

Arrêt

**n° 233 818 du 10 mars 2020
dans l'affaire X / VII**

En cause : X

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître P. SENDWE KABONGO
Rue des Drapiers 50
1050 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 2 août 2018, par X, qui déclare être de nationalité pakistanaise, tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, et d'un ordre de quitter le territoire, pris le 25 juin 2018.

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 12 novembre 2019 convoquant les parties à l'audience du 5 décembre 2019.

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

Entendu, en leurs observations, Me P. SENDWE-KABONGO, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me I. SCHIPPERS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :

1. Faits pertinents de la cause.

1.1. Le 28 avril 2010, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, 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).

Le 15 juin 2010, la partie défenderesse a refusé de prendre cette demande en considération. Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

1.2. Le 27 août 2010, il a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la même base.

1.3. Le 2 décembre 2010, le requérant a introduit une demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée recevable, le 24 janvier 2011.

1.4. Le 21 décembre 2011, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.2., irrecevable. Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

1.5. Le 2 février 2012, la partie défenderesse a rejeté la demande, visée au point 1.3., et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre du requérant.

1.6. Le 22 février 2012, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9bis de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été complétée, le 12 mars 2012.

1.7. Le 4 juin 2012, il a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 27 septembre 2012, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

1.8. Le 30 novembre 2012, la partie défenderesse a déclaré la demande, visée au point 1.6., irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre du requérant. Ces décisions n'ont fait l'objet d'aucun recours.

1.9. Le 10 juin 2013, le requérant a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

Le 29 août 2013, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a rejeté cette demande. Le 13 septembre 2013, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d'asile, à son encontre. Ces décisions n'ont fait l'objet d'aucun recours.

1.10. Le 1^{er} août 2017, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande, complétée le 10 août 2017, a été déclarée recevable, le 16 octobre 2017.

Le 25 juin 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l'encontre du requérant. Ces décisions, qui lui ont été notifiées le 16 juillet 2018, constituent les actes attaqués.

- S'agissant de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour (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.

[Le requérant], de nationalité Pakistan 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 21.06.2018, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme, que les certificats médicaux fournis ne permettent pas d'établir que l'intéressé, [...] âgé de 45 ans, originaire du Pakistan, souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle constitue un réel pour sa vie ou son intégrité physique vu que les soins médicaux requis existent au pays d'origine. Du point de vue médical, estime-t-il, l'infection dont souffre l'intéressé n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible au Pakistan.

Dès lors,

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.

Notons également que l'intéressé invoque la situation au pays d'origine où il risque de trouver un système de santé indisponible. Signalons toutefois que 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. Or, il incombe à l'intéressé d'étayer son argumentation. En espèce, le requérant n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons enfin 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 (Cfr. Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Un[i], § 44, www.echr.coe.int) ».

- S'agissant de l'ordre de quitter le territoire (ci-après : le second acte attaqué) :

« 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. En fait, l'intéressé séjourne sur le territoire belge sans être en possession d'un passeport revêtu d'un visa valable ».

1.11. Le 19 juillet 2018, le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours, introduit à l'encontre des décisions, visées au point 1.5. (arrêt n° 206 939).

1.12. Le 24 septembre 2018, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980.

Le 13 novembre 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire, à son encontre. Ces décisions font l'objet d'un recours, enrôlé sous le numéro 226 739.

1.13. Le 12 décembre 2018, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire avec maintien en vue d'éloignement, ainsi qu'une interdiction d'entrée d'une durée de deux ans, à l'encontre du requérant. Ces décisions font l'objet d'un recours, enrôlé sous le numéro 228 178.

1.14. Ayant constaté que le requérant avait introduit une demande de protection internationale en Italie, les autorités belges ont saisi les autorités italiennes d'une demande de reprise en charge, en application du Règlement (UE) n°604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (refonte) (ci-après : le Règlement Dublin III), le 18 décembre 2018.

Celles-ci n'ayant pas répondu dans le délai légal de deux mois, les autorités belges ont estimé qu'elles avaient, tacitement, marqué leur accord à cette reprise en charge. Le 14 janvier 2019, les autorités belges ont notifié aux autorités italiennes l'acceptation de reprise en charge par défaut, selon le Règlement Dublin III.

