

## Arrêt

**n°243 268 du 29 octobre 2020  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile :     au cabinet de Maître E. HALABI  
Rue Veydt, 28  
1060 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 le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la  
Migration**

### **LE PRÉSIDENT F.F. DE LA VIII<sup>E</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 13 juin 2016, par X, qui déclare être de nationalité pakistanaise, tendant à la suspension et l'annulation de la décision rejetant une demande d'autorisation de séjour fondée sur l'article 9 *ter* de la Loi et de l'ordre de quitter le territoire, tous deux pris le 10 mai 2016 et notifiés le 19 mai 2016, ainsi que de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse du 9 mai 2016.

Vu le titre Ier 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, dite ci-après « la Loi ».

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 23 juillet 2020 convoquant les parties à l'audience du 3 septembre 2020.

Entendu, en son rapport, C. DE WREEDE, juge au contentieux des étrangers.

Entendu, en leurs observations, Me P. DE WOLF *loco* Me E. HALABI, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me S. ARKOULIS *loco* Me E. DERRIKS, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. Le requérant déclare être arrivé en Belgique le 23 décembre 2011.

1.2. Le même jour, il a introduit une demande de protection internationale, laquelle s'est clôturée négativement par l'arrêt du Conseil de céans n° 105 267 prononcé le 19 juin 2013 et refusant d'accorder la qualité de réfugié et le statut de protection subsidiaire.

1.3. Le 23 juin 2014, il a introduit une demande d'autorisation de séjour sur la base de l'article 9 *ter* de la Loi, laquelle a été déclarée irrecevable dans une décision du 13 mars 2015, assortie d'un ordre de quitter le territoire. Dans son arrêt n° 153 189 prononcé le 24 septembre 2015, le Conseil a rejeté le recours en suspension et annulation introduit à l'encontre de ces actes, suite au retrait de ceux-ci le 6 mai 2015. Le 30 avril 2015, la demande précitée a finalement été déclarée recevable.

1.4. Le 9 mai 2016, le médecin-conseil de la partie défenderesse a rendu un avis médical.

1.5. En date du 10 mai 2016, la partie défenderesse a pris à l'égard du requérant une décision de rejet de la demande visée au point 1.3. du présent arrêt. Cette décision, qui constitue le premier acte attaqué, est motivée comme suit :

« Motif :

*L'intéressé invoque un problème de santé à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour justifiant, selon lui, une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l'Office des Etrangers (O.E.), 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 09.05.2016, le médecin de l'O.E. atteste que le requérant présente une pathologie et affirme que l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine. Il ajoute que ces soins médicaux sont accessibles au requérant et que son état de santé ne l'empêche pas de voyager. Dès lors, le médecin de l'O.E. conclut qu'il n'y a pas de contre-indication d'un point de vue médical à un retour du requérant dans son pays d'origine.*

*Vu l'ensemble de ces éléments, il n'apparaît pas que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'il entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou 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 de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.*

*Le rapport du médecin est joint à la présente décision. Les documents sur le pays d'origine se trouvent dans le dossier administratif du requérant ».*

1.6. Le même jour, la partie défenderesse a pris à l'encontre du requérant une décision d'ordre de quitter le territoire. Cette décision, qui constitue le deuxième acte attaqué, est motivée comme suit :

« **MOTIF DE LA DECISION :**

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

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

## **2. Question préalable**

2.1. En termes de requête, la partie requérante indique que le recours est également dirigé contre l'avis du médecin fonctionnaire de la partie défenderesse, daté du 9 mai 2016.

2.2. En l'espèce, il ressort des termes de l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, de la Loi, que le rapport du fonctionnaire médecin ne constitue qu'un avis. Il ne s'agit donc pas d'une décision attaquable au sens de l'article 39/1, § 1<sup>er</sup>, de la Loi, à savoir une décision individuelle prise en application des lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Le Conseil relève également que la motivation du premier acte attaqué se réfère explicitement audit avis, et qu'il peut dès lors être considéré que, ce faisant, la partie défenderesse a fait siennes les

considérations exprimées par ce médecin. Le Conseil estime dès lors qu'en attaquant la décision précitée, le requérant vise également l'avis du fonctionnaire médecin.

Ainsi, l'avis du fonctionnaire médecin constitue une décision préparatoire à celle statuant sur la demande d'autorisation de séjour introduite, laquelle constitue le premier acte attaqué, dont il n'est pas distinct. Il ne cause pas grief par lui-même. Toutefois, les irrégularités qui affecteraient cet avis demeurent susceptibles d'être critiquées par tout moyen de droit dirigé contre ledit acte.

2.3. Partant, le recours est irrecevable, en tant qu'il est dirigé contre l'avis du fonctionnaire médecin, daté du 9 mai 2016.

### 3. Exposé du moyen d'annulation

3.1. La partie requérante prend un moyen unique *« de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation »* :

- *des articles 9 ter § 1 et 62 de la loi du 15 décembre sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers,*
- *des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs,*
- *de l'article 23 de la Constitution,*
- *de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH),*
- *du principe général de précaution, du principe général de droit a Audi alteram partem » et du devoir de minutie*
- *des formes substantielles de la procédure instituée par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980*
- *l'article 2 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers*
- *l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers*
- *de la violation de la foi due aux actes médicaux ».*

3.2. Elle reproduit des extraits de la motivation du premier acte attaqué et le contenu de l'article 9 ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi.

