



Arrêt

**n° 227 064 du 4 octobre 2019
dans l'affaire X / VII**

**En cause : 1. X
2. X
agissant en leur nom et en qualité de représentants légaux de :
X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître C. NIMAL
Rue des Coteaux 41
1210 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 VIIe CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 1^{er} juillet 2016, en leur nom et au nom de leur enfant mineur, par X et X, qui déclarent être de nationalité pakistanaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, et de deux ordres de quitter le territoire, pris le 20 mai 2016.

Vu le titre I^{er} bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 20 août 2019 convoquant les parties à l'audience du 12 septembre 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me H. GAMMAR *loco* Me C. NIMAL, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Me D. MATRAY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Les 9 septembre et 22 novembre 2011, les requérants ont, chacun, introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

Le 19 février 2013, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a refusé de leur reconnaître la qualité de réfugié et de leur accorder le statut de protection subsidiaire.

1.2. Le 27 février 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile, à l’encontre de chacun des requérants.

1.3. Le 20 juin 2013, les procédures, visées au point 1.1., se sont clôturées négativement, aux termes d’un même arrêt par lequel le Conseil du contentieux des étrangers (ci-après : le Conseil) a refusé de reconnaître la qualité de réfugié et d’accorder le statut de protection subsidiaire, à chacun des requérants (arrêt n° 105 504).

1.4. Le 28 juin 2013, la partie défenderesse a pris un nouvel ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile, à l’encontre de chacun des requérants.

1.5. Le 15 juillet 2013, les requérants ont introduit une demande d’autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l’article 9bis de la loi du 15 décembre 1980 sur l’accès au territoire, le séjour, l’établissement et l’éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

1.6. Le 9 septembre 2013, le Conseil a rejeté le recours, introduit à l’encontre des décisions, visées au point 1.2. (arrêt n°109 334).

1.7. Le 6 décembre 2013, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.5., irrecevable, et pris une interdiction d’entrée, à l’encontre de chacun des requérants.

Le 21 avril 2015, le Conseil a rejeté le recours, introduit à l’encontre de la décision déclarant irrecevable une demande d’autorisation de séjour (arrêt n°143 757).

Le 11 juin 2015, le Conseil a rejeté le recours, introduit à l’encontre des interdictions d’entrée (arrêt n°147 581).

1.8. Entre temps, le 16 décembre 2014, faisant valoir la pathologie de leur enfant mineur, les requérants ont introduit une demande d’autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l’article 9ter de la loi du 15 décembre. Cette demande a été déclarée recevable, le 20 mai 2015.

Le 20 mai 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l’encontre de chacun des requérants. Ces décisions leur ont été notifiées, le 1^{er} juin 2016.

La décision déclarant une demande d’autorisation de séjour non fondée, et les ordres de quitter le territoire, constituent les actes attaqués. Ces actes sont motivés comme suit :

- S’agissant de la décision déclarant une demande d’autorisation de séjour non fondée (ci-après : le premier acte attaqué) :

« Le problème médical invoqué ne peut être retenu pour justifier la délivrance d’un titre de séjour conformément à l’article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 [...], comme remplacé par l’article 187 de la loi du 29 Décembre 2010 portant des dispositions diverses.

Les intéressés invoquent un problème de santé de leur fille [...], à l'appui de leur 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'intéressée 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 de la requérante.

Dans son rapport du 19 mai 2016 (joint, sous plis fermé, en annexe de la présente décision), le médecin de l'OE indique que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine, que l'état de santé de la requérante ne l'empêche pas de voyager et conclut que d'un point de vue médical, il n'y a pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Pakistan.

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

Dès lors, le dossier médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où elle séjourne.

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 [à] l'article 3 CEDH.

Signalons que la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures : l'article 9ter, procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduit par l[es] requérant[s] » ;

- S'agissant des ordres de quitter le territoire, pris à l'encontre de chacun des requérants (ci-après : les deuxième et troisième actes attaqués) :

« En vertu de l'article 7, alinéa 1^{er}, 1^o de la loi du 15 décembre 1980, elle/[il] demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'intéressé/[e] n'est pas en possession d'un visa valable ».

2. Exposé des moyens d'annulation.

2.1.1. Les parties requérantes prennent un premier moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs (ci-après : la loi du 29 juillet 1991), de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), de l'article 37 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (ci-après : la CIDE), des articles 4, 19, 24 et 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte), des articles 5 et 6.4. de la directive 2008/115/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relative aux normes et procédures communes applicables dans les États membres au retour des ressortissants de pays tiers en séjour irrégulier (ci-après : la directive 2008/115/CE), de l'article 124 du Code de déontologie médicale, des articles 5 et 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, « du principe général de bonne administration », « du principe général du droit de l'Union européenne des droits de la défense, et particulièrement du principe *audi alteram partem* », et « de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause », ainsi que de l'« erreur dans l'appréciation des faits ».

2.1.2. Dans une première branche, citant un extrait d'une jurisprudence du Conseil d'Etat, elles soutiennent que « Selon le Conseil d'Etat, si la maladie alléguée ne répond « manifestement » à aucune de ces deux hypothèses, la demande est déclarée

irrecevable. La demande introduite par la partie requérante a été déclarée recevable par la partie adverse le 20.05.2015 ce qui signifie que la maladie dont est atteinte [l'enfant mineur des requérants] a atteint le seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter. Cela n'est pas contesté par la partie adverse. Selon la partie requérante, dès lors que ce « filtre médical » est passé, la partie adverse est tenue d'examiner de quelle hypothèse relève la maladie alléguée : s'agit-il de la première hypothèse auquel cas l'éloignement n'est absolument pas envisageable ? Ou s'agit-il de la seconde hypothèse auquel cas, effectivement, il y a lieu de procéder à l'examen de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement dans le pays d'origine ? Il ne ressort pas de la décision attaquée que : en premier lieu la partie adverse ait procédé à une quelconque évaluation du degré de gravité de la maladie alléguée par la partie requérante et ; en second lieu, la partie adverse n'explique pas en quoi la maladie alléguée par la partie requérante rentrerait dans la seconde hypothèse de telle sorte que cette dernière ne peut comprendre de manière adéquate les raisons de la décision attaquée. La décision attaquée est mal motivée [...] ».

2.1.3. Dans une deuxième branche, les parties requérantes font valoir que « La question de savoir à quelle hypothèse appartient la maladie alléguée par la partie requérante est d'autant plus importante que la maladie dont souffre [l'enfant mineur des requérants] atteint un seuil de gravité l'empêchant de retourner au Pakistan. La partie requérante s'est pourtant exprimée clairement sur le degré de gravité de [sa] maladie [...], documents médicaux à l'appui. Elle est en effet atteinte d'un diabète de type 1. Alors âgée de 23 mois, [elle] a dû être hospitalisée en urgence entre le 27.09.2014 et le 10.10.2014 en raison d'une détresse respiratoire, de vomissements et d'une perte de poids importante. C'est lors de cette hospitalisation que le diabète a été diagnostiqué chez elle. La jeune enfant a dû être mise sous perfusion pour réhydratation et insulinothérapie par voie intraveineuse. Elle a ensuite été transférée aux soins intensifs de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola. Durant l'hospitalisation, plusieurs examens ont été réalisés. Les médecins ont, entre autres, relevé que « *l'attaque vis-à-vis des cellules bêta chez le jeune enfant* » avait été très agressive. La déficience en insuline [...] est complète et sévère à tel point [qu'elle] a fait l'objet d'un coma acido-cétosique lors du diagnostic, coma grave selon les médecins. Son diabète est instable. La petite fille est soumise à une insulinothérapie rigoureuse et à vie. Ce traitement nécessite des injections plusieurs fois par jour qui sont pour l'instant effectuées par sa mère, et un contrôle de la glycémie au minimum 5 fois par jour. Un suivi en consultation est également prescrit tous les deux mois dans un centre de cure de diabétologie pédiatrique. Les médecins sont par ailleurs unanimes : en cas de non-traitement, de traitement inadéquat ou d'interruption de traitement, [l'enfant] peut mourir « *très très rapidement* ». Il est impératif qu'un service de diabétologie pédiatrique ainsi qu'un service de garde pédiatrique et de soins intensifs pédiatriques [lui] soient disponibles et accessibles [...] à tout moment et très rapidement. Preuves en sont les différents rapports qui attestent [qu'elle] s'est déjà présentée avec sa maman au service d'urgences de HUDERF, au moins 9 fois, depuis le diagnostic du diabète de type I, et ce pour des crises d'hypoglycémie. La dernière fois n'est pas plus tard qu'au début du mois de juin 2016. Plusieurs documents tout à fait récents et tous communiqués à la partie adverse confirment l'état de santé précaire dans lequel [elle] se trouve [...]. La partie adverse elle-même rappelle que des services de soins urgents doivent être rapidement accessibles à la petite fille. Au vu de ce qui précède, l'état actuel de santé de [...] présente une gravité maximale. Un retour vers le pays d'origine ne peut être envisagé de manière raisonnable. C'est à tort que la partie affirme que [son] état de santé [...] ne l'empêche pas de voyager. L'état de santé de [l'enfant mineur des requérants] justifie l'octroi d'un titre de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 [...]. En décidant que la maladie alléguée [...] correspond à la deuxième

