de séjour du 13 janvier 2016, la partie requérante a exposé en substance que la pathologie dont elle est atteinte, à savoir le diabète, constitue dans son pays d'origine, un problème de santé majeur en raison de la chronicité de l'affection et de ses possibles complications qui peuvent s'avérer fatales.

Elle relève, pièces à l'appui, qu'en raison des défaillances générales du système de soins de santé pakistanais, lequel est essentiellement organisé par le secteur privé, peu fiable et plus coûteux, un tel système ne permet pas de répondre aux besoins des diabétiques, dont le traitement constitue une charge financière énorme pour les services de santé, les individus et leurs familles.

Or, face à ces arguments, le médecin fonctionnaire oppose des considérations tirées de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme relative à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et le caractère général des informations fournies par la partie requérante.

Une telle motivation, s'avère toutefois insuffisante et inadéquate au regard non seulement des arguments de la partie requérante mais également de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Ainsi, il convient d'observer que dans sa demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 la partie requérante a notamment fait valoir que son état de santé « est particulièrement dégradé. Trois amputations ont déjà dû être menées en raison de son diabète. Il souffre de multiples complications, insuffisances rénales chroniques, hypertension et déficits neurologiques, complications incapacitantes qui font que [Monsieur la partie requérante] n'est plus en état de travailler. En cas de retour au Pakistan, son état de santé ne requiert pas seulement qu'il puisse avoir un accès aux soins directs et ordinaire de son diabète, soins qui comme le démontrent la littérature sont déjà peu accessibles à la plupart de la population. Il est nécessaire d'envisager également l'accès et la disponibilité d'autres traitements. Or si des études existent pour évaluer le coût possible du traitement direct du diabète, aucune étude n'existe sur le coût indirect lié au traitement des complications, coût qui est bien plus élevé que le seul coût du traitement direct ».

Force est de constater que ni le rapport du médecin, ni la partie défenderesse à sa suite, n'ont envisagé de manière suffisamment précise et personnalisée cette problématique lorsqu'il a été procédé à l'examen de la question de l'accessibilité des soins requis par la pathologie dont est atteinte la partie requérante. En effet, les considérations du fonctionnaire médecin relatives au caractère général des documents fournis par la partie requérante ne peuvent suffire à rencontrer ses arguments selon lesquels elle serait confrontée, en cas de retour au Pakistan, à des difficultés d'accès au traitement nécessaire à son traitement contre le diabète et ses complications.

Les considérations fondées sur la jurisprudence de la Cour EDH relatives à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme sont quant à elles inadéquates s'agissant de la légalité de la décision au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il convient de rappeler que le fait que l'article 3 de la CEDH constitue une norme supérieure à la loi du 15 décembre 1980, et prévoit éventuellement une protection moins étendue, ne fait pas obstacle à l'application de l'article 9ter, § 1, alinéa 1er, de cette loi. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux États parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Ensuite, le Conseil observe que les informations sur lesquelles le médecin fonctionnaire, et partant la partie défenderesse, se sont également fondés pour conclure à l'accessibilité des soins médicaux requis par la situation de la partie requérante ne corroborent aucunement les conclusions auxquelles ils procèdent dans la décision entreprise et dans l'avis médical du 2 mai 2017.

En effet, si l'examen des documents cités dans le rapport du médecin de la partie défenderesse, confirment notamment l'existence d'associations et structures assurant la gratuité des soins pour les plus démunis au Pakistan, rien ne permet toutefois de garantir que les mécanismes mis en place par ces organes permettraient d'assurer à la partie requérante un accès réel aux soins requis par ses pathologies.

Ainsi, s'agissant de la Diabetic Association of Pakistan (DAP) qui fournit des consultations gratuites à toutes les personnes souffrant de diabète au Pakistan, le Conseil constate que les informations selon lesquelles « *les injections d'insulines, les médicaments et les tests en laboratoire sont aussi fournis gratuitement à tous les enfants souffrant de diabète de type 1 et les patients diabétiques qui en ont besoin* », ne permettent pas de confirmer que des patients adultes comme le requérant souffrant de diabète de type 2, auront accès à cette aide gratuite et ni à quelles conditions. En tout état de cause cette prise en charge de la DAP ne remet aucunement en cause le constat selon lequel la partie requérante est également atteinte de plusieurs complications pour lesquelles elle indique ne pas pouvoir bénéficier d'un accès aux soins approprié.