3.3. Dans une première branche, relative à *« L'erreur manifeste d'appréciation, la violation des articles 9 ter § 1 et 62 de la loi du 15 décembre sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), du principe général de précaution, du principe général de droit «Audi alteram partem » et du devoir de minutie, et des formes substantielles de la procédure instituée par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, de l'article 2 de la loi du 8 janvier 2012 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, et de l'article 7 de l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers »*, elle argumente *« Qu'il convient avant toute chose de souligner que la partie adverse ne conteste pas, dans la décision attaquée, la réalité des pathologies qui affectent le requérant ; Que la demande introduite par le requérant est refusée sous prétexte que les soins seraient disponibles et accessibles au requérant dans son pays d'origine, le Pakistan ; [...] Que le médecin-conseil de la partie adverse avance que : - le requérant présente une tuberculose ganglionnaire, splénique, osseuse et péritonéale en rémission ; - les pathologies invoquées par le requérant ne constituent pas une contre-indication médicale à voyager vers le pays d'origine. Que dès lors la partie adverse a opéré une erreur manifeste d'appréciation ; Qu'il ressort en effet des certificats médicaux établis en date du 6 novembre 2014 par le Docteur [E.K.], médecin au Centre FEDASIL où était hébergé le requérant, que : - un traitement lourd est en cours depuis juin 2014 et prévu pour une durée d'un an, avec réévaluation avant l'arrêt définitif du traitement - une hospitalisation a été nécessaire en octobre 2014 - le requérant ne peut voyager actuellement en raison de son traitement - le requérant ne peut retourner au Pakistan où il ne pourrait suivre son traitement, ce qui entraînerait son décès Que ces mêmes informations ont été confirmées par le Docteur [Z.], dans deux certificats médicaux établis en date du 16 février 2015, lesquels précisent en outre que le traitement est non accessible dans le pays d'origine ; Qu'il ressort explicitement du certificat médical circonstancié établi par le Dr. [Z.] en date du 8 avril 2016 que « l'intéressé présente une*

pathologie grave- tuberculose ganglionnaire e[t] splénique- nécessitant des soins » Que ce dernier ajoute également que : « en cas d'arrêt du traitement, le requérant risque une dissémination voir[e] son décès ». Que le Dr. [Z.] affirme encore en date du 1 octobre 2015 « que le traitement est non accessible au requérant dans son pays d'origine et que ce dernier est inapte à voyager » ; Que c'est donc erronément que le médecin conseil de la partie adverse [affirme] sans avoir examiné le requérant, que ces pathologies sont contrôlées, sous traitement alors que le dossier médical produit démontre le contraire ; [...] Qu'il importe en outre de rappeler que le médecin du requérant est soumis au serment d'hypocrate, de sorte qu'il convient d'accorder foi à son diagno[s]tic ainsi qu'au[x] certificats médicaux établis par lui, à fortiori alors qu'il s'agit d'un spécialiste suivant le requérant depuis plusieurs années; Qu'à cet égard, le Conseil d'Etat a déjà jugé que «Lorsque le médecin de l'administration s'écarte des conclusions de ses confrères, il doit en indiquer les raisons (voyez en ce sens CE, n°67.391 du 3 juillet 1997 : en l'espèce, l'avis du médecin de l'Office des Etrangers se limitait à un avis indiquant que le requérant pouvait voyager et recevoir des soins médicaux dans son pays d'origine, à un questionnaire complété par « oui » ou « non » et à un bref rapport d'examen alors que les attestations déposées par l'intéressée indiquaient au contraire qu'elle ne pouvait voyager et que sa vie était en danger » ; Que le Conseil d'Etat accorde une importance précise au caractère précis et circonstancié des rapports médicaux figurant au dossier ainsi qu'à la circonstance que ceux-ci sont ou non établis par des spécialistes de l'affection ; Qu'il a été jugé qu' « en présence de certificats médicaux circonstanciés rédigés par des médecins spécialistes qui émettent un avis défavorable à l'éloignement de l'intéressée, il convient que l'administration se fonde également sur des rapports tout aussi précis » (voyez en ce sens CE,n° 82.698 du 5 octobre 1999) ; Qu'en présence d'avis divergents émanant de médecins spécialistes, le Conseil d'Etat tend à privilégier celui qui émane du plus pointu d'entre eux (voyez en ce sens CE 98.492 du 9 août 2001, «En présence d'attestations médicales circonstanciées rédigées par un médecin spécialiste qui émet tin avis défavorable à l'éloignement de la demanderesse, la partie adverse ne pouvait se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, s'il est spécialisé en évaluation du dommage corporel, n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affection dont souffre l'intéressée » ;) Qu'en l'espèce, le médecin conseil n'expose nullement les raisons pour lesquelles il choisit d'écarter les conclusions de son confrère spécialiste, conclusions qu'il passe en outre totalement sous silence, de sorte que la décision attaquée viole la foi due aux actes; [...] Qu'il convient également de relever qu'à aucun moment de la procédure, le requérant n'a été examiné par le médecin-conseil de l'Office des Etrangers et que ce dernier n'est par ailleurs jamais entré en contact avec le médecin-traitant du requérant - pourtant spécialiste de la pathologie- pour obtenir un avis médical concernant la capacité de l'intéressé à voyager et ce, alors que des attestations médicales figurant au dossier établissent clairement le contraire ; Qu'il incombait, à tout le moins, au médecin-conseil de l'Office des Etrangers - lequel est apparemment médecin généraliste- de prendre contact avec le médecin-traitant du requérant afin d'obtenir d'avantage d'informations sur l'état de santé de l'intéressé ou, à tout le moins, d'adresser à l'intéressé et/ou à son conseil, une demande de complément d'informations sur l'évolution de la pathologie de l'intéressé et les risques pour sa santé en cas de voyage au Pakistan ; Que cette attitude aurait été conforme au devoir de minutie, au principe général de bonne administration qui incombe à l'administration et ce, d'autant qu'il lui appartient de déterminer si un retour du requérant dans son pays d'origine constituerait une atteinte à l'article 3 CEDH ; Qu'il convient, à cet égard, de se référer à une jurisprudence de votre Juridiction, laquelle a, par son arrêt n° 74.073 du 12 janvier 2012 , considéré que : « [...] » Que pour évaluer la possibilité, pour une personne atteinte d'une maladie grave, de retourner dans son pays d'origine, plusieurs critères doivent être pris en considération, à savoir la possibilité, pour le patient, de se déplacer, de voyager, de supporter un long voyage, l'existence du traitement approprié et de structures spécialisées dans le pays d'origine, la disponibilité du traitement et l'accessibilité de ce traitement au niveau de son coût, le coût d'éventuelles hospitalisations et opérations devant faire l'objet d'une analyse précise, ce qui n'est nullement le cas en l'espèce, la décision [se] limitant à des considérations générales de type : « pas de contre-indication médicale à voyager » ; Qu'à cet égard, dans un arrêt n° 93 203 du 10 décembre 2012, votre Juridiction a pu considérer que : [...] Que les mêmes principes devraient trouver à s'appliquer par analogie au cas d'espèce, tant la demande d'autorisation de séjour introduite par le requérant que les certificats médicaux y annexés faisant état d'un risque motivé d'aggravation de la maladie en cas de retour dans le pays d'origine ; [...] Que par ailleurs, la partie adverse allègue que les soins sont disponibles et accessibles au requérant dans son pays d'origine, le Pakistan ; Que la partie adverse se fonde ainsi sur plusieurs sites internet pour étayer ses allégations et ce, alors que la partie requérante dispose de rapports officiels contredisant ces informations ; Que la partie adverse fait notamment référence à deux sites internet pour justifier sa décisions, à savoir : - [http://www.who.int/selection\\_medicines/country\\_lists/pak\\_EML\\_2007.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/pak_EML_2007.pdf). - [http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/ fr/](http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/fr/). Que ces liens sont introuvables, tant sur le moteur de recherche Safari que Firefox ; Que votre Conseil ne saurait donc avoir égard à ces éléments et il

