



## Arrêt

**n° 236 339 du 3 juin 2020**  
**dans l'affaire X / III**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître I. SIMONE**  
**Rue Stanley 62**  
**1180 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**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA III<sup>ème</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 3 avril 2017, par X, qui déclare être de nationalité pakistanaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 31 janvier 2017.

Vu le titre 1er bis, chapitre 2, section IV, sous-section 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980).

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 30 janvier 2020 convoquant les parties à l'audience du 26 février 2020.

Entendu, en son rapport, J.-C. WERENNE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me I. SIMONE, avocat, qui comparait pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparait pour la partie défenderesse.

### **APRES EN AVOIR DELIBERE, REND L'ARRET SUIVANT :**

#### **1. Faits pertinents de la cause.**

Le requérant est arrivé en Belgique à une date que le dossier administratif ne permet pas de déterminer avec certitude. Par courrier du 28 février 2005, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9, alinéa 3, de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée irrecevable en date du 30 novembre 2007. Le 24 janvier 2008, la partie défenderesse a pris à son encontre un ordre de quitter le territoire – Modèle B, sous la forme d'une annexe 13. Par courrier du 7 avril 2008, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été déclarée sans objet en date du 26 novembre 2010. Par courrier du 2 novembre 2009, il a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9bis de la loi précitée du 15 décembre 1980. Le 28 juillet 2010, le requérant a été autorisé au séjour temporaire pour une durée d'un an, lequel a été

renouvelé à plusieurs reprises jusqu'au 26 septembre 2014. Le 25 septembre 2013, il a introduit une demande d'autorisation de séjour illimitée, laquelle a été rejetée en date du 26 septembre 2013. Le 15 janvier 2015, la partie défenderesse a rejeté la demande de renouvellement de l'autorisation de séjour temporaire et a pris un ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13. Le 13 mars 2015, la partie défenderesse a retiré les décisions susmentionnées. Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 146.040 du 22 mai 2015. Le 24 mars 2015, la partie défenderesse a pris une décision de rejet de la demande de renouvellement de l'autorisation de séjour temporaire. A la même date, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13. Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 212 058 du 7 novembre 2018. Par courrier du 6 novembre 2015, il a introduit une nouvelle demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, laquelle a été complétée par plusieurs courriers et a été déclarée recevable en date du 23 décembre 2015. Le 29 novembre 2016, la partie défenderesse a rejeté la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980. A la même date, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13. Le 24 janvier 2017, la partie défenderesse a retiré les décisions susmentionnées. Le recours en suspension et en annulation introduit à l'encontre de ces décisions a été rejeté par l'arrêt n° 184 063 du 21 mars 2017. Le 31 janvier 2017, la partie défenderesse a rejeté la demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois introduite sur la base de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980 et a pris un ordre de quitter le territoire, sous la forme d'une annexe 13, décisions notifiées au requérant en date du 3 mars 2017. Ces décisions, qui constituent les actes attaqués, sont motivées comme suit :

S'agissant du premier acte attaqué :

« Motifs :

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

L'intéressé invoque un problème de santé, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (OE), compétent pour l'évaluation de l'état de santé de l'intéressé et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Pakistan, pays d'origine du requérant.

Dans son avis médical remis le 30.01.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine du demandeur, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine.

Dès lors, le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé 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 il 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 de l'article 3 CEDH.

Il est important de signaler que l'Office des Etrangers ne peut tenir compte de pièces qui auraient été éventuellement jointes à un recours devant le Conseil du Contentieux des Etrangers. En effet, seules les pièces transmises par l'intéressé ou son conseil à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour ou d'un complément de celle-ci peuvent être prise en considération ».

S'agissant du deuxième acte attaqué :

« MOTIF DE LA DECISION :

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application de l'article suivant de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants:

o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 :

L'étranger n'est pas en possession d'un visa valable. L'intéressé n'est pas autorisé au séjour : une décision de refus de séjour (non fondé 9ter) a été prise en date du 31.01.17 ».

## **2. Exposé du moyen d'annulation.**

Le requérant prend un moyen unique tiré de la « Violation des articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, des articles 9ter et 62 de la loi du 15.12.1980, du principe suivant lequel l'administration doit prendre en considération l'ensemble des éléments pour statuer ».