De même en ce qui concerne l'existence de projets humanitaires, tels « la Pakistan BAIT Ul-Mal », la fondation EDHI, ou encore les départements du Zakat et Usher des entités fédérées du Punjab et du Sind, qui assurent, au Pakistan, une aide financière ou en nature à destination des pauvres en matière de soins de santé, le Conseil observe que les différentes informations figurant au dossier administratif en rapport avec ces instances, se bornent pour l'essentiel, à répertorier les différents services proposés à titre humanitaire par ces structures, au nombre desquelles des soins de santé gratuits. En revanche, aucune indication n'est fournie dans les sites consultés quant aux mécanismes d'accès à ces aides.

Le même constat s'applique également aux informations relatives aux organisations actives dans le domaine de la micro-assurance. Le Conseil estime, en effet, que les données fournies par la partie défenderesse au dossier administratif ne permettent pas raisonnablement de déduire que le requérant pourra effectivement bénéficier d'une telle assurance santé dans son pays d'origine, dans la mesure où le rôle et le cadre d'intervention desdites structures de micro-assurance ne sont nullement précisés.

Quant au système d'assurance social « Social Security online », à l'instar de la partie requérante, le Conseil constate que le requérant, ex travailleur indépendant, n'exerçant plus aucune activité professionnelle, n'est aucunement visé par la législation pakistanaise accessible aux seuls travailleurs des secteurs privé et public.

S'agissant enfin de l'argument selon lequel, la partie requérante pourrait pallier aux éventuels frais médicaux grâce à l'aide financière de sa famille restée au Pakistan, il ressort de la demande d'autorisation de séjour que la partie requérante a signalé que ses quatre filles nées entre 1996 et 2008 et son épouse sont retournées vivre auprès de son beau-père et que le requérant a été contraint de vendre sa maison pour faire face aux frais d'entretien de sa famille, de sorte que cette dernière, elle-même précarisée ne pourra assumer les frais particulièrement lourds de son traitement.

Il résulte de ce qui précède, que contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif et tirées des sources précitées, que les traitements et suivis requis en vue de soigner les pathologies du requérant sont suffisamment accessibles dans son pays d'origine, de sorte que l'acte attaqué n'est pas adéquatement motivé en ce qui concerne l'accessibilité du traitement, au regard de la situation individuelle du requérant.

Les considérations émises par la partie défenderesse dans sa note d'observations, selon lesquelles «*il appert que le médecin fonctionnaire a compilé des informations relatant le fait que d'une part, des associations rendent les soins pour les diabétiques accessibles gratuitement, ou via une aide financière, et d'autre part, que le gouvernement pakistanais organise la protection sociale des plus pauvres et fournissent des soins gratuits aux patients pauvres notamment dans la ville de Karashi dont le requérant est originaire*» ne sont pas de nature à énerver les conclusions qui précèdent.

4.3. Il résulte de ce qui précède que la troisième branche du moyen unique est, à cet égard, fondée et suffit à l'annulation de la première décision attaquée. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

4.4. L'ordre de quitter le territoire pris à l'encontre du requérant constituant l'accessoire de la première décision attaquée, qui lui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également.

5. Débats succincts

5.1. Les débats succincts suffisant à constater que les requêtes en annulation doivent être accueillies, 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.

5.2. Les décisions attaquées étant annulées par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur les demandes 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 fondée sur l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, prise le 2 mai 2017, est annulée.

Article 2.

L'ordre de quitter le territoire, pris le 2 mai 2017, est annulé.

Article 3

Les demandes de suspension sont sans objet.

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

Mme E. MAERTENS,

présidente de chambre,

Mme G. BOLA-SAMBI-BOLOKOLO,

greffier assumé.

Le greffier,

La présidente,

G. BOLA-SAMBI -BOLOKOLO

E. MAERTENS