convient dès lors d'écarter ces pièces des débats ; [...] Que la partie adverse estime ne pas devoir prendre en considération les rapports déposés par le requérant au motif que ces derniers étayent une situation générale non individualisée alors même que la partie adverse fonde sa propre décision sur base de rapports généraux non individualisés à la situation du requérant ; Que de plus, la partie adverse ne justifie en rien en quoi la situation individuelle du requérant est comparable à cette situation générale ; Qu'en l'espèce, le traitement est difficilement accessible financièrement au requérant et il n'existe pas de couverture médicale et sociale ni d'assurance prenant en charge une partie du coût onéreux de ce traitement ; Qu'en effet, selon le SPF affaires Etrangères, « L'infrastructure médicale dans les grandes villes pour des cas assez simples varie entre improvisé à relativement bien, pour les cas graves, il est préférable de rentrer en Belgique. Une assurance rapatriement s'avère indispensable. Les dernières inondations de cet été 2010 ont non seulement causé la mort de nombreuses personnes mais ont également engendré le déplacement de populations entières. D'autre part, les zones inondées sont particulièrement exposées au développement de maladies (diarrhée, choléra, etc.) ». Qu'il ressort du rapport annuel de 2012 sur le Pakistan d'Amnesty International que : « Les talibans pakistanais ont pris des civils pour cible ; ils ont perpétrés des attaques aveugles avec des engins explosifs improvisés et ont commis des attentats suicides. (...) Les menaces de violences proférées par les talibans pakistanais restreignent gravement l'accès aux services de santé, à l'éducation et à la participation à la vie publique pour les femmes et les filles. » Que par ailleurs, comme en témoigne un extrait du rapport de l'UK Border Agency, l'accessibilité aux soins de santé au Pakistan est très limitée : "According to the Economie Survey of Pakistan 2009-2010, there is one doctor available for every 1,183 persons in the country; one hospital bed for every 1,592 persons and one dentist for every 16,914 persons". (voyez en annexe) Que selon l'article « 40 % of ail medicines in Pakistan are fake » paru dans le dailytimes : « Courtnerfeit drugs constitue 40 to 50 percent of ail medicines available in Pakistan and according to the world Health Organization (WHO) Pakistanis spend 77 percent of their household health budgets on medicines half of wich may be fake or unfit for human consumption ». (voyez article en annexe) ; Qu'il ressort d'un autre article qu'il y aurait au Pakistan 1 docteur pour 1000 personnes alors que le ratio devrait être d'au moins 200 docteurs pour 1000 personnes (Voyez : « Doctor-patient ratio of 1:1000 in Pakistan termed alarming », The news) Qu'en outre, le Service Public Fédéral Affaires étrangères affirme sur son site une situation gravissime (mise à jour le 24 juin 2013) : « Les voyages non essentiels au Pakistan sont déconseillés en raison du risque de sérieux problèmes de sécurités (attentats terroristes, troubles, manifestations violentes, enlèvements, attaques par des commandos etc.) qui peuvent survenir à tout moment dans l'ensemble du pays. Les élections parlementaires récentes se sont passées de façon relativement calme et sans trop d'incidents, mais des améliorations dans la vie quotidienne ne se font pas encore constater. Au contraire, les dernières semaines, tout le pays se voit confronté à des coupures de courant considérables, avec des conséquences graves non seulement pour l'industrie locale mais aussi pour la vie de tous les jours, surtout comme la chaleur estivale augmente la demande de courant pour les réfrigérateurs, ventilateurs et acclimatiseurs. Les voyages dans la province de Khyber-Pakhtoonkhwa (KP, anciennement NWFP), les Federally Administered Tribal Areas (FATA) et le Baloutchistan sont expressément déconseillés. Cela vaut aussi pour la vallée de Swat en KP. Si l'on doit se rendre dans ces régions dans le cadre de mission précise (par ex ; les Nations Unies ou des organisations humanitaires), il est instamment recommandé de prendre contact avec l'Ambassade de Belgique et de communiquer les détails du voyage ou du séjour prévus ainsi que les données de contact. Voyager dans les zones non-urbaines est particulièrement dangereux et absolument déconseillé. Les Belges qui se trouvent dans les territoires des FATA, de KP et du Baloutchistan sont priés de quitter ces régions. Il est absolument déconseillé d'entrer au Baloutchistan par la route via l'Iran ou l'Afghanistan: le danger d'enlèvement avec risque d'assassinat est grand. Si une visite à Quetta ne peut être évitée, il faut s'y rendre en avion Des régions précises au Sud-Pendjab(Multan, Bahawalpur) et dans le Sind, y inclus certains quartiers de Karachi connaissent de réels problèmes. Pour toutes les grandes villes du pays (y incluses Islamabad, Rawalpindi, Lahore et, a fortiori Quetta, Peshawar, Karachi) où des étrangers se trouvent, les actes de violence sous la forme d'attentats (-suicide), des attaques contre les Occidentaux, des manifestations violentes, de la violence religieuse sectaire et la criminalité restent d'actualité. Il est recommandé dans tous les cas (i) de très bien préparer un voyage ou un séjour avec des personnes de confiance sur place, (ii) de limiter au minimum et de bien planifier les déplacements, (iii) de suivre l'actualité de très près et d'éviter les déplacements à la moindre irrégularité et (iv) d'adopter un profil en toutes circonstances, de jamais se mêler même de problèmes qui semblent innocents et de s'éloigner rapidement de tout ce qui s'apparente à un problème. Ceci est aussi le cas pour les hommes d'affaires qui visitent le Pakistan dans le cadre d'activités commerciales ou économiques et a fortiori pour les compatriotes qui souhaitent visiter le pakistan pour des raisons familiales ou touristiques. Suite au meurtre, le 22 juin 2013, de 10 touristes étrangers à Chilas (camp de base Nanga Parbat, Fairy Meadows) tous les voyages dans l'ensemble de Gilgit-Baltistan sont déconseillés, aussi longtemps qu'il n'y aura pas de garanties