hypothèse rappelée par le Conseil d'Etat, la partie adverse a procédé à une mauvaise évaluation de la situation médicale actuelle [...]. Elle a commis une erreur manifeste d'appréciation. Cela d'autant plus que la partie adverse a considéré la demande recevable et qu'elle admet donc que le degré de gravité de la maladie [...] est élevé. [...] ».

2.1.4. Dans une troisième branche, les parties requérantes soutiennent qu'« En tout état de cause, la partie adverse contredit les médecins spécialistes de [l'enfant mineur des requérants] en affirmant que le degré de gravité de sa maladie n'a pas atteint un seuil maximal. Or, la partie adverse ne peut avoir correctement analysé la demande [...] parce que son médecin conseil ne l'a pas examinée personnellement et d'autant plus qu'elle conteste la gravité de la pathologie reconnue par [son] médecin traitant [...]. Donner un avis médical après avoir examiné de manière effective [l'enfant mineur des requérants] est une obligation déontologique rappelée à l'article 124 du code de déontologie [...] Le code de déontologie s'impose au médecin conseil et compte tenu des droits qui en découlent pour le patient est d'ordre public. [...] A cet égard, le Conseil d'Appel d'expression française de l'ordre des médecins a déjà considéré qu'il était du devoir du médecin d'examiner le patient avant de rendre un avis médical, sous peine de rendre cet avis à la légère ou encore que des écrits attestant un fait non constaté personnellement par le médecin sont susceptibles de compromettre des intérêts privés et publics. Ce refus de recueillir des informations complémentaires et d'examiner le patient est d'autant moins acceptable qu'il est légitime que l'expert se fonde sur un examen clinique du patient pour donner un avis. [...] L'avis médical n'ayant pas été fait dans le respect du code de déontologie ne peut qu'être annulé. La décision qui se fonde sur cet avis doit par voie de conséquence être annulée car non motivé[e] en droit et en fait. En tout état de cause, la partie adverse viole le principe général de bonne administration et l'obligation de collaborer à la charge de la preuve en n'invitant pas la requérante ou ses médecins à fournir les renseignements et rapports médicaux supplémentaires pour pouvoir se forger une opinion sur la pathologie de la requérante. En effet, le médecin conseil se borne à énoncer : « *J'estime les certificats médicaux produits de nature à rendre un examen clinique superflu* ». Dans la mesure où la partie adverse n'a pas examiné la requérante, elle n'a pu motiver correctement sur le degré de gravité de la pathologie qu'elle a développée. [...] ».

2.1.5. Dans une quatrième branche, les parties requérantes concluent qu'« Au vu de ce qui précède, [l'enfant mineur des requérants] est atteinte d'une pathologie grave, instable et mortelle si elle n'est pas traitée. Il ne fait aucun doute que sans ce traitement, [elle] conna[î]tra une dégradation importante de son état de santé. La partie adverse affirme à tort [qu'elle] est capable de voyager. Elle est tout à fait dépendante de ses parents. Un retour au Pakistan est incompatible avec l'état de santé dans lequel [elle] se trouve [...]. Cette dernière souffrirait de traitements inhumains et dégradants au sens de l'article 3 de la CEDH en cas de retour dans son pays d'origine. L'article 37 de la [CIDE] serait également violé. Or, cet article oblige l'Etat belge à veiller à l'intérêt de l'enfant. La partie requérante estime que la gravité de la pathologie de [l'enfant mineur des requérants] a atteint le seuil de gravité qu'exige la CourEDH au regard de l'article 3 de la CEDH. Le risque de violation de l'article 3 de la CEDH est flagrant en cas de retour au Pakistan [...] ».

2.2.1. Les parties requérantes prennent un deuxième moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991, de l'article 3 de la CEDH, « du principe général de bonne administration », et « de l'obligation

pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause », ainsi que de l'« erreur dans l'appréciation des faits ».

2.2.2. Dans une première branche, intitulée « Disponibilité », elles soutiennent que « La partie adverse se base sur des sites officiels qui ne donnent en réalité aucune indication sur la réalité de la disponibilité des soins au pays. La partie adverse fait allusion [...] au projet « MedCOI ». Rien n'est indiqué sur l'étendue de ce projet. En outre, l'accessibilité au traitement n'est pas garantie puisque l'avis médical attaqué lui-même mentionne que les informations délivrées *« concernent uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité au traitement ne sont pas fournies »*. Votre Conseil a déjà pu se prononcer sur cette base de données en considérant qu'« aucune garantie sur l'accessibilité de ces soins n'est apportée » (CCE arrêt n° 92 309 du 27.11.2012 et CCE arrêt n° 110 513 du 24.09.2013). L'identité des médecins avec lesquels la partie adverse est en contact n'est par ailleurs pas révélée ce qui rend impossible de vérifier les informations fournies par la partie adverse. Il s'agit en outre d'une base de données inaccessible au public. La partie requérante n'est donc pas en mesure de pouvoir vérifier les informations invoquées par la partie adverse et émanant de cette base de données. La partie adverse fait également référence à « International SOS » dont elle invite à aller consulter le site internet. [...] Il s'agit [...] clairement d'une société d'assurance privée. Aucune assurance ne couvre un risque déjà réalisé, c'est le principe même de l'assurance et l'argument vaut également pour ce qui concerne Allianz Global Assistance. L'organisation compte peut-être bien des cliniques dans plus de 70 pays dans le monde, mais il ressort de ce qui précède, que ces cliniques ne seront définitivement pas ouvertes à la partie requérante : une famille avec une enfant mineure gravement malade et ne possédant aucun[e] ressourc[e] lui permettant d'assurer le suivi médical [...]. Cela ne correspond absolument pas aux critères des adhérents d'International SOS. Le profil de [l'enfant mineur des requérants] ne pouvait par ailleurs pas avoir échappé à la partie adverse, cette dernière n'a pas considéré [s]a situation singulière [...] alors que cet examen individuel lui incombe en vertu de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980. Ensuite, le médecin-conseil renvoie la partie requérante à la page Wikipédia du Pakistan Institute of Medical Science (PIMS) et à trois liens censés la diriger vers le site du Shifa International Hospital. La première page renseigne très brièvement sur l'existence du PIMS et donne une liste des différents départements de l'hôpital. A cet égard, il convient de citer l'arrêt n° 81 893 rendu par Votre Conseil le 19 avril 2012 en ce qui concerne cette page Wikipédia puisqu'il s'agit d'un site tout à fait général et que Votre Conseil dans l'arrêt précité a annulé une décision de refus d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter pour le fait que la partie adverse ne faisait référence qu'à un site internet général qui n'apporte en fait aucun élément pertinent à la question de savoir si le traitement nécessaire à la requérante est effectivement disponible au Maroc. Les trois liens de sites internet suivants fournis par la partie adverse renvoient quant à eux tous à des pages inexistantes ou du moins inaccessibles. La partie requérante n'a donc pas pu valablement vérifier l'information. Votre Conseil a déjà annulé de nombreuses décisions au motif que les informations obtenues sur le pays d'origine ne permettaient pas de s'assurer que le cas du requérant pouvait être effectivement traité [...]]. Force est de constater que la partie adverse se borne à tenter de démontrer la disponibilité du traitement adéquat dans tout le pays en se référant d'une part à des documents dont l'origine est contestable et d'autre part, en rapportant l'existence de deux infrastructures hospitalières se trouvant dans la capitale. Comme Votre Conseil l'a rappelé, cela n'est pas suffisant afin de renseigner sur la disponibilité concrète des traitements adéquats et indispensables à [l'enfant mineur des requérants]. Par ailleurs, la partie requérante a très clairement établi par sa documentation que la disponibilité des soins requis [...] n'est

absolument pas garantie au Pakistan. Au vu de ce qui précède, l'administration manque en motivation sur ce point et la référence à ce site internet général permet à elle seule l'annulation de la décision de refus d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 prise en l'espèce. [...] ».