1.15. Le 21 janvier 2019, la partie défenderesse a pris une décision de transfert vers l'Etat membre responsable avec décision de maintien dans un lieu déterminé en vue du transfert vers l'Etat membre responsable, à l'encontre du requérant. Ces décisions n'ont fait l'objet d'aucun recours.

1.16. Le 4 février 2019, le Conseil a rejeté la demande de mesures provisoires tendant à la suspension en extrême urgence de l'exécution des actes, visés au point 1.13. (arrêt n° 216 374).

1.17. Le 18 février 2019, le requérant a été transféré en Italie.

2. Procédure.

La partie requérante dépose une note d'audience. Le dépôt d'une telle note n'est pas prévu par l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil. Cependant, dans la mesure où elle constitue le reflet de la plaidoirie de la partie requérante à l'audience, elle n'est pas prise en compte comme une pièce de procédure mais uniquement à titre d'information dans le cadre de l'analyse du recours (en ce sens, C.E., 1^{er} juin 2011, n° 213.632 ; C.E., 19 novembre 2014, n° 229.211 ; C.E., 19 février 2015, n° 230.257 ; C.E., 22 septembre 2015, n° 232.271 ; C.E., 4 août 2016, n° 235.582).

3. Questions préliminaires.

3.1. A l'audience, interrogée sur le transfert du requérant en Italie, intervenu le 18 février 2019, la partie requérante déclare que celui-ci est revenu en Belgique entre temps, et maintient son intérêt au recours.

3.2. S'agissant du premier acte attaqué, « l'intérêt tient dans l'avantage que procure, à la suite de l'annulation postulée, la disparition du grief causé par l'acte entrepris »

(P.LEWALLE, Contentieux administratif, Bruxelles, Ed. Larcier, 2002, p. 653, n° 376), et selon la jurisprudence administrative constante, pour fonder la recevabilité d'un recours, l'intérêt que doit avoir la partie requérante doit non seulement exister au moment de l'introduction de ce recours, mais également subsister jusqu'au prononcé de l'arrêt.

La circonstance que le requérant a été transféré en Italie ne suffit pas, en soi, à considérer que la partie requérante n'a plus intérêt au recours.

D'une part, le requérant n'est pas en mesure d'introduire, depuis l'étranger, une nouvelle demande d'autorisation de séjour pour raisons médicales. En effet, aux termes de l'article 9ter, § 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* ». Un étranger ne peut donc introduire une demande d'autorisation de séjour, sur la base de cette disposition, depuis le territoire belge, qu'à la condition, notamment, qu'il y séjourne.

D'autre part, l'annulation du premier acte attaqué imposerait à la partie défenderesse de procéder au réexamen de la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.10. Or, cette demande avait été valablement introduite par le requérant, à savoir lorsqu'il séjournait en Belgique, et la circonstance qu'il a été éloigné, de manière forcée, par la partie défenderesse, n'énervé en rien ce constat. Il ne ressort en effet pas des termes de la disposition susmentionnée qu'un éloignement forcé suffirait à faire perdre le bénéfice d'une demande initialement introduite de manière valable.

Enfin, le 24 septembre 2018, le requérant a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. Cette demande a été déclarée irrecevable, le 13 novembre 2018, sur la base de l'article 9ter, § 3, 5°, de la même loi. Cette décision est donc fondée sur le constat, fait par la partie défenderesse, selon lequel le requérant a fondé cette demande sur des éléments médicaux qui avaient déjà été invoqués auparavant, de sorte que ces éléments n'ont pas été examinés à nouveau. La partie requérante est donc fondée à maintenir un intérêt au présent recours, afin que l'appréciation de ces éléments par la partie défenderesse soit vérifiée.

Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que la partie requérante justifie d'un intérêt suffisant au recours, en ce qu'il vise le premier acte attaqué.

3.3. S'agissant du second acte attaqué, dans la mesure où il est enjoint au requérant « *de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des Etats qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen* », un éloignement vers l'Italie n'emporte pas l'exécution entière de l'ordre de quitter le territoire. Cet éloignement n'a donc pas emporté la disparition de l'ordre de quitter le territoire, attaqué, de l'ordre juridique.