officielles que ces hauts lieux touristiques seront exempts de violence et que le tourisme pourra s'y faire en toute sécurité.. Il est également déconseillé de se rendre dans le Cachemir administré par le Pakistan ('Azad Jammu and Kashmir'). L'ambassade précise qu'il lui est presque impossible d'intervenir en cas de difficultés rencontrées par nos compatriotes dans les territoires étendus dont l'accès est interdit aux membres du personnel diplomatique. En cas d'enlèvement, on renvoie à la politique générale des Affaires Etrangères en matière de négociations et de paiement de la rançon ». Que de plus, il ressort d'une étude menée par [A.L.], statisticienne généraliste auprès de Médecin du Monde « qu'en mai 2009, Médecins du Monde (MDM) a ouvert un programme de soutien aux populations déplacées hors des camps, ainsi qu'aux familles d'accueil dans les districts de Swabi et Buner. Des cliniques mobiles permettent à ces populations d'avoir accès aux soins de santé primaire, aux suivis materno-infantiles, aux programmes de nutrition et aux services de vaccination. Un an après l'ouverture du programme, une enquête d'accès aux soins a été menée à l'initiative de MDM dans le cadre de sa stratégie de sortie. En effet, le programme ayant pour vocation de suivre les zones de conflit, MDM prévoyait de se désengager de ces deux districts et voulait établir un diagnostic sur l'accès aux soins pour les populations vulnérables, susceptible d'appuyer un plaidoyer auprès des autorités ou des ONG locales pour qu'elles prennent le relais. Cette enquête, réalisée durant l'été 2010 dans les deux districts de Swabi et Buner, a permis de mettre en évidence comment les contraintes d'accès aux soins expliquent le faible niveau atteint par les indicateurs standards de santé dans cette région. A la différence de Swabi qui est une immense plaine, le district de Buner est une zone de montagnes où la plupart des villages sont très reculés. L'urgence médicale est alors vécue comme une fatalité, à tel point que des habitants peuvent déclarer: «Si nous n'avons pas les moyens ni le temps, nous laissons la personne mourir sur son lit ». Rejoindre une structure de santé peut en effet s'avérer particulièrement difficile du fait de la situation géographique et des contraintes d'accès aux villages. Souvent, il faut plusieurs heures de transport pour atteindre la structure la plus proche. À cela, s'ajoute le temps nécessaire pour trouver un moyen de transport. Les villages accessibles par la route ne disposent souvent que d'un seul véhicule : celui qui sert à amener les hommes au travail. Les villageois doivent donc attendre son retour en fin de journée pour pouvoir aller chez le médecin. Dans les autres villages, non accessibles par la route, on s'organise autrement: en fonction de l'état du malade, on l'accompagnera ou on le portera attaché sur un lit jusqu'à la route. Ensuite, on attendra parfois plusieurs heures qu'un véhicule passe et accepte de le conduire » ; Que cette dernière ajoute également « qu'une fois arrivé à la structure de santé publique, le malade trouvera souvent porte close. Les médecins travaillant dans le secteur public, mal rémunérés, ont tous en effet une activité privée en parallèle. Quand bien même la structure publique serait ouverte, on fera parfois patienter le malade jusqu'à la fermeture afin de le «réorienter» vers le cabinet privé du médecin, ou la consultation coûte entre dix et vingt fois plus cher et où les médicaments sont payants. Les médicaments et le matériel médical sont souvent détournés du service public pour un usage privé, parfois même au sein de la structure de santé publique en question, ou revendus à prix d'or «facilement» sur les marchés. De même, les appareils servant à réaliser des échographies, en principe à la disposition du personnel des structures publiques, sont quasi systématiquement utilisés de façon officieuse pour une pratique privée, moyennant finances évidemment» Qu'il ressort également d'un rapport de Médecin sans frontière que : « Le Pakistan dispose du système de santé le plus faible de l'Asie méridionale et le système de soins gratuit proposé par l'Etat est accessible à seulement 30 % de la population. La santé de la mère et de l'enfant est critique. La Pakistan se classe 6ème dans le monde en matière de mortalité maternelle . Un enfant sur 12 né au Pakistan meurt avant l'âge de 5 ans » ; Que ce rapport atteste également que : « Depuis 2010, MSF fournit des soins médicaux aux victimes de violences et à une population rurale qui dispose d'un accès restreint aux soins d'urgence, en raison de la défaillance du système de santé, de la violence et des questions culturelles, notamment pour les femmes » ; Qu'un rapport de la commission européenne datant du mois d'août 2014 atteste que : « Les établissements de santé sont dépassés et il y a une pénurie de personnel de santé qualifié, notamment de professionnels de la santé de sexe féminin, afin de répondre adéquatement à l'accroissement du nombre de patients. On rapporte que la diarrhée et les maladies infectieuses se répandent à un rythme constant chez les enfants, et que le risque d'épidémie est élevé. Une intensification des programmes de vaccination est essentielle, notamment contre la rougeole. On estime que 1600 écoles servent notamment de refuges aux PDI. Cependant, avec la reprise des cours à la fin du mois d'août, les PDI se verront contraintes de quitter les lieux rapidement, et aucune solution alternative n'a été proposée jusqu'ici. Les besoins en matière de protection sont importants chez les familles déplacées, car enfants et femmes sont particulièrement vulnérabilisés en contexte de déplacement. L'accès des organisations humanitaires aux populations dans le besoin reste l'un des principaux défis. Le Pakistan est l'un des pays au monde les plus exposés aux catastrophes et il lui arrive souvent d'être victime de plusieurs catastrophes au cours d'une même année. Quatre années consécutives d'inondations depuis 2010 et les problèmes structurels sous-jacents ont conduit au déplacement et à la vulnérabilisation de millions de personnes. Cela a eu des conséquences