2.2.3. Dans une seconde branche, intitulée « Accessibilité », les parties requérantes font valoir que « Dans le cadre de cette analyse, la partie adverse doit examiner les possibilités effectives pour le demandeur, compte tenu de la situation générale du pays en question en ce qui concerne les soins de santé et compte tenu de la situation individuelle du demandeur, d'y avoir accès, c'est-à-dire, leur accessibilité effective. Concernant l'accessibilité des soins au Pakistan, la partie adverse souligne dans un premier temps que la partie requérante « *ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale (...)* ». Contrairement à ce qu'elle soutient, il ressort très clairement des documents fournis [...] que le traitement indispensable à [l'enfant mineur des requérants] ne lui serait pas accessible en cas de retour au Pakistan. De même, contrairement à ce qu'affirme la partie adverse, le fait [qu'elle] se trouve dans une situation identique à celle d'autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Pakistan ne rend pas pour autant le traitement accessible pour elle. En démontrant que l'état de santé de [l'enfant mineur des requérants] requiert des soins spécifiques et un suivi médical régulier, ce qui n'est pas remis en question par la décision attaquée, et que l'accessibilité des soins requis [...] n'est absolument pas garantie au Pakistan à l'heure actuelle tant en raison de carences structurelles du pays qu'en raison de la situation individuelle de [l'enfant mineur des requérants], [les parties requérantes] prouve[nt] que le traitement qu'elle nécessite n'est pas accessible dans son pays d'origine ».

Elles ajoutent que « C'est dans un second temps que la partie adverse tente de démontrer que les soins et traitements médicaux nécessaires lui seraient accessibles. En premier lieu, la partie adverse énonce que « *le site internet « Social Security Online », 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* ». Bien qu'il existe, ce régime de sécurité sociale n'est cependant pas accessible à tout le monde. En effet le site internet produit par la partie adverse montre bien que ce régime ne couvre que les travailleurs qui ont un certain niveau de revenus minimum. Le système de santé n'est donc pas universel et le secteur privé joue un rôle important. La plupart des pakistanais en sont exclus. Comme le rappelle MSF, « *le système de santé du Pakistan est toujours l'un des plus faibles de l'Asie du Sud et le système de soins gratuits proposé par l'Etat n'est en fait accessible qu'à 30 % de la population* ». Il est évident que, ni [le second requérant] qui n'avait pas de travail fixe, seulement des petits boulots dans la rue, ni son épouse [la première requérante] qui ne travaille pas comme l'exige la tradition pakistanaise une fois qu'une femme est mariée, ne pourraient assurer des revenus suffisants afin de pouvoir assurer le financement des soins médicaux de [leur enfant]. En se limitant à affirmer l'existence d'un système de sécurité sociale, la partie adverse n'a pas pris en considération la situation individuelle de[s] [requérants] et l'ensemble des éléments concernant [leur] situation individuelle. [...] En termes d'accessibilité au traitement et au suivi médical, la partie adverse évoque également des associations qui apportent théoriquement une aide financière ou en nature à destination des pauvres. Il s'agit notamment de la *Pakistan Bait Ul-Mal* et de la *fondation EDHI*. Encore une fois, elle se borne à renvoyer à leurs sites internet qui énoncent leurs missions et objectifs généraux sans toutefois prouver l'efficacité de leurs actions et leur accessibilité concrète et effective [...]. La Diabetic Association of Pakistan est aussi citée par la partie adverse. Les missions et objectifs de cette association dont on peut une nouvelle fois prendre connaissance sur leurs sites internet généraux fournis par

la partie adverse ne prouvent pas non plus que le traitement au cas grave de diabète de [l'enfant mineur des requérants] [lui] serait effectivement accessible [...]. La partie requérante a en effet déjà montré que le Pakistan est l'un des pays comportant la plus grande proportion de diabétiques dans sa population et que les services de traitement sont encore largement insuffisants afin de pouvoir traiter effectivement l'ensemble des patients. Malgré quelques progrès, le résultat est encore loin d'être garanti et ce pour des raisons principalement budgétaires. Pour terminer, la partie adverse énonce que « *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 Punjab d'où viennent les requérants et la province du Sindh où se trouve Karachi fournissent des soins gratuits aux patients pauvres qui entrent dans les critères d'éligibilité.* »[...] Comme il ressort des documents produits [...], les efforts en matière de santé au Pakistan sont loin d'être suffisants. Le Gouvernement ne consacre que 0.7% de son PIB aux soins de santé et dans ce budget, une part qualifiée d'insignifiante par l'International Diabetes Federation, est consacrée au diabète. La politique pakistanaise en matière de soins de santé est d'ailleurs pointée du doigt par la communauté internationale. Ainsi, la partie adverse s'appuie sur une protection sociale du gouvernement qui est totalement inefficace de telle manière que concrètement cette protection n'existe pas. Il ressort des propos de la partie adverse, que pour bénéficier de ces soins gratuits, encore faut-il que les patients pauvres « entrent dans les critères d'éligibilité ». Encore une fois, elle ne prouve aucunement que [les requérants] pourrai[en]t effectivement y avoir accès. Outre le caractère contesté de l'effectivité de cette protection sociale des pauvres, la partie adverse manque donc de toute évidence à son obligation d'évaluer l'accessibilité effective à ces soins. Au vu de ce qui précède, la partie adverse n'apporte pas la preuve que les soins nécessaires à [l'enfant mineur des requérants] lui seraient accessibles en cas de retour au Pakistan. Cette accessibilité n'est pas garantie. [...] ».

2.3. Les parties requérantes prennent un troisième moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991, de l'article 22 de la Constitution, de l'article 8 de la CEDH, de l'article 3.1. de la CIDE, « du principe général de bonne administration », et « de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause », ainsi que de l'« erreur dans l'appréciation des faits ».

Elles soutiennent que « La décision attaquée viole incontestablement l'article 8 de la CEDH qui protège la vie privée et familiale de toute personne. [Les requérants et leur enfant] mènent une vie familiale et privée en Belgique depuis leur arrivée en 2011. Ces éléments sont garantis par l'article 8 de la CEDH et la partie adverse viole l'obligation de motivation spécifique qui lui incombe au regard de la disposition internationale précitée. Cette disposition impose à l'autorité un devoir de motivation spécifique puisque, pour prouver qu'elle a respecté ces dispositions et du fait qu'elle en a tenu compte dans l'appréciation qu'elle a faite du dossier, elle doit faire apparaître dans la motivation formelle de la décision qu'elle a eu le souci de ménager un juste équilibre entre le but visé et la gravité de l'atteinte au droit de la partie requérante dans le respect de sa vie privée et sociale. [...] ».

2.4.1. Les parties requérantes prennent un quatrième moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991, de l'article 13 de la CEDH, des articles 19 et 47 de la Charte, des articles 5, 13 et 14, § 1, b), de la directive 2008/115/CE, et du « principe général de bonne administration ».