4. Examen des moyens d'annulation.

4.1. La partie requérante prend, notamment, un second moyen de la violation des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après : la CEDH), « du principe du contradictoire application à l'élaboration de tout acte administratif », « du principe du contradictoire en matière médicale », et du principe « *audi alteram partem* », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

Dans une deuxième branche, intitulée « quant à l'accessibilité et la disponibilité des soins au Pakistan », la partie requérante soutient, notamment, que « le système de santé publique du Pakistan est sous-financé et surchargé. En 2013, le Pakistan ne représentait que 1% de son PIB total en publique selon les données de la Banque mondiale. Qu'il s'agit des faits réels d'indisponibilité des soins au Pakistan corroborés par de sources fiables et non de simples risques comme semble l'estimer la partie adverse. En outre, la partie adverse ne démontre pas suffisamment que le requérant pourrait avoir accès aux soins dans son pays d'origine. Elle parle juste des traitements qui existent au Pakistan sans tenir compte des obstacles pour y accéder. [...] La part[i]e adverse parle de facilités mises par le pouvoir public au profit des démunis par des mécanismes comme la Zakat et autres type de solidarité pour l'accès aux soins. Mais, de nouveau, cette affirmation d'ordre général n'est pas étayée d'exemples concrets susceptibles de s'appliquer en l'espèce. Elle ne tient pas compte également des interférences néfastes de la corruption sur le système de santé pakistanais. La partie adverse ne se demand[e] pas *in concreto* si le requérant pourrait en bénéficier facilement et à quelle condition des soins dont il est bénéficiaire en Belgique[.] Que la jurisprudence constante de Votre Conseil a toujours décidé que l'Office des Etrangers doit prendre en compte la situation individuelle de l'étranger (CCE, 31 mai 2012, n°82.175 ; 31 janvier 2014, n°118.115 ; 27 mars 2014, n°121.534; 22 juin 2015, n°148.182) ainsi que l'accessibilité financière (CCE, 31 mai 2012, n°82.230) et géographique des soins (CCE, 28 février 2012, n° 76.069). Qu'en outre, les informations doivent être actuelles (CCE, 31 janvier 2012, n°74.319). Qu'au regard de ce qui précède, il appert que la partie adverse a failli à son obligation de motivation formelle et a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que les médicaments requis par l'état de santé du requérant ainsi qu'un suivi spécialisé conséquent sont disponibles dans son pays d'origine ».

4.2.1. 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* ».

Selon les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et 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, 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).

Pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc 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. Dans le cadre du contrôle de légalité, le Conseil 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).

4.2.2. En l'espèce, la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.10., précisait ce qui suit : « Il est [...] primordial d'accorder un titre de séjour au requérant pour qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge spécialisée en Belgique. Dans l'hypothèse d'un retour forcé au Pakistan, pays secoué par des tensions de divers ordres, le requérant risque d'être confronté à un système de santé indisponible et inaccessible face à la pathologie d'infection par le HIV. Ce qui peut être fatale pour sa vie ».

De plus, le dossier administratif comprend une « Attestation de suivi social-Complément d'information sur l'accès aux soins au Pakistan », datée du 10 août 2017, établie par l'assistante sociale suivant le requérant, faisant état des éléments suivants quant à l'accessibilité des soins au pays d'origine du requérant :

« - [Le requérant] fait état de corruption au sein des hôpitaux (publics et privés). Vu le nombre de sites internet expliquant effectivement la difficulté de se faire soigner dans un hôpital public, sous financé, au personnel démotivé, obligeant les personnes à se rendre dans des hôpitaux privés (moins de 21% des soins sont assurés par le secteur public) payants où les personnes sont contraintes d'arrêter leurs soins faute d'argent, il n'est plus à démontrer le niveau élevé de corruption qui règne dans les hôpitaux. A mettre en lien avec le fait que le secteur de la santé n'est couvert qu'à concurrence de seulement 0.9% du PIB par le gouvernement pakistanais !

- « Private sector organizations, both for-profit or not for-profit, are critical partners in the roll-out of the HIV response in Pakistan. » (pg.21)

(Source: National AIDS Control Program, Ministry of National Health Services, Regulation and Coordination Government of Pakistan, Pakistan Global AIDS Response Progress Report (GARPR) 2015 - COUNTRY PROGRESS REPORT PAKISTAN , 31 March 2015)

[...]