significatives sur les moyens de subsistance et la sécurité nutritionnelle de la population, notamment dans la province méridionale du Sindh. Les taux élevés de malnutrition, combinés à un accès limité à l'eau, aux sanitaires et aux soins médicaux, ont compromis la santé et les capacités d'adaptation des communautés les plus vulnérables. Selon la plus récente enquête nationale en matière de nutrition, 72 % de la population du Sindh souffrent d'insécurité alimentaire et les taux nationaux de malnutrition aiguë sont critiques (15,1 %) et bien supérieurs aux seuils définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au niveau national, 43 % des enfants pakistanais de moins de cinq ans souffrent encore de malnutrition chronique » ; Qu'il appartenait à la partie adverse, qui rend un avis médical sur la disponibilité mais aussi sur l'accessibilité des soins au Pakistan, de tenir compte de la situation personnelle et individuelle du requérant en la confrontant aux informations sur lesquelles elle se fonde ; Que contrairement à ce qu'affirme la partie adverse, le requérant réside en Belgique depuis plus de 6 ans et n'a plus de contact avec sa famille restée au Pakistan, de telle sorte qu'il ne peut légitimement espérer être soutenu financièrement en cas de retour au pays ; Que de plus, la partie adverse n'a pas pris en considération le fait que le requérant est actuellement dans l'incapacité de travailler ; Que la partie adverse n'a donc nullement tenu compte de la situation individuelle et précaire du requérant ; Que le requérant ne pourrait dès lors bénéficier d'une couverture de ses soins de santé en cas de retour au Pakistan, de sorte que l'accessibilité financière des traitements requis par son état de santé ne peut lui être garantie ; Que de plus un arrêt de votre Conseil rendu le 19 mars 2012 affirme que l'Office des Etrangers ne peut se référer qu'à des sites internet pour fonder sa décision mais doit également les confronter aux informations apportées par le requérant ainsi qu'aux informations présentes dans les attestations médicales : « [...] » ; [...] Que de plus « Les informations sur lesquelles se base l'administration pour apprécier si les soins sont accessibles et disponibles dans le pays d'origine ne peuvent se limiter à des informations générales. Elles doivent être circonscrites et adéquates par rapport à la situation particulière. Des sites internet qui n'offrent qu'une information très générale ne seront en principe pas suffisants pour attester la disponibilité et l'accessibilité des soins. (...) Des informations générales seront d'autant moins suffisantes que l'information jointe au dossier par l'étranger sera précise et circonscrite. En effet, l'administration a l'obligation de répondre à la demande de l'étranger, et de tenir compte de toutes les informations qui lui ont été communiquées (...) L'administration doit également tenir compte de la situation individuelle et particulière du demandeur, dans l'examen de son accès aux soins. Cette situation particulière peut être tout élément invoqué par le demandeur. Ainsi « Les éléments particuliers dont le requérant avait fait état dans sa demande, relatifs notamment à la nécessité de pouvoir bénéficier d'un service d'urgence médico-psychiatrique et d'un hôpital psychiatrique à proximité avec service fermé, aux obstacles non financiers à l'accès aux soins [nécessaires] à sa pathologie, à savoir des obstacles structurels liés au manque de ressources médicales en termes de quantité et de qualité (CCE, 31 mai 2012, n°82175) ( [M-B.H.], «La régularisation médicale : aperçu de la jurisprudence récente du Conseil du Contentieux des Etrangers », in KDE 2012, n°68, pp. 225 à 228) ; Qu'il est évident que la partie adverse s'est uniquement référée à des informations générales, sans tenir compte de la situation particulière et individuelle du requérant afin de prendre sa décision ; Qu'en l'espèce et contrairement à ce que soutient la partie adverse, le traitement n'est pas accessible au requérant tel qu'exposé supra ; Que la faible probabilité que le requérant bénéficie de ce régime en pratique nous amène à affirmer que celui-ci sera mieux soigné en Belgique, où un traitement est déjà en cours ; Que la partie adverse ne fourn[ir] aucune garantie que le requérant aurait, en cas de retour au pays d'origine, un accès effectif aux médicaments nécessaires ; Qu'il convient, à cet égard, de se référer à une jurisprudence de votre Juridiction, laquelle a, par son arrêt n° 151 645 du 3 septembre 2015 , considéré que : Dans un second temps, s'agissant du système du Ramed, le Conseil remarque en tout état de cause, comme développé par la partie requérante en termes de requête et dans sa demande, qu'il ne couvre effectivement pas les médicaments hormis ceux utilisés dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les services sanitaires relevant de l'État lors des hospitalisations. En conséquence, en se référant uniquement à ces éléments, le médecin conseil de la partie défenderesse n'a fourni aucune garantie que la requérante aurait, à son retour au pays d'origine, un accès effectif aux médicaments requis en toutes circonstances, celle-ci ne pouvant bénéficier avec certitude de l'AMO en cas de retour au Maroc et le Ramed ne couvrant pas les médicaments hormis ceux utilisés lors des hospitalisations. Que les mêmes principes tendent à s'appliquer mutatis mutandis au cas d'espèce ; Qu'il a ainsi été jugé « qu'il appartient à l'autorité saisie d'une demande d'autorisation de séjour (...) pour motif médical (...) d'apprécier les circonstances de l'espèce au regard de la situation sanitaire et sociale du pays de destination mais aussi au regard des conséquences de la mesure d'éloignement sur la santé de l'intéressée » ;(Voyez CE, n°82.698 du 5 octobre 1998) ; Que dès lors la partie adverse a opéré une erreur manifeste d'appréciation en affirmant que les soins nécessaires à une amélioration de l'état de santé du requérant étaient accessibles au pays d'origine ; Que partant la branche du moyen est dès lors fondée ».