2.4.2. Dans un point liminaire, elles font valoir que « La partie adverse viole les dispositions libellées dans l'intitulé du présent moyen dans la mesure où elle n'offre pas la possibilité d'un recours effectif à la partie requérante en ce que le recours dont dispose cette dernière n'a aucun effet suspensif. Cela s'oppose au prescrit de l'article 13 de la CEDH et 47 de la Charte [...]. La Cour de Justice de l'Union européenne confirme ce point de vue à l'occasion d'un arrêt du 18.12.2014, CPAS Ottignies LLN c. Abdida, n° 562/13. Dans cet arrêt, la Cour expose que les articles 5 et 13 de la directive 2008/115/CE (retour), lus à la lumière des articles 19, § 2 et 47 de la [Charte], ainsi que l'article 14, § 1, b) de cette directive doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à ce qu'une législation nationale ne confère pas un effet suspensif à un recours exercé contre une décision ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie de quitter le territoire d'un Etat membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé. [D]eux conclusions doivent être tirées de l'enseignement de la Cour. En premier lieu, un examen du « *risque sérieux de détérioration grave et irréversible* » de l'état de santé du requérant doit être réalisé et ensuite, si ce risque est constaté, le recours offert au requérant doit être suspensif ».

2.4.3. Dans une première branche, elles soutiennent que « dans le cas d'espèce, il y a un manifeste problème de motivation dans la décision attaquée. En effet, aucun examen du risque sérieux de détérioration n'est effectué par la partie adverse. Au vu de ce qui précède, la partie adverse manque incontestablement au devoir de motivation qui lui incombe [...] ».

2.4.4. Dans une seconde branche, elles « estime[nt] avoir démontré dans le présent recours le haut degré de gravité de la pathologie [...] et les nombreuses circonstances humanitaires impérieuses qui impliquent qu'un retour au Pakistan violerait l'article 3 de la CEDH. L'ensemble de ces éléments laisse raisonnablement penser qu'en cas de retour au Pakistan l'état de santé [de l'enfant mineur des requérants] se détériorera. En conséquence, le recours non-suspensif accordé [aux requérants] viole les dispositions du droit à un recours effectif (13 CEDH et 47 CDFUE). [...] ».

2.5. Les parties requérantes prennent un cinquième moyen de la violation des articles 13 et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 5 et 6.4. de la directive 2008/115/CE, des articles 1, 7 et 26 de la Charte, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991, des articles 3 et 13 de la CEDH, « du principe général de bonne administration », et « de l'obligation pour l'autorité administrative de prendre en considération l'ensemble des éléments pertinents de la cause », ainsi que de l'« erreur dans l'appréciation des faits », et de l'excès de pouvoir.

Elles font valoir que « Deux ordres de quitter le territoire ont été pris [et] notifiés aux mêmes dates que la décision attaquée. Ces ordres de quitter ont été pris suite à la décision de refus de la demande de séjour introduite par [les requérants] sur la base de l'article 9ter de la loi de 1980. Ils sont manifestement connexes à cette décision et ils sont aux yeux de la partie adverse la conséquence directe de l'adoption de la décision précitée. Les actes attaqués sont pris au mépris de l'article 6 de la [directive 2008/115/CE] et des articles 17 [sic] et 26 de la [Charte] ainsi que de l'article 3 de la CEDH. L'article 13, § 3, 2° de la loi du 15 décembre 1980 laisse la possibilité au Ministre ou son délégué[é] de donner un ordre de quitter le territoire à un étranger qui ne remplirait plus les conditions mises par son séjour. L'Administration n'était donc pas obligée de délivrer un ordre de quitter le territoire au[x] requérant[s]. En tout état de cause, elle reste soumise à l'obligation d'apprécier que sa décision ne contrevient pas aux normes précitées. En effet,

le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine, de ne pas porter atteinte à la vie et à la santé du requérant sont des droits fondamentaux qui doivent être respectés en tout état de cause et la partie adverse ne peut porter atteinte à ces droits sans motif. La [directive 2008/115/CE] a clairement prévu la possibilité pour les Etats membres de ne pas imposer à quelqu'un un retour dans son pays d'origine pour des motifs charitables humanitaires ou autres. En ne motivant pas particulièrement l'acte attaqué au regard des normes précitées, la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et ne motive ni formellement ni adéquatement l'acte administratif. En effet, les éléments médicaux et humains à supposer qu'ils ne puissent satisfaire aux conditions de l'article 9ter de la loi, peuvent justifier une régularisation d[es] requérant[s] et amener la partie adverse à ne pas entreprendre les mesures en vue de procéder à l'expulsion. Il est donc impossible de vérifier si la partie adverse a pris en considération ces éléments avant d'adopter s[es] décision[s]. [...] ».

3. Discussion.

3.1. Sur le premier moyen, selon une jurisprudence administrative constante, l'exposé d'un "moyen de droit" requiert non seulement de désigner la règle de droit qui serait violée, mais également la manière dont celle-ci aurait été violée par l'acte attaqué.

En l'occurrence, les parties requérantes s'abstiennent d'expliquer de quelle manière les actes attaqués violeraient les articles 4, 19, 24 et 41 de la Charte, les articles 5 et 6.4. de la directive 2008/115/CE, et le « principe général du droit de l'Union européenne des droits de la défense, et particulièrement du principe *audi alteram partem* ». Le premier moyen est dès lors irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions et principes.

3.2.1. Sur le reste du premier moyen, et sur le deuxième moyen, réunis, aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980, « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué* ».

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, les alinéas 3 et suivants de ce paragraphe portent que « *L'étranger transmet avec la demande tous les renseignements utiles et récents concernant sa maladie et les possibilités et l'accessibilité de traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne. Il transmet un certificat médical type prévu par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres. Ce certificat médical datant de moins de trois mois précédant le dépôt de la demande indique la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire. L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ».

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 existants 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.

Enfin, l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité administrative en vertu des diverses dispositions légales doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'explicitier les motifs de ces motifs. Il suffit, par conséquent, que la décision fasse apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur afin de permettre au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et, le cas échéant, de pouvoir les contester dans le cadre d'un recours et, à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet. Il souligne, sur ce point, 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 établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

3.2.2. En l'occurrence, le dossier administratif montre qu'à l'appui de la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.8., les requérants ont produit, notamment, un certificat médical type, établi par un docteur exerçant à la clinique de diabétologie de l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, dont il ressort que l'enfant des requérants souffre de « Diabète de type 1, déficience complète et sévère en insuline », et qu'il a fait l'objet d'un « coma acido-cétosique lors du diagnostic, coma grave ». Cet enfant doit suivre un traitement par insulinothérapie, à vie, avec au minimum deux injections par jour, et faire l'objet d'un contrôle des glycémies au minimum quatre fois par jour, via un lecteur de glycémie. Ce docteur précise que les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement seraient « la mort ». A la rubrique « E/Evolution et pronostic de la /des pathologie(s) », ce certificat précise qu'« Avec un traitement et un suivi adéquat dans centre de diabétologie pédiatrique, le diabète 1 peut être bien soigné et [même] évite[r] les complications (oculaire, rénales, neurologiques, cardiaques) ». Enfin, le docteur indique que les « besoins spécifiques en matière de suivi médical » sont les suivants : « accès à un service de diabétologie pédiatrique » et « accès à un service de garde pédiatrique et soins intensifs pédiatriques ».

Par ailleurs, dans leur demande d'autorisation de séjour, les requérants ont fait valoir, s'agissant de la disponibilité et de l'accessibilité, au Pakistan, des soins et du suivi nécessaire à la prise en charge médicale de la pathologie dont souffre leur enfant mineur, que : « il ressort notamment de la documentation jointe à la présente demande que la disponibilité et l'accessibilité des soins requis [...] n'est absolument pas garantie au Pakistan à l'heure actuelle et ce alors que le Pakistan est le 7^{ème} pays au monde comportant la plus grande portion de diabétiques dans sa population. En effet, les efforts en matière de santé au Pakistan sont loin d'être suffisants. Le Gouvernement ne consacre que 0,7% de son PIB aux soins de santé et dans ce budget, une part,