- « DAWN reports that Pakistan has "appalling health indicators", and the indifference of Pakistan's government to health is reflected in the fact that Pakistan spends a mere 0.9pc of its GDP on health. Only two countries, the Democratic Republic of Congo and Bangladesh, have a lower ratio of GDP to health spending. The newspaper reports that Pakistan's citizens rely heavily on private healthcare, which they avail primarily through out-of-pocket payments. DAWN finds that the poor

quality of government provided health services in Pakistan is the major reason behind the large role played by the private sector in healthcare. »

(Source: DAWN, Pakistan's healthcare crisis , 27 June 2016)

Dans son article sur les soins de santé au Pakistan, BabarTasneem Shaikh, le Directeur de la Santé et de l'environnement dans la Fondation Aga Khan, au Pakistan, rapporte que l'investissement du gouvernement du Pakistan dans le secteur de la santé au fil des ans est resté faible. La majorité des soins de santé dispensés au Pakistan sont dans le secteur privé, avec moins de 21% des soins de santé primaire financés par le gouvernement. La plupart des personnes pauvres et vulnérables doivent payer les soins de santé de leurs propres finances. De cet état de besoin, l'on voit apparaître des centres de soins non contrôlés proposant de la médecine parallèle, profitant ainsi des personnes démunies financièrement :

- " Investment of the government of Pakistan in health sector over the years has remained low, yet there have been gradual increase in the infrastructure and a nominal increase in the human resource... Contrary to this escalation in the facilities, the population growth has been unchecked and unmatched, and therefore an obvious demand supply gap emerged. To meet the unmet need for health care, the private sector, with very few accredited outlets and hospitals, many unregulated hospitals, medical general practitioners, homeopaths, hakeems, traditional/spiritual healers, Unani (Greco-Arab) healers, herbalists, bonesetters and quacks have set in to play their role. »

- « Largely unregulated, private sector functions predominantly for profit. In the absence of safety nets for the poor and vulnerable segments of population, most of the health expenditure is borne out of their pockets... »

- « Over three-quarters of all health care is provided in the private sectors for lower, middle, and higher economic groups... »

(Source: The Journal of Ayub Medical College Abbottabad, Pakistan, PRIVATE SECTOR IN HEALTH CARE DELIVERY: A REALITY AND A CHALLENGE IN PAKISTAN, June 2015)

[...]

- « Furthermore, because of the shortage of finance in Pakistan, poor people face catastrophic health expenditure and as a result, poor become poorer. »

(Source: The Journal of Ayub Medical College Abbottabad, Pakistan, ANALYSIS OF THE HEALTH CARE SYSTEM OF PAKISTAN: LESSONS LEARNT AND WAY FORWARD , 2016)

[...]

- « 65% was paid by individuals as out-of-pocket medical expenses. »

(Source: The World Health Organization, Country Cooperation Strategy for WHO and Pakistan 2011-2017 at a glance , May 2017)

- "Pakistan's public health system is underfunded and overwhelmed. In 2013, Pakistan spent just 1 percent of its total GDP on public health according to World Bank data.

There have been repeated calls since the early 1990s to spend more tax revenue on healthcare and find alternative ways to fund it, but without success. The lack of comprehensive public health care has given rise to a mostly unregulated private sector, with varying service quality and prices. Poor patients often fall into debt paying for private health services"

(Source: Aljazeera, Doct[o]rs in Pakistan empowering female doctors , 7 April 2016)

[...]

- « What I have described and praised is the pay-as-you-go model of healthcare. What Pakistan needs is a health insurance system that offers the same healthcare to the low-income households at affordable rates. Writing for the Harvard International Review, Professor Muhammad Hafeez of the University of Punjab warns that poverty is associated with poor health outcomes. He further explains that the cost of living, especially food, has increased rapidly in Pakistan where 75 per cent of the people use private healthcare. The widespread poverty and the absence of public sector healthcare have forced the poor to forego even necessary healthcare services, which they can no longer afford. Professor Hafeez presents comparative data to show that regardless of how one measures it, Pakistan's public sector healthcare spending is abysmally low. »

(source : <https://www.dawn.com/news/1159989>)

- Comme expliqué ci-dessus, le sous financement du secteur de la santé est criant et ne permet pas la mise en place d'assurance maladie invalidité accessible dans le pays.

[...]