3.4. Dans une seconde branche, ayant trait à « l'atteinte aux articles 23 de la Constitution et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et de l'erreur manifeste d'appréciation », elle développe « Qu'en outre, en alléguant que la maladie de l'intéressé n'est pas dans un état tel et qu'elle n'entraîne pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique et en délivrant un ordre de quitter le territoire [au requérant], la partie adverse expose [ce dernier] à un risque de traitement inhumain et dégradant et se rend coupable d'une violation de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; Que l'article 23 de la Constitution consacre le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine ; Que, de même, l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme consacre l'interdiction de traitement inhumain ou dégradant ; Que le droit au respect de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme ne suppose pas que soit acquis au préalable le droit au séjour régulier sur le territoire et qu'il s'agit d'un droit dont le respect s'impose de manière absolue aux Etats contractants et bénéficie à toutes personnes se trouvant sous leur juridiction, indépendamment de sa nationalité ou de la régularité de sa situation administrative (CA Bxl, 4 juin 199, RG 1998/KR/ 531 Swalha/Etat Belge) ; Qu'un traitement dégradant suppose un acte qui cause à l'intéressé « aux yeux d'autrui ou aux siens, une humiliation ou un avilissement atteignant un minimum de gravité » (arrêt Campbell et Cosans du 25 février 1982, série A, n°48, p.13) ; Que le requérant serait ainsi soumis à un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme en cas de retour au Pakistan en raison, d'une part, de l'aggravation de sa maladie voire de son décès, et, d'autre part, de l'indisponibilité ou, à tout le moins, de l'inaccessibilité du traitement requis par son état de santé au regard de sa situation financière et de celle de sa famille ; Qu'imposer au requérant de retourner dans son pays d'origine constitue dès lors une atteinte à son droit à la dignité humaine tel que garanti par l'article 23 de la Constitution, ainsi qu'un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 CEDH ; Qu'en effet, selon la Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, « le traitement inhumain ou dégradant ne doit pas toujours avoir pour origine un acte humain ou intentionnel émanant d'autorités étatiques ou de personnes privées mais peut également résulter de facteurs matériels indépendants de la responsabilité des autorités du pays d'origine, à savoir la situation sanitaire et socio- économique du pays de renvoi ne permettant pas d'y garantir les soins médicaux adéquats. » Que cette jurisprudence a considéré « que toute expulsion d'un malade pour lequel un diagnostic vital est émis constitue un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention » (voir D.B « Chronique de Jurisprudence : Droit des étrangers — Droits fondamentaux de la personne », K D.E, 1999, p. 155 et s.s.) ; Que la Cour européenne de Strasbourg a ainsi eu l'occasion de considérer - à l'occasion de deux affaires dans lesquelles des étrangers soutenaient qu'un retour dans leur pays d'origine serait, compte tenu de leur état de santé, constitutif d'un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3- qu'il convenait d'examiner la disponibilité et l'accessibilité des soins à l'étranger, aux termes d'un examen rigoureux de toutes les circonstances en cause et « notamment la situation personne du requérant dans l'Etat qui expulse » ; Que la Cour a ainsi considéré qu'il échet de procéder à une évaluation générale de l'état de santé de la personne plutôt que d'accorder une importance déterminante au diagnostic en soi (Voyez Cour.eur.D.H, arrêt D. c/ RU du 2 mai 1997) ; Qu'il a ainsi été jugé « qu'il appartient à l'autorité saisie d'une demande d'autorisation de séjour (...) pour motif médical (...) d'apprécier les circonstances de l'espèce au regard de la situation sanitaire et sociale du pays de destination mais aussi au regard des conséquences de la mesure d'éloignement sur la santé de l'intéressé » ;(Voyez CE, n°82.698 du 5 octobre 1998) ; Qu'il importe, à cet égard, d'insister sur le fait qu'« il incombe à l'administration de rencontrer « de manière adéquate et satisfaisante », les aspects particuliers de la situation de l'étranger malade. Le degré de cette exigence est plus élevé lorsque l'état de santé de l'étranger a été évalué par un médecin spécialiste. (voyez CE n°73.013 du 7 avril 1998) Il incombe à l'autorité de procéder à un examen « approfondi » de la situation du malade, le cas échéant en s'entourant de l'avis d'un expert. L'avis rendu par le médecin désigné par la partie adverse doit aborder les particularités du cas du malade qu'il a la charge d'examiner.(CE, n°66.703 du 10 juin 1997). Lorsque le médecin de l'administration s'écarte des conclusions de ses confrères, il doit en indiquer les raisons (CE, n°67.391 du 3 juillet 1997) » (L.LEJEUNE ET F.MATHY, La Jurisprudence du Conseil d'Etat au contentieux médical des étrangers », R.D.E,2002, n°119, p.396) Qu'en opérant une erreur manifeste d'appréciation, la partie adverse expose le requérant à un risque de traitement inhumain et dégradant et se rend coupable d'une violation de l'article 3 de la Convention de Sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi que d'une atteinte au droit subjectif de l'intéressé à la santé, garanti par l'article 23 de la Constitution ; Que, partant, ce moyen est fondé ».

#### 4. Discussion

4.1. Le Conseil rappelle, à titre liminaire, que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, à laquelle il se rallie, 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 (cf. notamment, C.E., arrêt n° 164.482 du 8 novembre 2006).

Le Conseil observe que la partie requérante s'abstient d'expliquer, dans son unique moyen, de quelle manière la partie défenderesse aurait violé le principe de précaution, le principe « *Audi Alteram Partem* » et l'article 7 de l'Arrêté Royal du 17 mai 2007 fixant des modalités d'exécution de la loi du 15 septembre 2006 modifiant la Loi.

Il en résulte que le moyen unique est irrecevable en ce qu'il est pris de la violation des principes et de l'article précités.

4.2. Sur les deux branches réunies du moyen unique pris, le Conseil rappelle qu'aux termes de l'article 9 *ter*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Loi, « *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 1<sup>er</sup>, 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* ».