qualifiée d'insignifiante par l'International Diabetes Federation, est consacrée au diabète. La politique pakistanaise en matière de santé est d'ailleurs pointée du doigt par la communauté internationale. [Les requérants] ne bénéficient d'aucune couverture sociale au Pakistan. En effet, le système de sécurité sociale n'est pas universel et en tout état de cause, moins de 50% des coûts des soins de santé sont couverts. Le secteur privé joue un rôle dans les soins de santé au Pakistan, ce qui implique que les soins de santé sont chers et inabordables pour la plupart des Pakistanais. En l'espèce, ils seraient incontestablement inabordables pour [les requérants] puisque [le second requérant] n'avait pas de travail fixe mais effectuait des « petits boulots » dans la rue alors que [la première requérante] ne travaillait pas comme l'exige la tradition pakistanaise une fois que la femme se marie. Le manque de médecins et d'infirmières spécialisées dans le diabète est également mis en avant. La disponibilité des soins [...] et leur accessibilité n'est pas garantie non plus compte tenu d'autres éléments tels que géographiques. En effet, le Pakistan a une superficie de 800 000 km² et presque 70% de la population vit dans les zones rurales. Quand on sait que les infrastructures, quand il y en a, sont concentrées dans les zones urbaines, rien ne garantit l'accessibilité des soins médicaux à [leur enfant]. En outre, le contexte sécuritaire est pour le moins préoccupant au Pakistan à l'heure actuelle. On ne compte plus les attentats terroristes, les troubles, les manifestations violentes, les enlèvements ou les attaques par des commandos... Des milliers de cellules terroristes sont présentes au Pakistan selon [le] Ministère [belge] des Affaires Etrangères et sèment la terreur dans tout le pays. [Ce] Ministère affirme que toutes ces hostilités ont déjà coûté la vie à de nombreux pakistanais. Le contexte prédéfini nourrit les plus grandes craintes quant à la disponibilité et l'accessibilité des soins médicaux nécessaires à [leur enfant]. [...] ».

Ainsi que précisé dans cet extrait, les requérants ont produit des documents en vue d'étayer leurs allégations, dont un document extrait d'un rapport intitulé « Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT) », à jour pour l'année 2014, publié par l'Organisation mondiale de la Santé. Figurent également au nombre des pièces produites à l'appui de la demande d'autorisation de séjour des requérants : un article publié dans le numéro de septembre 2003 du magazine « Diabetes Voice », intitulé « Le diabète au Pakistan » ; un article publié dans le numéro de juin 2006 du magazine « Diabetes Voice », intitulé « Promouvoir les soins dans les communautés défavorisées » ; un article de journal, publié dans « The Express Tribune », le 19 juin 2013, intitulé « Healthcare : 'Pakistan ranked 7th in the diabetes prevalence' » ; un document extrait du « Global Diabetes Scorecard Trackin Progress for Action », à jour pour l'année 2013, publié par le « International Diabetes Federation » ; et un document émanant du site Internet du Ministère belge des affaires étrangères, intitulé « Conseil aux voyageurs Pakistan », publié le 19 juin 2014, et toujours valable le 8 décembre 2014.

3.2.3. Le premier acte attaqué repose sur un avis du fonctionnaire médecin, établi le 19 mai 2016, et porté à la connaissance des requérants, ainsi qu'il ressort de la requête. Cet avis mentionne, notamment, ce qui suit :

« Histoire clinique

17.10.2014 rapport d'hospitalisation du Dr S. [T.] - pédiatrie, clinique de diabétologie -

HUDERF : hospitalisation du 27.09.2014 au 10.10.2014 pour diabète inaugural avec acidocétose ; glycémie à 538 mg /dl ; HbA1c à 13,5 % ; peptide C indosable ; micro-albuminurie à 9 mg/gr de créatinine.

Insulinothérapie : Actrapid + Insulatard.

24.10.2014 certificat médical (+ annexe) du Dr S. [T.] - pédiatrie, clinique de diabétologie -

HUDERF : diabète de type 1, déficience complète et sévère en insuline ; coma acidocétosique lors du diagnostic.

Traitement : insulinothérapie à vie avec contrôle des glycémies.

Evolution et pronostic : le diabète peut être bien soigné si traitement et suivi adéquats dans un centre de diabétologie pédiatrique et on évite les complications.

Suivi : diabétologie/pédiatrie/soins intensifs/service d'urgence.

12.11.2014 attestation du Dr [Z.M.] - médecine générale.

J'estime les certificats médicaux produits de nature à rendre un examen clinique superflu.

Pathologie active actuelle

■ Diabète.

Traitement actif actuel

- Actrapid (insuline, médicament du diabète) ;
- Insulatard (insuline ; médicament du diabète).
- o Suivi : médecine interne/diabétologie ; pédiatrie ; soins intensifs ; service de soins urgents.

Capacité de voyager

Pas de contre-indication médicale à voyager.

Disponibilité des soins et du suivi au pays d'origine

Des insulines sont disponibles au Pakistan.

Des médecins spécialisés dans la prise en charge du diabète, des pédiatres, des départements de soins intensifs et de soins urgents et des hôpitaux (entre autres, exemple du PIMS Hospital et du Shifa International Hospital) sont également disponibles au Pakistan.

Ajoutons que tout médecin spécialisé, soit en médecine interne/diabétologie, soit en soins intensifs ou dans les soins d'urgence est habilité à prendre en charge aussi bien des adultes que des cas pédiatriques dans le domaine de leur spécialité respective.

Par conséquent, dans l'éventualité d'une complication aiguë du diabète chez [l'enfant mineur des requérants], une prise en charge du diabète pour des adultes et cas pédiatriques et une prise en charge des adultes et cas pédiatriques en soins aigus nécessaires sont disponibles. Des services de pédiatrie disponibles au Pakistan, par conséquent, fonctionnent en étroite collaboration avec des services de soins aigus quand cela est nécessaire.

Voir informations :

°) provenant de la base de données non publique MedCOI [référence à une note infrapaginale relative à la banque de données MedCOI].

- Requête MedCOI du 21.08.2014 portant le numéro de référence unique PK-3469-2014 ;
- Requête MedCOI du 26.02.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6544.

°) et des sites :

- https://en.wikipedia.org/wiki/Pakistan_Institute_of_Medical_Sciences#Hospital_departments ;
- <http://www.shifa.com.pk/pediatrics/> ;
- <http://www.shifa.com.pk/emergency-rooms/>;
- <http://www.shifa.com.pk/intensive-care-unit/>.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'entrave à la disponibilité des soins médicaux au pays d'origine, le Pakistan.

Accessibilité des soins et du suivi au pays d'origine

Concernant l'accessibilité des soins au Pakistan, le conseil [des requérants] fournit deux pages extraites du « Global Diabetes Scorecard » de l'International Diabetes Fédération (2014), le profil des pays pour les maladies non transmissibles de l'OMS (2014), un article sur le diabète de The Express Tribune (2013), deux articles de Diabetes Voice (2003 et 2006) et les conseils aux voyageurs belges désirant se rendre au Pakistan du SPF Affaires Etrangères (2014) dans le but d'attester que [l'enfant mineur des requérants] n'aurait pas accès aux soins au pays d'origine.

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, [l'enfant mineur des requérants] se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant au Pakistan. En l'espèce, [les requérants] ne démontre[nt] pas que [l]a situation individuelle [de leur enfant] n'est pas comparable à la situation générale et n'étaye[nt] en rien [leur] allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Le site internet « Social Security Online [référence à un lien vers une page Internet] » 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.

De plus, il convient de préciser qu'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-Mal [référence à un lien vers une page Internet] » 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 EDH [référence à un lien vers une page Internet] proposait déjà en 2008 8 hôpitaux et 23 dispensaires gratuits [référence à un lien vers une page Internet] et a continué à se développer [référence à un lien vers une page Internet]. 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.

La Diabetic Association of Pakistan^[référence à un lien vers une page Internet] 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.

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 Punjab^[référence à un lien vers une page Internet] d'où viennent les requérants et la province du Sindh^[référence à un lien vers une page Internet] où se trouve Karachi fournissent des soins gratuits aux patients pauvres qui entrent dans critères d'éligibilité.

Notons que l'intéressée « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles »^[référence à un lien vers une page Internet].

Notons que les [requérants] sont en âge de travailler et, d'après leurs demandes d'asile, ont déjà travaillé au pays d'origine. Dès lors, en absence de contre-indication médicale, rien ne démontre qu'ils ne pourraient avoir à nouveau, accès au marché de l'emploi dans leur pays d'origine et financer ainsi les soins médicaux de [leur enfant].