Il relève que la première décision entreprise se base de manière exclusive sur l'avis médical du médecin fonctionnaire établi le 30 janvier 2017, lequel mentionne que « l'ensemble des traitements médicamenteux et suivis requis sont disponibles au pays d'origine, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et que dès lors, il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d'origine. Le certificat fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé 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 il séjourne. Par conséquent, il n'est pas prouvé qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive 2004/83/CE, ni à l'article 3 de la CEDH ».

Or, il soutient que les pièces médicales produites attestent du contraire. Ainsi, il affirme avoir été reconnu comme personne handicapée par le service sécurité sociale pour une période indéterminée à partir du 9 avril 2014. A cet égard, il précise que « Par essence, les déplacements sont beaucoup plus difficile, voire impossible pour une personne handicapée, surtout dans le cas de Monsieur S., pour lequel le médecin ayant établi le certificat médical type de l'Office des Etrangers a estimé que la gravité est sévère et évaluée à 10 sur 10 ».

Par ailleurs, il souligne que le docteur [F.] a indiqué dans le certificat médical du 8 mars 2017 que « le patient n'est pas apte à voyager vu les pathologies médicales actuelles. Il a besoin d'un suivi médical rapproché et rigoureux. Un traitement adapté tel qu'il est disponible en Belgique ne semble pas possible dans son pays d'origine. Il y a un risque majeur pour son état de santé mentale (suicide) et physique ». A cet égard, il constate que le médecin fonctionnaire s'est limité à considérer qu'il n'existe pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour au pays d'origine. Dès lors, il considère que la nécessité d'un suivi médical rapproché n'a pas été prise en compte par la partie défenderesse. Concernant la disponibilité du suivi et des soins au pays d'origine, il relève que la partie défenderesse s'est limitée à citer quelques sites internet et organismes sans toutefois procéder à un examen du cas d'espèce.

Il souligne également que le rapport médical établi par le médecin fonctionnaire indique qu' « une prise en charge du diabète et des médecins spécialisés en médecine interne/cardiologie, endocrinologie, des médecins spécialisés en psychiatrie et en ophtalmologie sont disponibles au Pakistan ». Or, il soutient que cette affirmation est faite sans prendre en considération, d'une part, le fait qu'il n'aura peut-être pas accès aux soins en raison de son handicap et de ses difficultés à se déplacer et, d'autre part, de la nécessité de pouvoir bénéficier d'un suivi rapproché. Dès lors, il fait grief à la décision entreprise de ne pas avoir pris en considération l'ensemble des éléments et, partant, de ne pas être adéquatement motivée.

## **3. Discussion.**

3.1. L'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, prévoit qu'une autorisation de séjour peut être demandée auprès du Ministre ou de son délégué par

« 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 ».

Cette dernière disposition envisage clairement différentes possibilités, qui doivent être examinées indépendamment les unes des autres. Les termes clairs de l'article 9ter, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 15 décembre 1980, dans lequel les différentes possibilités sont énumérées, ne requièrent pas de plus ample interprétation et ne permettent nullement de conclure que, s'il n'y a pas de risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la personne concernée, il n'y aurait pas de risque réel de traitement inhumain ou dégradant à défaut de traitement adéquat dans le pays d'origine (cf. CE 19 juin 2013, n° 223.961, CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633, et CE 16 octobre 2014, n° 228.778). Il s'agit d'hypothèses distinctes, dont la dernière est indépendante et va plus loin que les cas de maladies emportant un risque réel pour la vie ou pour l'intégrité physique. Ces derniers cas englobent en effet les exigences de base de l'article 3 de la CEDH (cf. CE 28 novembre 2013, nos 225.632 et 225.633 et CE n° 226.651 du 29 janvier 2014) ainsi que le seuil élevé requis par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H.), et se limitent en définitive aux affections présentant un risque vital vu l'état de santé critique ou le stade très avancé de la maladie.

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 doit être 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, nos 229.072 et 229.073).

La mention dans l'exposé des motifs de la loi du 15 septembre 2006, insérant l'article 9ter dans la loi du 15 décembre 1980, de ce que l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. (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, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 51 2478/001, p.35), ne permet pas de s'écarter du texte de la loi même qui n'est pas susceptible d'interprétation et, en ce qui concerne l'hypothèse de l'étranger qui souffre d'une maladie qui emporte un risque réel de traitement inhumain ou dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat dans son pays d'origine ou de résidence, constitue une disposition nationale autonome (cf. CE 16 octobre 2014, n° 228.778 et CE 5 novembre 2014, nos 229.072 et 229.073).