Le Conseil relève ensuite qu'il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 *ter* précité dans la Loi, 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 9 *ter* précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « *appropriés* » à la pathologie concernée, mais également « *suffisamment accessibles* » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

Le Conseil soulève enfin que l'obligation de motivation à laquelle est tenue l'autorité administrative doit permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles se fonde celle-ci, sans que l'autorité ne soit toutefois tenue d'expliciter 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. Quant à ce contrôle, le Conseil rappelle en outre que, dans le cadre du contrôle de légalité, il n'est pas compétent pour substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative qui a pris la décision attaquée. Ce contrôle doit se limiter à vérifier si cette autorité n'a pas tenu pour établis des faits qui ne ressortent pas du dossier administratif et si elle a donné desdits faits, dans la motivation tant matérielle que formelle de sa décision, une interprétation qui ne procède pas d'une erreur manifeste d'appréciation (cf. dans le même sens: C.E., 6 juil. 2005, n°147.344; C.E., 7 déc. 2001, n°101.624).

4.3. En l'espèce, le Conseil constate que la première décision attaquée est fondée sur un rapport du 9 mai 2016 établi par le médecin-conseil de la partie défenderesse dont il ressort, en substance, que le requérant souffre d'une pathologie pour laquelle le traitement médicamenteux et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine. A titre de précision, le Conseil relève qu'il est inutile de s'attarder sur la question de savoir si le médecin-conseil de la partie défenderesse a constaté à tort

ou non que la pathologie du requérant était en rémission dès lors qu'il a en tout état de cause examiné la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi requis au pays d'origine au vu du caractère disséminé de l'affection.

4.4. Quant à la capacité de voyager du requérant, le Conseil remarque qu'il ressort du dernier document médical fourni à l'appui de la demande, à savoir le certificat médical circonstancié daté du 8 avril 2016, que le requérant peut voyager physiquement vers son pays d'origine. Ainsi, il ne peut nullement être reproché au médecin-conseil de la partie défenderesse d'avoir indiqué dans son avis médical que « *Capacité de voyager Les pathologies invoquées ne constituent pas des contre-indications médicales à voyager vers le pays d'origine* ».

4.5. S'agissant du grief selon lequel le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a pas explicité les raisons pour lesquelles il s'est écarté de son confrère spécialiste, outre le fait que le Docteur [J.Z.] et le Docteur [F.E.K.] sont généralistes et non spécialistes, le Conseil remarque en tout état de cause que le médecin-conseil précité a justifié en substance la disponibilité et l'accessibilité des soins et du suivi nécessaires au pays d'origine (*cf. infra*). De plus, quant à la capacité de voyager du requérant, le Conseil se réfère au point 4.4. du présent arrêt.

4.6. A propos du reproche émis à l'encontre du médecin-conseil de la partie défenderesse de ne pas avoir examiné le requérant, le Conseil précise que ce médecin-conseil donne un avis sur l'état de santé du demandeur, sur la base des documents médicaux produits à l'appui de la demande, dans le respect de la procédure fixée par la loi, et rappelle que ni l'article 9 *ter* de la Loi, ni les arrêtés d'application de cette disposition, n'imposent à la partie défenderesse ou à son médecin-conseil de rencontrer ou d'examiner l'étranger. De plus, le Conseil remarque que par un courrier daté du 25 mars 2016, la partie défenderesse a demandé au requérant, par l'intermédiaire de son conseil, de compléter sa demande afin de pouvoir émettre un avis médical complet et objectif. D'ailleurs, le Conseil observe que le certificat médical circonstancié daté du 8 avril 2016 et envoyé suite à ce courrier mentionne que le requérant peut voyager physiquement vers son pays d'origine.

4.7. Concernant la disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a relevé que « *Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) : 1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI montrent la disponibilité du suivi (pneumologues, services de radiographie et de biologie, des hôpitaux) : requête MedCOI du 18.05.2015 portant le numéro de référence unique BMA 6400 ; 2. Le traitement symptomatique, bien que non essentiel, (Paracétamol, Codéine ou Morphine, antalgiques opioïdes équivalents thérapeutiques de Tramadol, Metoclopramide, antinauséeux équivalent thérapeutique de Domperidone, Oméprazole, IPP équivalent thérapeutique de Pantoprazole, sels de fer, Diazepam, Benzodiazépine, équivalent thérapeutique de Lorazépam, Thiamine, Ergocalciferol, vitamine D équivalent thérapeutique de Colecalciferol) et tuberculostatique, bien que terminé, (Ethambutol, Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide + Pyridoxine) est disponible sur la liste des médicaments essentiels du Pakistan. La lettre d'information présentant le point de vue de de l'OMS du 04 juin 2002 sur des questions touchant au secteur pharmaceutique concernant la sélection des médicaments essentiels est jointe au dossier. Sur base des informations, nous pouvons conclure que le suivi et le traitement sont disponibles au Pakistan* », ce qui ne fait l'objet d'aucune critique concrète. A titre de précision, le Conseil souligne que les pages des deux sites Internet figurant en notes 3 et 4 de bas de page de l'avis du médecin-conseil de la partie défenderesse sont reprises au dossier administratif et que le Conseil, y ayant accès, aurait donc pu exercer son contrôle de légalité à cet égard.