De plus, d'après leurs demandes d'asile, les [requérants] ont encore de la famille vivant au Pakistan. Etant arrivés en Belgique en 2011, on peut en conclure que les intéressés ont vécu la majorité de leur vie au Pakistan et qu'ils ont dû y tisser des liens sociaux. Or, rien ne permet de démontrer que leur famille et/ou leur entourage social ne pourrait les accueillir au Pakistan et/ou les aider financièrement si nécessaire.

Il n'en reste pas moins que [l'enfant mineur des requérants] peut prétendre à un traitement médical au Pakistan. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont elle jouit en Belgique n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention (CEDH, *Affaire D.c. Royaume Unis* du 02 mai 1997, §38).

Concernant l'accessibilité des soins requis, 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 à [l'enfant mineur des requérants] (*Arrêt du CCE n° 81574* du 23 mai 2013).

Les soins sont donc accessibles au Pakistan.

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

Cet avis conclut que « [L'enfant mineur des requérants] est âgée de 3 ans et demi.

Remarque : ajoutons que tout médecin spécialisé, soit en médecine interne/diabétologie, soit en soins intensifs ou dans les soins d'urgence est habilité à prendre en charge aussi bien des adultes que des cas pédiatriques dans le domaine de leur spécialité respective.

Par conséquent, dans l'éventualité d'une complication aiguë du diabète chez [elle], une prise en charge du diabète (pour des adultes et cas pédiatriques) et une prise en charge (des adultes et cas pédiatriques) en soins aigus nécessaires sont disponibles. Toutes ces spécialités étant renforcées par l'existence au Pakistan de services de pédiatrie.

D'après les informations médicales fournies, il apparaît que la pathologie de [l'enfant mineur des requérants] (diabète) n'entraîne ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement et la prise en charge médicale sont disponibles et accessibles au Pakistan.

D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine ».

3.2.4. Sur les première et deuxième branches du premier moyen, le Conseil d'Etat a rappelé que, concrètement, l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 implique qu'il y a, d'une part, des cas dans lesquels l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie, ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique est imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. D'autre part, il y a le cas de l'étranger qui n'encourt actuellement pas de danger pour sa vie ou son intégrité physique et peut donc en principe voyager, mais qui risque de subir un traitement inhumain et dégradant, s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans son pays d'origine ou dans le pays de résidence. Même si, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis (cf. CE 5 novembre 2014, arrêts n° 229.072 et 229.073).

En l'espèce, le certificat médical type produit par les requérants, outre le fait qu'il ne mentionne aucune contre-indication à voyager, précise qu'« Avec un traitement et un suivi adéquat dans centre de diabétologie pédiatrique, le diabète 1 peut être bien soigné et [même] évite[r] les complications (oculaire, rénales, neurologiques, cardiaques) ». Au vu de ces éléments, le fonctionnaire médecin et la partie défenderesse ont pu valablement décider d'examiner si la situation de la fille des requérants correspondait au second cas de figure décrit par la jurisprudence susmentionnée. Partant, les parties requérantes ne peuvent être suivies en ce qu'elle font grief à la partie défenderesse de « contredi[re] les médecins spécialistes de [l'enfant mineur des requérants] en affirmant que le degré de gravité de sa maladie n'a pas atteint un seuil maximal », un tel constat ne ressortant pas des éléments médicaux produits.

3.2.5. Sur la troisième branche du premier moyen, quant à la violation alléguée de l'article 124 du Code de déontologie médicale, les parties requérantes ne démontrent pas en quoi ce Code de déontologie constituerait un moyen de droit pertinent applicable en l'espèce. En effet, les dispositions du Code de déontologie ne constituent pas des normes légales susceptibles de fonder un moyen de droit, aucun arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres n'ayant donné force obligatoire au Code de déontologie et aux adaptations élaborées par le conseil national de l'Ordre des médecins conformément à l'article 15 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins (Avis n° 161009, rendu le 16 juin 2018, par le Conseil national de l'Ordre des Médecins). C'est donc en vain que la partie requérante invoque dans son moyen une violation de l'article 124 du Code de déontologie, les éventuels manquements au Code de déontologie pouvant uniquement être sanctionnés dans le cadre d'une procédure disciplinaire.

Pour le reste, le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical* » (article 9ter, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi du 15 décembre 1980). Par ailleurs, l'article 9ter, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 dispose que « *ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts* ». Il résulte du libellé de cette disposition qu'il n'existe aucune obligation pour le fonctionnaire médecin d'examiner personnellement le demandeur, ni d'entrer en contact avec le médecin traitant de ce dernier, ni de solliciter des éléments médicaux supplémentaires avant de rendre son avis (dans le même sens : CE, arrêt n°208.585 du 29 octobre 2010). Or, les parties requérantes restent en défaut d'exposer en quoi leur enfant n'aurait pas eu droit à « *des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite* » (article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients), ni aux « *soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur* » (article 11bis de la même loi). La violation, alléguée, de ces dispositions, n'est donc pas démontrée en l'espèce.

3.2.6. Sur la quatrième branche du premier moyen, le certificat médical type produit ne fait pas état d'une incapacité de voyage de l'enfant. Dès lors, le fonctionnaire médecin a pu valablement considérer, qu'il n'y a « *Pas de contre-indication médicale à voyager* », prenant en compte les informations médicales communiquées. La partie défenderesse a ainsi justifié les raisons pour lesquelles elle estime qu'il n'existe pas de contre-indication médicale à voyager. L'argumentation développée par les parties requérantes ne peut donc être retenue. Au surplus, une telle argumentation tend, en réalité à amener le

Conseil à substituer sa propre appréciation à celle de la partie défenderesse, ce qui ne saurait être admis, puisqu'il doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établi des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (dans le même sens : C.E., 6 juillet 2005, n° 147.344).

La violation invoquée de l'article 3 de la CEDH sera examinée dans le cadre du deuxième moyen.

3.2.7. Sur la première branche du deuxième moyen, les critiques, formulées à l'égard de la banque de données MedCOI, ne peuvent suffire à justifier l'annulation du premier acte attaqué. En effet, les parties requérantes n'indiquent pas en quoi la motivation du fonctionnaire médecin, établie sur cette base, ne serait pas conforme aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, rappelées au point 3.2.1. De plus, elles critiquent l'origine de cette source d'informations, sans apporter la preuve de son inexactitude. En tout état de cause, cette source a été utilisée uniquement en vue d'établir la disponibilité des suivis et soins requis, et non leur accessibilité.

Outre la base de données MedCOI, le fonctionnaire médecin renvoie au lien Internet « https://en.wikipedia.org/wiki/Pakistan_Institute_of_Medical_Sciences#Hospital_departments » (page, actualisée le 12 avril 2016 et consultée le 2 mai 2016), en vue d'établir la disponibilité des suivis et soins requis. Cette source fait état des mentions suivantes : « Pakistan Institute of Medical Sciences (PIMS) is a research oriented health sciences institute located in Islamabad, Pakistan. It is one of the regions leading tertiary level hospital which includes 22 medical and surgical specialists centers. It provides medical training through the Quaid-e-Azam Postgraduate Medical College which was established on 1 February 1989. Established in 1985 the institute includes three semi-autonomous hospitals including the Islamabad Hospital (IH) which is a 592-bed hospital spread over 3.5 hectares, the 230 Bedded Children's Hospital spread over 1.6 hectares specializing in pediatric care and the 125 bedded Maternal & Child Health Care Center which specializes in obstetrics and gynecology.

[...]

The medical care departments of the institute are : Anesthesia – Blood Bank – Burn Center – Cardiology – Critical Care – Dentistry – Dermatology – Medicine - E.N.T. – Gastroenterology – Gynecology – Neonatology – Nephrology – Neurology – Neurosurgery – Oncology – Ophthalmology – Pathology – Plastic Surgery – Psychiatry – Pulmonology – Radiology – Rheumatology – General surgery – Urology

[...]

At a recent event on World Kidney Day, the head of Nephrology department revealed that about fifteen hundred chronic renal failure patients undergo dialysis every month at PIMS.

[...] ».

Contrairement à ce que prétendent les parties requérantes, il ne s'agit pas d'« un site tout à fait général ». Cette page Internet montre l'existence de l'institut pakistanais des sciences médicales, lequel comprends, trois hôpitaux semi autonomes, dont un hôpital des enfants, spécialisé en soins pédiatriques, ainsi qu'un service de soins intensifs.