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, § 1er, alinéa 1er, de cette loi, ainsi que précisé ci-dessus. La CEDH fixe en effet des normes minimales et n'empêche nullement les Etats parties de prévoir une protection plus large dans leur législation interne (dans le même sens, CE, 19 juin 2013, n° 223.961 ; CE, 28 novembre 2013, nos 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.

Le Conseil rappelle également que l'obligation de motivation formelle n'implique pas la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante. Elle implique uniquement l'obligation d'informer celle-ci des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué, sous la réserve toutefois que la motivation réponde, fût-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

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 a pris en considération tous les éléments de la cause et a procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui lui ont été soumis.

Si le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse – il en est d'autant plus ainsi dans un cas d'application de l'article 9ter de la loi précitée du 15 décembre 1980, qui nécessite des compétences en matière de médecine –, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas

d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane.

3.2. En l'espèce, le Conseil observe que la première décision entreprise est fondée sur un rapport médical établi le 30 janvier 2017 par le médecin fonctionnaire sur la base des certificats médicaux produits par le requérant, et dont il ressort que

« Le requérant est âgé de 49 ans. N.B. : le rapport (CMT) du Dr F. notait en 09/2015, que « l'évolution et le pronostic étaient compromis malgré le traitement adapté » et il ajoutait un P.S. « le patient ne peut pas voyager pour le moment vu ses problèmes de santé et la nécessité d'un suivi médical rapproché ». Ses problèmes de santé dont le diabète ont été pris en charge depuis lors, tant en ambulatoire que lors de son séjour en milieu hospitalier (rapport médical du 09.08.2016) et le traitement actuel est disponible et accessible au pays d'origine. Ajoutons qu'aucun document, ne vient contredire ou infirmer la capacité de voyager du requérant et comme noté plus haut, ses pathologies actuelles ne contre indiquent pas sa capacité à voyager. D'après les informations médicales fournies il apparaît que les pathologies du requérant (polyneuropathie périphérique des deux membres inférieurs et macro-albuminurie + protéinurie dans le cadre d'un diabète II IR ; diabète II IR ; HTA ; dyslipidémie ; stéatose hépatique avec fibrose F1 ; trouble dépressif majeur d'évolution chronique) n'entraînent ni risque réel pour sa vie ou son intégrité physique, ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car la prise en charge médicale est disponible et accessible au Pakistan. D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine, le Pakistan ».

S'agissant de la disponibilité du traitement et du suivi médical au pays d'origine, le Conseil relève que le médecin conseil de la partie défenderesse a indiqué, dans son avis du 30 janvier 2017, que

« Des insulines, des antagonistes calciques (comme la lercanidipine), de l'acide acétyl salicylique, du paracétamol, de la simvastatine, des antidépresseurs comme (la trazodone, le Citalopram, l'amitriptyline) et des alternatives thérapeutiques à la prégabaline pour la prise en charge des douleurs neuropathiques (comme la carbamazépine, ou la duloxétine), des corticostéroïdes (comme la dexaméthasone, alternative médicamenteuse à l'indométacine) sont disponibles au Pakistan.

Une prise en charge du diabète et des médecins spécialisés en Médecine interne /cardiologie, endocrinologie, des médecins spécialisés en Psychiatrie et en Ophtalmologie sont disponibles au Pakistan.

N.B. : il est à noter dans les rapports médicaux, la prescription d'un médicament spécifique du glaucome, le brinzolamide, sans qu'aucune preuve diagnostique ne soit apportée relativement à cette pathologie.

Néanmoins, si nécessaire de nombreux médicaments du traitement du glaucome - dont le brinzolamide sont disponibles au Pakistan. Et comme déjà souligné, si une adaptation thérapeutique est nécessaire, des médecins spécialisés en Ophtalmologie sont disponibles au Pakistan.

Sources :

Provenant de la base de données non publique MedCOI :

Requête Medcoi du 06.03.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6568 ;

Requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7715 ;

Requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7718 ;

- Requête Medcoi du 09.11.2012 portant le numéro de référence unique BDA-

2012009 ; Requête Medcoi du 13.02.2013 portant le numéro de référence unique

BDA-20130213 ; Requête Medcoi du 21.05.2015 portant le numéro de référence

unique BMA- 6821 ».

A la lecture de cet extrait, le Conseil observe que la motivation du premier acte entrepris procède d'une double motivation par référence dès lors que, d'une part, la partie défenderesse se réfère à l'avis médical du fonctionnaire médecin, et d'autre part, celui-ci se réfère à des informations provenant de la base de données MedCOI.