4.8. Relativement à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, le médecin-conseil de la partie défenderesse a indiqué que « *Quant à l'accessibilité des soins au Pakistan, les assurances-maladies sont généralement fournies par les employeurs. Allianz Efu fait exception à la règle. Cette société propose des soins hospitaliers par le biais de la police d'assurance Healthline. Healthline est un plan d'hospitalisation pour les particuliers et leur famille qui peut également couvrir une partie des soins ambulatoires. Healthline a pour but d'offrir un accès aux soins dans un vaste réseau national d'hôpitaux soigneusement sélectionnés pour assurer des soins de qualité et à crédit en cas d'hospitalisation. Des soins peuvent également être obtenus au sein d'établissements publics moyennant le paiement d'un ticket modérateur d'environ 0.08 euros (10 PKR). Les analyses médicales, les analyses de sang et les médicaments sont en outre gratuits pour les patients hospitalisés dans tous les établissements publics. De plus, un grand nombre d'O.N.G. et d'organismes publics fournissent des services de soins de santé aux personnes vulnérables. Soulignons qu'aucun élément du dossier du requérant, qui est en âge de*

travailler, ne démontre qu'il serait exclu du marché de l'emploi dans le pays d'origine ou qu'il serait dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle lui permettant de subvenir à ses besoins et bénéficier d'une assurance-maladie dans le cadre de ce travail ou de souscrire à une assurance privée comme celle précitée. Notons qu'il ressort de sa demande d'asile qu'il a travaillé comme comptable dans l'entreprise de son père et comme agriculteur. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait pas exercer à nouveau l'une ou l'autre de ces activités. En outre, il ressort également de ces déclarations que ses parents, son frère et sa soeur sont présents au pays d'origine. Rien ne démontre dès lors qu'il ne pourrait obtenir une aide financière ou autre auprès de ceux-ci en cas de nécessité. Précisons que ces informations doivent être considérées comme étant crédibles puisqu'elles ont été données par le requérant aux autorités belges compétentes en vue de la reconnaissance comme réfugié. Par ailleurs, le requérant apporte un « rapport sur la situation sanitaire au Pakistan » (pièce 3) en vue de démontrer des difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine. Soulignons que ce document décrit une situation générale et ne vise pas personnellement le requérant (Conseil du Contentieux des Etrangers n°23.040 du 16.02.2009). En outre, l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (Conseil du Contentieux des Etrangers n°23.771 du 26.02.2009). Rappelons également 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 Askarow/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Enfin, 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 au requérant (Arrêt du CCE n° 81574 du 23 mai 2013). Par conséquent, les soins sont accessibles dans le pays d'origine », ce qui ne fait l'objet d'aucune contestation utile.

Le raisonnement du médecin-attaché de la partie défenderesse repose donc sur des éléments distincts, à savoir : les assurances-maladies, Allianz Efu, les établissements publics, les O.N.G. et organismes publics, la capacité de travailler du requérant et la possibilité d'obtenir une aide financière de sa famille.

Le Conseil souligne que la circonstance que le requérant a de la famille dans son pays d'origine susceptible de lui venir en aide en cas de nécessité ne peut suffire à permettre d'apprécier si le traitement et le suivi requis à sa pathologie lui sont effectivement accessibles au Pakistan. Toutefois, le reste des éléments reproduits ci-avant suffit à justifier l'accessibilité des soins et du suivi nécessaires au requérant au pays d'origine. Le Conseil observe en effet que la partie requérante ne critique pas concrètement les divers systèmes précités et qu'il ne résulte nullement expressément de la demande et des éléments fournis à l'appui de celle-ci que le requérant est en incapacité de travailler. Enfin, le Conseil relève que le médecin-conseil de la partie défenderesse n'a aucunement fait mention du système du Ramed.

Quant aux divers rapports et articles fournis à l'appui de la demande, le Conseil constate que le médecin-conseil de la partie défenderesse a valablement indiqué que « Par ailleurs, le requérant apporte un « rapport sur la situation sanitaire au Pakistan » (pièce 3) en vue de démontrer des difficultés d'accès aux soins dans le pays d'origine. Soulignons que ce document décrit une situation générale et ne vise pas personnellement le requérant (Conseil du Contentieux des Etrangers n°23.040 du 16.02.2009). En outre, l'intéressé ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à cette situation générale et n'étaye en rien ses allégations de sorte que cet argument ne peut être retenu (Conseil du Contentieux des Etrangers n°23.771 du 26.02.2009) », ce qui ne fait l'objet d'aucune remise en cause concrète, la partie requérante se contentant de reproduire les extraits de ces rapports et articles. Pour le surplus, le Conseil souligne que l'étude menée par [A.L.] et les rapports de Médecin sans Frontière et de la Commission Européenne n'ont pas été invoqués en temps utile à l'appui de la demande auprès de la partie défenderesse et qu'il ne peut donc en tout état de cause être reproché à cette dernière de ne pas en avoir tenu compte en vertu du principe de légalité.

4.9. Quant à l'invocation de la violation de l'article 3 de la CEDH, le Conseil relève qu'en l'espèce, la partie défenderesse a déclaré non-fondée la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 *ter* de la Loi au terme d'un examen aussi rigoureux que possible des éléments de la cause, et a, de ce fait, examiné les problèmes de santé du requérant sous l'angle du risque réel de traitement inhumain et dégradant. Le Conseil souligne enfin que l'aspect du moyen se rattachant à l'article 23 de la

Constitution n'appelle pas de réponse spécifique dès lors que la partie requérante ne formule pas, en termes de requête, de développement différencié par rapport à l'article 3 de la CEDH qui a été examiné ci-avant.

4.10. Au vu de ce qui précède, le Conseil estime que le médecin-conseil de la partie défenderesse a pu conclure que le requérant est capable de voyager et que le traitement médicamenteux et le suivi nécessaires sont disponibles et accessibles au pays d'origine. En outre, rien dans les éléments médicaux fournis à l'appui de la demande ne fait état d'une aggravation de la maladie en cas de retour au Pakistan dans de telles circonstances. En conséquence, la partie défenderesse a pu, en référence à l'avis de ce médecin, rejeter la demande du requérant, sans violer les articles et principes visés au moyen ni commettre une erreur manifeste d'appréciation.

4.11. Au sujet de l'ordre de quitter le territoire querellé, il s'impose de constater que celui-ci est motivé à suffisance en fait et en droit par la constatation que « *En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : - L'intéressé n'est pas en possession d'un visa valable* », laquelle se vérifie au dossier administratif et ne fait l'objet d'aucune remise en cause.

4.12. Les deux branches réunies du moyen unique pris ne sont pas fondées.

## **5. Débats succincts**

5.1. 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.

5.2. 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 vingt-neuf octobre deux mille vingt par :

Mme C. DE WREEDE, président f.f., juge au contentieux des étrangers,

Mme S. DANDOUY, greffier assumé,

Le greffier,

Le président,

S. DANDOUY

C. DE WREEDE