Ensuite, les liens <http://www.shifa.com.pk/pediatrics/>, <http://www.shifa.com.pk/emergency-rooms/> et <http://www.shifa.com.pk/intensive-care-unit/> ne sont pas inaccessibles, au contraire de ce que soutiennent les parties requérantes. La consultation de ces pages Internet montre l'existence de l'hôpital de Shifa, lequel offre des services spécialisés en soins pédiatriques, en soins intensifs, ainsi qu'un service d'urgences.

Au contraire des informations sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, l'article publié dans le numéro de septembre 2003 du magazine « Diabetes Voice », intitulé « Le diabète au Pakistan », d'une part, et l'article publié dans le numéro de juin

2006 du même magazine, intitulé « Promouvoir les soins dans les communautés défavorisées », d'autre part, qui sont en outre datés, ne permettent pas de démontrer concrètement, l'indisponibilité des soins et suivis requis au traitement de la pathologie dont souffre l'enfant mineur des requérants. En effet, ces articles abordent plus la question de la forte prévalence du diabète au Pakistan, et partant, des actions à mettre en œuvre pour éviter une telle prévalence, que celle de l'indisponibilité des soins et suivis requis au traitement de cette pathologie. Le même constat s'impose en ce qui concerne l'article publié dans « The Express Tribune », le 19 juin 2013, intitulé « Healthcare : 'Pakistan ranked 7th in the diabetes prevalence' », et le document extrait du « Global Diabetes Scorecard Trackin Progress for Action », à jour pour l'année 2013, publié par le « International Diabetes Federation ». Quant au document émanant du site Internet du Ministère belge des affaires étrangères, intitulé « Conseil aux voyageurs Pakistan », publié le 19 juin 2014, et toujours valable le 8 décembre 2014, il ne porte aucunement sur cette question.

Le Conseil estime donc que la conclusion, tirée par les parties requérantes, à la fin de la première branche du deuxième moyen, n'est pas établie. En effet, au vu de la teneur des éléments invoqués par les requérants dans leur demande d'autorisation de séjour, quant à la disponibilité des soins et suivis au Pakistan, il ne peut raisonnablement être reproché à la partie défenderesse d'avoir, au vu des éléments à sa disposition, motivé le premier acte attaqué, comme en l'espèce.

3.2.8.1. Sur la seconde branche du deuxième moyen, quant à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, contestée par les parties requérantes, le Conseil observe que, dans son avis, le fonctionnaire médecin fait référence, notamment, aux interventions de la « foundation EDHI » et de la « Diabetic Association of Pakistan », précisant à cet égard que « *La fondation EDHI*^[référence à un lien vers une page Internet] *proposait déjà en 2008 8 hôpitaux et 23 dispensaires gratuits*^[référence à un lien vers une page Internet] *et a continué à se développer*^[référence à un lien vers une page Internet]. *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.*

La Diabetic Association of Pakistan^[référence à un lien vers une page Internet] *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 ».*

A cet égard, le Conseil relève que le fonctionnaire médecin s'est appuyé sur divers documents relatifs à la « foundation EDHI », dont il ressort que « Edhi Foundation is the single best foundation across Pakistan and one of the best social welfare service providers across the world running on non-commercial, non-political, and non-communal basis, serving round-the-clock without any discrimination of color, class, and creed is enjoying exclusive credentials in the shape of awards and shields conferred upon Mr. Abdul Sattar Edhi and Mrs. Bilquis Edhi by governmental and non-governmental organizations on national and international level for rendering their exemplary services to humanity in multidimensional fields. The diversified fields in which Abdul Sattar Edhi played his greatest role for; saving the lives of thousands of newborn babies by placing the cradles outside the Edhi centres, fostering the abandoned babies and children, free nurturing disabled and handicapped people, free caring and feeding women and elderly people who were subjected to torture or neglected by their families, free supporting to ailing patients by providing free medication and medicines through his mobile dispensaries, hospitals, and the diabetic centre at Karachi » (<https://edhi.org/about-us/>); « In Karachi alone, the Edhi Foundation runs 8 hospitals providing free medical care, eye hospitals, diabetic centres, surgical units, a 4-bed cancer hospital and mobile dispensaries » (https://en.wikipedia.org/wiki/Edhi_Foundation). Il s'est fondé également sur un document issu de la page Internet de la « Diabetic Association of Pakistan », consultée le 12 mai 2016, faisant état des éléments suivants : « The mission of Diabetic Association of Pakistan is to

provide specialised Medical care and Education to people with diabetes. [...] To provide the best management of diabetes we offer the following services

Daily around 250 patients come to out patient department of DAP for diagnosis and treatment of diabetes.

Free consultation is provided to all people with diabetes. Insulin injections, medicines and laboratory investigations are also provided free of costs to all Type 1 diabetic children and deserving patients ».

Sur ce point, l'argumentation des parties requérantes ne peut être suivie. Il ressort en effet des informations relatives à la « fondation EDHI », que cette organisation, qui gère huit hôpitaux ainsi que des centres pour diabétiques, à Karachi notamment, assiste gratuitement toutes les personnes malades sans discrimination de race, couleur ou classe sociale. Quant à la « Diabetic Association of Pakistan », elle offre des consultations, des injections d'insuline, des médicaments, ainsi que des examens en laboratoire, gratuitement, notamment, à tous les enfants atteints d'un diabète de type 1. Dès lors, le Conseil estime que ces informations démontrent, à suffisance, que l'enfant mineur des requérants aura effectivement accès aux soins requis.

L'avis du fonctionnaire médecin, relatif aux actions menées par la « foundation EDHI » et la « Diabetic Association of Pakistan », en vue d'assurer l'accessibilité des soins et suivis au Pakistan, au regard de la situation particulière de l'enfant mineur des requérants, n'est donc pas utilement contesté. Dès lors, les critiques des parties requérantes concernant les références au système de sécurité sociale ou l'organisation « Pakistan Bait Ul-Mal », ou la capacité à travailler des requérants, ne peuvent suffire à justifier l'annulation du premier acte attaqué, ce système, cette organisation, et la capacité des requérants à travailler, ayant été mentionnés par le fonctionnaire médecin en parallèle des informations relatives à la « foundation EDHI » et à la « Diabetic Association of Pakistan ».

3.2.8.2. Enfin, la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [l]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militent contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [l]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, 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. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (Cour EDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Uni, §§42-45).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que les parties requérantes restent en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises. Partant, la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH ne peut être retenue.

3.3.1. Sur le troisième moyen, les parties requérantes s'abstiennent d'expliquer de quelle manière les actes attaqués résulteraient d'une « erreur dans l'appréciation des faits ». Le moyen est dès lors irrecevable en ce qu'il est pris d'une telle erreur.

Quant à la violation alléguée de l'article 3.1. de la CIDE, il est de jurisprudence constante que les dispositions de cette Convention n'ont pas de caractère directement applicable et n'ont donc pas l'aptitude à conférer par elles-mêmes des droits aux particuliers dont ces derniers pourraient se prévaloir devant les autorités nationales, administratives ou juridictionnelles, sans qu'aucune mesure interne complémentaire soit nécessaire à cette fin et qu'elles ne peuvent pas être directement invoquées devant les juridictions nationales car elles ne créent d'obligations qu'à charge des Etats parties (CE., n° 58.032, 7 février 1996; CE. n° 60.097, 11 juin 1996; CE. n° 61.990, 26 septembre 1996; CE. n° 65.754, 1er avril 1997). Le moyen est donc irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de cette disposition.

3.3.2.1. Sur le reste du troisième moyen, le Conseil observe que le premier acte attaqué fait suite à une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, introduite sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Il mentionne que « *la demande contient également des arguments étrangers au domaine médical. Or, la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 vise clairement à différencier deux procédures : l'article 9ter, procédure unique pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour exclusivement pour motif médical et l'article 9bis, procédure pour des étrangers se trouvant sur le sol belge et désireux d'obtenir un titre de séjour pour motifs humanitaires. Dès lors, les éléments non-médicaux invoqués ne peuvent être appréciés dans la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter introduit par [les] requérant[s]* ». Toutefois, la partie défenderesse devait prendre ces éléments en considération lors de la prise des deuxième et troisième actes attaqués.