Malgré les termes très succincts de la requête, le Conseil considère que cette motivation par référence y est critiquée (« la partie défenderesse s'est limitée à citer quelques sites internet [sic] et organismes sans toutefois procéder à un examen du cas d'espèce ») de sorte qu'il lui revient de vérifier si celle-ci satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, telle qu'elle découle de la loi du 29 juillet 1991, dont la violation des articles 2 et 3 est invoquée par la partie requérante.

3.3. A cet égard, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions :

« Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif, Ed. La Charte, 2005, p. 44-45, n°50). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001 ; C.E., arrêt n° 174.443 du 13 septembre 2007 ; C.E., arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 ; C.E., arrêt n° 228.829 du 21 octobre 2014 ; C.E., n° 230.579 du 19 mars 2015 ; C.E., arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016 ; C.E., arrêt n° 235.763 du 15 septembre 2016 ; C.E., arrêt n° 237.643 du 14 mars 2017 ; C.E., arrêt n° 239.682 du 27 octobre 2017) » (le Conseil souligne).

3.4. En l'espèce, le Conseil estime qu'il ne peut être considéré que l'avis du fonctionnaire médecin, susmentionné, satisfait aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce qui concerne la disponibilité du suivi médical et du traitement médicamenteux au Pakistan. En effet, le fonctionnaire médecin se réfère à des informations provenant de la base de données MedCOI, précisant la date des six requêtes MedCOI et leurs numéros de référence (Requête Medcoi du 06.03.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6568 ; Requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7715 ; Requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7718 ; Requête Medcoi du 09.11.2012 portant le numéro de référence unique BDA-2012009 ; Requête Medcoi du 13.02.2013 portant le numéro de référence unique BDA-20130213 ; Requête Medcoi du 21.05.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6821).

L'examen des pièces versées au dossier administratif révèle que :

La requête Medcoi du 06.03.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6568 concerne un cas dont la description est la suivante : « This case concerns a young man with insulin-deprecient dyabetes institue since 2003. He needs regular check-ups and rapid acting and long acting insuline ».

La requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7715 concerne un cas dont la description est la suivante : « Male patient with PTSD AND DEPRESSION ; Differential diagnosis [illisible] stress disorder panic disorder. Further also sleeping problems and a history with suicidal behaviour ».

La requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7718 concerne un cas dont la description est la suivante : « Female patient, age 35, currently diagnosed with psychotic disorder : schizoprenie. Differential diagnostic : schyzoeffective disorder or bipolar disorders (manic depression). Patient is also suffering from insomnia. Both oral medication and depot injections for modem, atypical and classic antipsychotics need to be researched as well as medication to treat the bipolar disorder (part of the requested medicines can also be prescribed as antiepileptic medication)».

La requête Medcoi du 09.11.2012 portant le numéro de référence unique BDA-2012009 concerne un cas dont la description est la suivante : « The Male (43 years old) is an Afghan citizen from Nangahar and his wife (37 years old) is a Pakistan citizen from Peshawar. If possible please de provide information wheter the Afghan mal and the (ex-asylum seeker) Pakistani female would have access to general meical treatment in Pehawar or facilities that are close to it. Il possible please de provide information on

whether there is a known discrimination in terms of access for Afghans in Pakistan or for ex-asylum seekers? It possible please do provide information on the general costs to access the public Pakistani medical services (is there a general insurance cover, etc)".

La requête Medcoi du 13.02.2013 portant le numéro de référence unique BDA-20130213 concerne un cas dont la description est la suivante : « From that we know the necessary treatment is available in Pakistan. The medication is also available (except 6) Please provide informations how the patient would have access to the treatment and how the treatment would be able to be financed ».

La requête Medcoi du 21.05.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6821 concerne un cas dont la description est la suivante : « Man, suffering glaucoma and low eyesight due to a former infection with tbc. At present recurring UNveils. Als he has a mild depression for which is treated by a psychiatrist. For symptoms of pain and artists he is sent to a rheumatologist".

La réponse aux requêtes relatives à la disponibilité est formalisée dans des tableaux renseignant les informations suivantes lorsqu'elles portent sur le suivi médical : « Required treatment according to case description », « Availability », « Example of facility where treatment is available », , et le cas échéant : «Additional information on treatment availability ». Lorsque ces requêtes sont relatives au traitement médicamenteux, les informations qui en découlent sont répertoriées dans des tableaux comportant les points suivants : « Medication », « Medication Group », « Type », « Availability », , « Example of pharmacy where treatment is available », et le cas échéant : « Additional information on medication availability » et « Pharmacy where availability information was obtained ». Enfin, certains de ces tableaux ont été cochés.