- De plus, la recherche d'un emploi est compliquée pour une personne vivant avec le vih. Elle fait face à la discrimination à l'embauche d[ue] à son statut :

- « Over seventy percent of the study respondents-72 percent (N=121) felt being « discriminated » in looking for the jobs »

(source : The association of People Living with HIV/AIDS, Rapid assessment of needs of young people living with HIV/AIDS and young key populations, in Pakistan, August 2015)

- Au Pakistan, la stigmatisation est très présente et oblige les patients à ne pas dévoiler leur statut. Dans beaucoup de situations, des personnes se voient contraintes d'arrêter leur traitement car elles ne peuvent expliquer leurs déplacements et les différents coûts auxquels elles doivent faire face. Une fois le statut dévoilé, les patients se voient exclus du monde du travail et d'une vie sociale satisfaisante. Ils font en effet face à une discrimination encore omniprésente à l'heure actuelle :

- « While stigma and discrimination towards people living with HIV has decreased a bit, still many people continue to face it. HIV is a problem of human beings and it is not an issue of any particular religion or nation. »

(Source: UNAIDS, A new publication gives people living with HIV a voice in Pakistan, 3 December 2015)

- « HIV stigma represents a widespread and significant barrier to HIV prevention, testing, and treatment. HIV stigma has been associated with delays in testing and treatment, although the gravity and scope of the problem are still clear. The study recorded 58.1 percent disclosed their HIV status to anyone except spouse, a close family member and health workers, 48.0 percent experienced exclusion from social gatherings, 53.0 were subjected to verbal and another 23.6 percent were physically assaulted. More than half (55.2%) were denied access to health services, due to their HIV status. »

(Source: The Association of People Living with HIV & AIDS (APLHIV), Country Report On National Research Study On HIV Community Access To Treatment, Care And Support Services In Pakistan., November 2013).

D'après une étude réalisée auprès de personnes séropositives, 88,7% des personnes interrogées se sentent marginalisées dans les activités de tous les jours :

- « A very high proportion of study respondents ; 88.7 percent (N=266) felt being marginalized in their daily life activities, due their status (HIV/KP), another 87 percent (N=261) recorded their standing/status affected locally, while 85.7 percent (N=257) felt stigmatized, while performing daily activities. P47 »

- « The relationship underwent in some sort of deterioration, when young people disclosed their status or their association, with key population. Change in relationship, was more pronounced in case of their families-68.3 percent (N=205), than their friends/colleagues-57.3 percent (N=172) p53 the health facilities, the study respondents, recorded ; degraded/discriminatory attitude of health care providers-47.3% ; disclosure of their stats, in front of other people or to their families-32.3 ; lack of privacy i.e. medical issues disclosed, in front of others-21.7 percent.

(source : The association of People Living with HIV/AIDS, Rapid assessment of needs of young people living with HIV/AIDS and young key populations, in Pakistan, August 2015)

[...]

- Notons que le Pakistan fait encore partie des pays qui n'ont pas adopté de lois ni de réglementation pour lutter contre la discrimination des personnes séropositives [...]

(source : Global commission on HIV and the law, Risques, Droit et Santé, juillet 2012)

[...]

Au vu des données recueillies quant à l'accès aux soins de santé, un retour au pays est inenvisageable pour [le requérant]. Il mettrait sa vie en péril par manque d'accès à un suivi médical approprié et financièrement accessible. Il risque donc une dégradation de son état physique par la diminution de ses défenses immunitaires, l'apparition rapide de maladies opportunistes menant à son décès.

[...] ».

4.2.3. Le premier acte attaqué repose sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 21 juin 2018, et porté à la connaissance du requérant, ainsi qu'il ressort de la requête. Cet avis est établi sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande d'autorisation de séjour introduite, et dont il ressort, en substance, que le requérant est atteint de HIV, pathologie pour laquelle le traitement médicamenteux et le suivi requis seraient disponibles et accessibles au pays d'origine.

Cet avis mentionne, notamment, ce qui suit, s'agissant de l'accessibilité des soins et traitements requis :

« Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Concernant l'accessibilité des soins au Pakistan, notons que dans ce pays, les soins sont gratuits. Une contribution minimale est parfois demandée pour l'enregistrement, certains tests en laboratoire, les hospitalisations, etc. Dans les centres de SSP, tels que les RHC et les BHU, tous les services sont gratuits, à l'exception des frais d'enregistrement^[référence à un lien vers une page Internet]. La zakat, troisième des cinq

pilliers de l'Islam, signifie «purification». Il s'agit de l'aumône obligatoire qui doit être versée aux pauvres afin de tendre vers une répartition des biens plus équitable.