3.3.2.2. Lorsqu'un risque de violation du droit au respect de la vie privée et/ou familiale est invoqué, le Conseil examine d'abord s'il existe une vie privée et/ou familiale au sens de la CEDH, avant d'examiner s'il y est porté atteinte par l'acte attaqué. Quant à l'appréciation de l'existence ou non d'une vie privée et/ou familiale, il doit se placer au moment où l'acte attaqué a été pris (cf. Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : Cour EDH) 13 février 2001, Ezzoudhi/France, § 25 ; Cour EDH 31 octobre 2002, Yildiz/Autriche, § 34 ; Cour EDH 15 juillet 2003, Mokrani/France, § 21).

L'article 8 de la CEDH ne définit pas la notion de 'vie familiale' ni la notion de 'vie privée'. Les deux notions sont des notions autonomes, qui doivent être interprétées indépendamment du droit national. La Cour EDH souligne que la notion de 'vie privée' est un terme large et qu'il n'est pas possible ni nécessaire d'en donner une définition exhaustive (Cour EDH 16 décembre 1992, Niemietz/Allemagne, § 29). L'existence d'une vie familiale ou d'une vie privée, ou des deux, s'apprécie en fait.

En matière d'immigration, la Cour EDH a rappelé, à diverses occasions, que la CEDH ne garantissait, comme tel, aucun droit pour un étranger d'entrer ou de résider sur le territoire d'un Etat dont il n'est pas ressortissant (Cour EDH 15 juillet 2003, Mokrani/France, § 23 ; Cour EDH 26 mars 1992, Beldjoudi/France, § 74 ; Cour EDH 18 février 1991, Moustaquim/Belgique, § 43). L'article 8 de la CEDH ne peut davantage s'interpréter comme comportant, pour un Etat, l'obligation générale de respecter le choix, par des étrangers, de leur pays de résidence commune et de permettre le regroupement familial sur le territoire de ce pays (Cour EDH 31 janvier 2006, Rodrigues Da Silva et Hoogkamer/Pays-Bas, § 39). En vertu d'un principe de droit international bien établi, il

incombe en effet à l'Etat d'assurer l'ordre public, en particulier dans l'exercice de son droit de contrôler l'entrée et le séjour des non nationaux (Cour EDH 12 octobre 2006, Mubilanzila Mayeka et Kaniki Mitunga/Belgique, § 81 ; Cour EDH 18 février 1991, Moustaqim/Belgique, § 43 ; Cour EDH 28 mai 1985, Abdulaziz, Cabales et Balkandali/Royaume-Uni, § 67). L'Etat est dès lors habilité à fixer des conditions à cet effet.

Lorsque la partie requérante allègue une violation de l'article 8 de la CEDH, il lui appartient en premier lieu d'établir, de manière suffisamment précise compte tenu des circonstances de la cause, l'existence de la vie privée et familiale qu'elle invoque, ainsi que la manière dont la décision attaquée y a porté atteinte.

3.3.2.3. En l'espèce, les parties requérantes ne donnent aucune information susceptible d'établir la preuve de l'existence de la vie privée, alléguée. Dans cette perspective, et en l'absence de tout autre élément, elles restent en défaut de démontrer l'existence d'une vie privée, au sens de l'article 8 de la CEDH, dans le chef des requérants.

S'agissant de la vie familiale, alléguée, les ordres de quitter le territoire, attaqués, pris à l'encontre de chacun des requérants, et visant également leur enfant mineur, revêtent une portée identique pour chacun d'entre eux. Dès lors, leur seule exécution ne saurait constituer un empêchement à la poursuite de la vie familiale des requérants, ailleurs qu'en Belgique.

3.3.2.4. Aucune violation de l'article 8 de la CEDH, ni partant de l'article 22 de la Constitution, ne peut donc être retenue.

En tout état de cause, l'article 8 de la CEDH n'impose, en tant que tel, aucune obligation de motivation dans le chef de la partie défenderesse. Il ne peut donc lui être reproché d'avoir manqué à son obligation de motivation, à cet égard.

3.4.1. Sur le quatrième moyen, s'agissant de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne (ci-après : la CJUE), dans l'arrêt Abdida du 18 décembre 2014 (affaire C- 562/13), citée par les parties requérantes en termes de requête, le Conseil observe qu'elle porte sur la question de l'effet suspensif d'un recours exercé contre une décision, ordonnant à un ressortissant de pays tiers atteint d'une grave maladie de quitter le territoire d'un État membre, lorsque l'exécution de cette décision est susceptible d'exposer ce ressortissant de pays tiers à un risque sérieux de détérioration grave et irréversible de son état de santé, et la prise en charge des besoins de base dudit ressortissant. Le Conseil observe que les parties requérantes n'établissent nullement la comparabilité de la cause tranchée dans ladite jurisprudence avec le cas d'espèce, au vu des constats posés dans les points 3.2.4. à 3.2.8.2.

En outre, les parties requérantes étant restées en défaut de contester utilement les constats selon lesquels les soins et suivis nécessaires au traitement de la pathologie dont souffre l'enfant mineur des requérants sont disponibles et accessibles au Pakistan, elles ne peuvent être suivies en ce qu'elles font grief à la partie défenderesse de ne pas avoir procédé à un « examen du risque sérieux de détérioration », un tel examen revêtant un caractère hypothétique.

En tout état de cause, s'agissant de la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil renvoie au point 3.2.8.2.

3.4.2. Enfin, l'article 13 de la CEDH n'est applicable que dans le cas où les droits et libertés reconnus dans la CEDH ont été violés, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, au vu de ce qui précède. Ensuite, les ordres de quitter le territoire, attaqués, n'ont pas été mis à exécution avant que le Conseil statue sur le présent recours et les parties requérantes ont parfaitement été mises à même de faire valoir leurs moyens de défense à l'encontre du premier acte attaqué.

3.5.1. Sur le cinquième moyen, les parties requérantes s'abstiennent d'expliquer de quelle manière les deuxième et troisième actes attaqués violeraient les articles 1, 7 et 26 de la Charte, et l'article 13 de la CEDH, ou résulteraient d'une « erreur dans l'appréciation des faits ». Le moyen est dès lors irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de ces dispositions et d'une telle erreur.

Ce moyen manque également en droit en ce qu'il est pris de la violation de l'article 13 de la loi du 15 décembre 1980, puisque cette disposition n'est pas applicable en l'espèce.

De plus, l'excès de pouvoir n'est pas un fondement d'annulation mais une cause générique d'annulation. Il ne s'agit donc pas d'un moyen au sens de l'article 39/69, § 1^{er}, de la loi du 15 décembre 1980 (dans le même sens : C.E., arrêt n° 144.164 du 4 mai 2005).

Enfin, ce moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation de l'article 5 de la directive 2008/115/CE, cette disposition ayant été transposée en droit belge par l'article 74/13 de la loi du 15 décembre 1980, et les parties requérantes ne contestant nullement cette transposition en tant que telle.

3.5.2. Sur le reste du cinquième moyen, la motivation des ordres de quitter le territoire, attaqués, dont les termes sont reproduits au point 1.8., se vérifie à l'examen du dossier administratif et n'est pas contestée en tant que telle par les parties requérantes.

En tout état de cause, l'état de santé de l'enfant mineur des requérants a été pris en considération par la partie défenderesse, dans le cadre du premier acte attaqué, aux termes d'un raisonnement dont la pertinence n'est pas utilement contestée.

Ensuite, les parties requérantes ne démontrent pas sur quelle base la partie défenderesse aurait dû motiver les deuxième et troisième actes attaqués, au regard de l'article 6.4. de la directive 2008/115/CE.

Quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, le Conseil renvoie au point 3.2.8.2.

3.6. Il résulte de ce qui précède qu'aucun des moyens pris n'est 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. Le recours en annulation étant rejeté 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 unique.

La requête en suspension et annulation est rejetée.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le quatre octobre deux mille dix-neuf,
par :

Mme N. RENIERS, Présidente de chambre,

Mme N. SENEGERA, Greffière assumée.

La greffière, La Présidente,

N. SENEGERA

N. RENIERS