En note de bas de page, l'avis du fonctionnaire médecin précise les informations suivantes, quant à la banque de données MedCOI :

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

Clause de non-responsabilité: 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. L'Information est recueillie avec grand soin, Le BMA fait tout son possible pour fournir des informations exactes, transparentes et à jour dans un laps de temps limité. Toutefois, ce document ne prétend pas être exhaustif. Aucuns droits comme des revendications de responsabilité médicale ne peuvent être tirés de son contenu.

Les trois sources du projet sont :

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

<https://www.internationalsos.com/>

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

Plus d'informations sur l'organisation peuvent être obtenues sur le site: [www.allianzglobalassistance.com](http://www.allianzglobalassistance.com)

Des médecins locaux travaillant dans le pays d'origine et dont l'identité est protégée ont été sélectionnés par des fonctionnaires du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, par l'intermédiaire

de ses ambassades situées à l'étranger, sur base de critères de sélection prédéfinis: être digne de confiance, disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine, vivre et travailler dans le pays, avoir des connaissances linguistiques, ainsi que des critères plus pratiques, tels que disposer de moyens de communication et de suffisamment de temps pour traiter les demandes. Ces médecins sont engagés sous contrat par le bureau BMA des Pays-Bas pour l'obtention des informations sur la disponibilité des traitements médicaux dans le pays où ils résident. L'identité de ces médecins locaux est protégée pour des

raisons de sécurité. Leurs données personnelles et leur CV sont toutefois connus du BMA et du Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères, La spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants. De cette manière, ils sont toujours en mesure de répondre à des questions ayant trait à n'importe quelle spécialité médicale. Les informations médicales communiquées par International SOS, Allianz Global Assistance et les médecins locaux sont évaluées par les médecins du BMA ».

3.5. Au vu du libellé et du contenu de la réponse aux « requêtes MedCOI », le Conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin, selon laquelle les informations de disponibilités proviennent de

« de la base de données non publique MedCOI :  
Requête Medcoi du 06.03.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6568 ;  
Requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7715 ;  
Requête Medcoi du 21.01.2016 portant le numéro de référence unique BMA-7718 ;  
- Requête Medcoi du 09.11.2012 portant le numéro de référence unique BDA-2012009 ;  
Requête Medcoi du 13.02.2013 portant le numéro de référence unique BDA-20130213 ;  
Requête Medcoi du 21.05.2015 portant le numéro de référence unique BMA- 6821 »,

ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. En effet, la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis. Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles se fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public, ainsi que le rappelle sur chacune des pages disponibles la mention « uniquement à usage interne ». En conséquence, entendant motiver son avis par référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis.

Le procédé utilisé par le médecin conseil quant aux données MedCOI entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance de ces données, sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi en vérifier la pertinence.

Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète, afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester.

Il découle de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. Il en est de même du premier acte attaqué, dans la mesure où la partie défenderesse se réfère à cet avis, sans combler la lacune susmentionnée.

3.6. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse indique, quant à la disponibilité du traitement et du suivi médical, souhaiter

« replacer tout d'abord et d'ores et déjà dans son contexte une telle affirmation en rappelant notamment que les éléments d'informations obtenues par la partie adverse se fondaient sur la banque de données medCOI et qu'à ce propos, Votre Conseil a déjà eu l'occasion de juger que :  
« [...] que la partie requérante reste en défaut de critiquer concrètement l'utilisation effectuée par le médecin fonctionnaire de cette base de données l'ayant amené à la conclusion que les soins et le suivi nécessaires à la partie requérante sont disponibles au pays d'origine. En tout état de cause, contrairement à ce que semble relever la partie requérante, la base de données MedCOI ne consiste pas en un simple annuaire médical qui se limiterait à répertorier les noms des médicaments soi-disant indisponibles, mais vise à répondre à des questions précises quant à l'existence de médicaments, de soins et de suivis médicaux dans un endroit donné. » (C.C.E., n° 103.952 du 30 mai 2013). [...]