Au Pakistan, la zakat est une solution instaurée par les autorités pour permettre aux musulmans de remplir leurs obligations en matière de charité. Seuls les sunnites sont tenus d'y participer, les autres musulmans étant autorisés à s'acquitter de leur zakat d'une autre manière. L'argent récolté est reversé aux plus démunis sous forme d'aide aux veuves et aux personnes âgées, d'une bourse d'études, de soins de santé, d'une dot, d'un soutien financier pendant le ramadan, d'une aide sociale, etc. [référence à un lien vers une page Internet] L'intéressé peut donc rentrer dans son pays et bénéficier des facilités qui lui sont offertes par le pouvoir public.

Notons ensuite que l'intéressé invoque la situation au pays d'origine où il risque de trouver un système de santé indisponible. Signalons toutefois que 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, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n°74 290 du 31 janvier 2012. Or, il incombe à l'intéressé d'étayer son argumentation.

En espèce, le requérant n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009).

Notons enfin 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 (Cfr: CourEur D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Un[i], § 44, www.echr.coe.int).

Signalons aussi que l'intéressé a vécu plus longtemps dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, rien ne prouve qu'il n'ait pas développé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de nécessité.

Remarquons enfin que dans la requête, des arguments sont également avancés (à savoir: la discrimination, le manque d'attache au pays d'origine) lesquels ne se rapportent pas à la situation médicale de l'intéressé. Vu le caractère non médical de ces éléments ici invoqués, aucune suite ne leur sera réservée.

Dès lors, sur base de l'examen de l'ensemble de ces éléments, je conclus que les soins sont accessibles au Pakistan ».

4.2.4. Dans l'arrêt *Paposhvili contre Belgique*, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a jugé que « [l]es autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (*Karagoz c. France* (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, *N. c. Royaume-Uni*, précité, §§ 34-41 et références citées, et *E.O. c. Italie* (déc.), précitée) » (Cour EDH, Grande Chambre, 13 décembre 2016, *Paposhvili contre Belgique*, § 190). De plus, le Conseil d'Etat a jugé que « Le médecin fonctionnaire exerce un rôle d'instruction de la demande spécialement quant à l'examen de l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine. Il en résulte que la charge de la preuve en ce qui concerne l'accessibilité du traitement adéquat dans le pays d'origine ne pèse pas exclusivement sur le demandeur » (C.E., 27 mars 2018, Ordonnance rendue en procédure d'admissibilité des recours en cassation n° 12.768).

En l'espèce, le requérant, a par l'entremise d'une assistante sociale, fait valoir, en substance que « le sous financement du secteur de la santé est criant et ne permet pas la mise en place d'assurance maladie invalidité accessible dans le pays », mais également que la « recherche d'un emploi est compliquée pour une personne vivant avec le VIH. Elle fait face à la discrimination à l'embauche dû à son statut » et qu'« Au Pakistan, la stigmatisation est très présente et oblige les patients à ne pas dévoiler leur statut. Dans beaucoup de situations, des personnes se voient contraintes d'arrêter leur traitement car elles ne peuvent expliquer leurs déplacements et les différents coûts auxquels elles

doivent faire face. Une fois le statut dévoilé, les patients se voient exclus du monde du travail et d'une vie sociale satisfaisante. Ils font en effet face à une discrimination encore omniprésente à l'heure actuelle », en se fondant sur des informations datant de 2012, 2013, 2015 et 2016, et pour certaines, issues d'une association pakistanaise regroupant des personnes atteintes de HIV.

L'avis médical, susmentionné, montre que le fonctionnaire médecin, s'est fondé sur un rapport émanant de l'Organisation Mondiale de la Santé, intitulé « Health system profile Pakistan », datant de 2007, ainsi qu'un rapport intitulé « Pension and Social Security Schemes in Pakistan : Some Policy Options », datant de 2008. Toutefois, compte tenu de l'ancienneté, et du caractère général de ces sources, le Conseil estime que le fonctionnaire médecin n'a pas correctement instruit la demande quant à l'existence d'un traitement accessible dans le pays d'origine. En effet, il se borne à des constats généraux, fondés sur des sources datées, sans les mettre en perspective avec la situation individuelle du requérant et les informations qu'il a communiquées.

Concernant les discriminations alléguées, au vu des informations dont s'est prévalu le requérant, lesquelles ont été d'ailleurs été recueillies auprès d'une association regroupant des personnes atteintes par le VIH au Pakistan, le fonctionnaire médecin ne pouvait se limiter à renvoyer à la jurisprudence de la Cour EDH, rappelant à cet égard *« 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, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n°74 290 du 31 janvier 2012. Or, il incombe à l'intéressé d'étayer son argumentation. [...] Notons enfin 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 (Cfr: CourEur D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Un[i], § 44, www.echr.coe.int) »*.

Ces considérations, fondées sur la jurisprudence de la Cour EDH, relative à l'article 3 de la CEDH, sont inadéquates au regard de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980. 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 1^{er}, 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, arrêt n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, arrêts n° 225.632 et 225.633). L'article 53 de la CEDH laisse aux Etats parties la possibilité d'offrir aux personnes relevant de leur juridiction une protection plus étendue que celle requise par la Convention.

Contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, il ne peut donc être raisonnablement déduit des informations figurant au dossier administratif, que la prise en charge médicale de la pathologie du requérant est suffisamment accessible dans son pays d'origine. Le premier acte attaqué n'est, dès lors, pas suffisamment motivé en ce qui concerne l'accessibilité du traitement et du suivi nécessaires au requérant, au regard de sa situation individuelle. La considération selon laquelle *« l'intéressé a vécu plus longtemps dans son pays d'origine avant de venir en Belgique, rien ne prouve qu'il n'ait pas développé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de*

nécessité », n'est étayée par aucun élément probant versé au dossier administratif, et apparaît comme une simple pétition de principe, insuffisante à renverser les constats qui précèdent.

4.3. Dans la note d'observations, la partie défenderesse fait valoir que « la partie requérante avance des arguments qu'elle n'a pas fait valoir précédemment. Il ressort en effet du dossier administratif qu'elle n'[a] pas invoqué dans sa demande ou un complément que le système de santé public pakistanais serait sous-financé et surchargé, qu'*En 2013, le Pakistan ne représentait que 1% de son PIB total en publique selon les données de la Banque mondiale. Qu'il s'agit des faits réels d'indisponibilité des soins au Pakistan corroborés par de sources fiables et non de simples risques.* Elle n'a donc pas un intérêt légitime à reprocher à la partie adverse de ne pas avoir répondu à des arguments non invoqués. [...] L'argumentation de la partie requérante à ce propos doit par conséquent être déclarée irrecevable. [...] La partie adverse ne peut aussi que constater que la partie requérante ne conteste pas que les soins sont gratuits au Pakistan ni qu'elle pourrait bénéficier du mécanisme de la Zakat. Enfin, elle observe que la partie requérante invoque à nouveau un argument qu'elle n'a jamais fait valoir, à savoir la corruption dans le système de santé pakistanais. Elle n'a donc pas un intérêt légitime à lui reprocher de ne pas y avoir répondu ».

Toutefois, cette argumentation n'est pas de nature à renverser les constats qui précèdent. En effet, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin n'a pas rencontré les éléments mentionnés dans l'« Attestation de suivi social-Complément d'information sur l'accès aux soins au Pakistan » (citée au point 4.2.2.), versée en complément de la demande d'autorisation de séjour du requérant, alors que celle-ci figure pourtant au dossier administratif.

4.4. Les aspects visés du premier moyen étant fondés, et suffisant à emporter l'annulation du premier acte attaqué, il n'y a pas lieu d'examiner les autres aspects du premier moyen ni le second, qui, à les supposer fondés, ne seraient pas de nature à conduire à une annulation aux effets plus étendus.

4.5. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre du requérant, constituant l'accessoire de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, attaquée (voir *supra*, point 1.10.), il s'impose de l'annuler également.

5. Débats succincts.

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

5.2. Les actes attaqués étant annulés par le présent arrêt, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

Article 1.

La décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, et l'ordre de quitter le territoire, pris le 25 juin 2018, sont annulés.

Article 2.

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le dix mars deux mille vingt, par :

Mme N. RENIERS,

Présidente de chambre,

Mme N. SENGGERA, Greffière assumée.

La Greffière,

La Présidente,

N. SENGEGERA

N. RENIERS