Jugé également : [...] « Le Conseil rappelle que la preuve de la réunion des conditions d'octroi d'un titre de séjour sur une base médicale reste à charge du demandeur, même si la loi réserve la possibilité au médecin désigné par la partie défenderesse d'examiner l'intéressé, de requérir les avis d'experts et d'apprécier l'accessibilité du traitement, de sorte qu'il ne peut être reproché à présent à la partie défenderesse de ne pas avoir procédé aux recherches susmentionnées et d'avoir fourni des informations trop générales. Le Conseil renvoie également au point 3.5.2. du présent arrêt et rappelle le constat posé de l'insuffisance des informations transmises par la partie requérante au regard de sa situation personnelle quant à la disponibilité des soins en sorte qu'elle ne peut raisonnablement faire grief à la partie défenderesse d'avoir motivé comme en l'espèce.

Concernant la base de données « MedCOI », le Conseil constate que la partie requérante reste en défaut de critiquer concrètement l'utilisation effectuée par le médecin fonctionnaire de cette base de données l'ayant amené à la conclusion que les soins et suivis nécessaires à la partie requérante sont disponibles au pays d'origine. A cet égard, le Conseil relève que cette base de données offre en l'espèce, des renseignements précis quant à l'existence de médicaments, de soins et de suivis médicaux. » (C.C.E., n° 130.608 du 30 septembre 2014).

Ainsi, le requérant se contente en réalité de nier les informations ayant trait à la question de la disponibilité des soins, en faisant état d'une critique stéréotypée et partant non pertinente.

L'incidence de la mobilité réduite du requérant doit être lue en relevant que dans l'avis du médecin conseil, il avait pu être constaté à ce propos qu'il y avait lieu d'envisager, pour le déplacement du requérant, les précautions habituelles observées par les compagnies de transport à l'égard des personnes à mobilité réduite.

Par ailleurs, le médecin conseil avait également pu relever que le requérant pouvait disposer au Pakistan d'un cycle pousse qui peut être dirigé uniquement par les mains.

En toute hypothèse, le requérant reste en défaut de démontrer avoir étayé, en temps utile et pièces médicales justificatives à l'appui, in concreto, l'affirmation selon laquelle son statut de personne à mobilité réduite impliquerait, ipso facto, une indisponibilité ou à tout le moins une disponibilité particulièrement difficile de soins et de traitements au Pakistan.

« Quant au reproche que la partie requérante sur les sources non publique, le Conseil de Céans constatera que celle-ci sont présente au sein du dossier administratif. En outre votre conseil a déjà jugé que : 'Le Conseil n'aperçoit d'ailleurs pas la pertinence des griefs émis quant aux informations, issues de la base de données MedCOI ainsi qu'au manque d'informations et de références précises figurant dans le rapport du médecin conseil notamment quant à la possibilité de réaliser des interventions chirurgicales en Turquie ainsi que leur accessibilité dans la mesure où des copies des documents sur lesquels ledit médecin s'est fondé, figurent a dossier administratif, auquel les requérants peuvent avoir accès, et permettent d'attester de la disponibilité et de l'accessibilité aux soins nécessaires au premier requérant au pays d'origine' ».

Cette argumentation n'est pas pertinente, dans la mesure où il a été constaté que la motivation du premier acte attaqué, par référence à l'avis du fonctionnaire médecin, ne satisfait pas aux exigences découlant de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

Le Conseil rappelle à cet égard que le Conseil d'Etat a souligné que

« l'obligation de motivation formelle, imposée par la loi, offre une protection aux administrés contre l'arbitraire en leur permettant de connaître les motifs justifiant l'adoption des actes administratifs. Cette protection ne peut leur être ôtée sous prétexte qu'ils seraient censés connaître les motifs d'un acte bien que l'autorité administrative ne les ait pas exprimés. Une atteinte à cette protection, résultant de l'absence de motivation formelle d'une décision, est de nature à affecter les administrés, tout comme ils peuvent l'être par un défaut de motivation matérielle d'un tel acte » (C.E., arrêt n° 230.251, du 19 février 2015).

3.7. Il résulte de ce qui précède que le moyen est en cette mesure fondé et suffit à l'annulation du premier acte attaqué. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen, qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation aux effets plus étendus.

3.8. L'ordre de quitter le territoire, pris à l'encontre du requérant, constituant l'accessoire de la décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, qui lui a été notifiée à la même date, il s'impose de l'annuler également.

#### **4. Débats succincts.**

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

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour et l'ordre de quitter le territoire, pris le 31 janvier 2017 sont annulés

##### **Article 2**

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le trois juin deux mille vingt par :

M. J.-C. WERENNE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

M. A. IGREK, greffier.

Le greffier,

Le président,

A. IGREK

J.-C. WERENNE