



## Arrêt

**n° 207 275 du 26 juillet 2018  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître V. HENRION  
Place de l'Université 16/4<sup>ème</sup> étage  
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration,  
chargé de la Simplification administrative**

---

### **LA PRÉSIDENTE DE LA VII<sup>e</sup> CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 4 janvier 2018, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à l'annulation d'une décision déclarant une demande d'autorisation de séjour non fondée, prise le 20 novembre 2017.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 29 mars 2018 convoquant les parties à l'audience du 26 avril 2018.

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

Entendu, en leurs observations, Me G. GASPART *loco* Me V. HENRION, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me P. HUYBRECHTS *loco* Me F. MOTULSKY, avocat, qui comparaît pour la partie défenderesse.

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

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

1.1. Le 3 novembre 2015, la requérante a sollicité l'asile auprès des autorités belges.

Cette procédure s'est clôturée, négativement, aux termes d'un arrêt n° 196 600, prononcé le 14 décembre 2017, par lequel le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a refusé de lui reconnaître la qualité de réfugié et de lui octroyer le statut de protection subsidiaire.

1.2. Le 19 mai 2017, la requérante a introduit une demande d'autorisation de séjour de plus de trois mois, sur la base de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après : la loi du 15 décembre 1980), laquelle a été déclarée recevable, le 3 octobre 2017.

1.3. Le 20 novembre 2017, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée. Cette décision, qui lui a été notifiée, le 6 décembre 2017, constitue l'acte attaqué et est motivée comme suit :

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

*[La requérante], de nationalité Congo (Rép. dém.), 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'intéressée et, si nécessaire, pour l'appréciation des possibilités de traitement au pays d'origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le Congo (RDC), pays d'origine de la requérante.*

*Dans son avis médical remis le 14.11.2017, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l'OE affirme que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays d'origine.*

*Du point de vue médical, estime-t-il, l'affection dont souffre l'intéressée, n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant vu que le traitement est disponible et accessible en République Démocratique du Congo.*

*Du point de vue médical, conclu-t-il, il n'y a pas de contre-indication au retour au pays d'origine.*

*Le traitement est donc disponible et accessible au pays d'origine.*

*Dès lors,*

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

*2) il n'apparaît pas que l'intéressée 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 elle séjourne.*

*Par conséquent, il n'existe pas de preuve qu'un retour au pays d'origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni à l'article 3 CEDH.*

*Par ailleurs, le conseil l'intéressée invoque la situation au pays d'origine (la République Démocratique du Congo), en s'appuyant sur le rapport du site RFI qui fait état du dysfonctionnement du système sanitaire du Congo, du manque des structures de santé appropriées à l'état de santé de la requérante et du manque du traitement adéquat.*

*Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'une requérante dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 d[é]cembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Müslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant en République Démocratique du Congo. En espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et*

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

*Enfin, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire (Cour Eur. D.H., arrêt N.c. c. Royaume-Unis, § 44, [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int)) ».*

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

2.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 9ter, 13 et 62 de la loi du 15 décembre 1980, des articles 1 à 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après : la CEDH), les articles 123 et 124 du Code de déontologie médicale, et « des principes de bonne administration, dont le devoir de minutie, le principe de confiance légitime, d'interdiction de l'arbitraire et de la sécurité juridique », ainsi que de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.2. Après un rappel de diverses considérations théoriques, la partie requérante fait valoir, à l'appui d'une première branche, que « Le traitement dont a absolument besoin la requérante est accessible et disponible en Belgique. L'état de santé de la requérante est régulièrement contrôlé par ses médecins et grâce aux analyses qui sont effectuées en Belgique depuis son arrivée, elle est parfaitement prise en charge. Les certificats médicaux sont éloquents. Les certificats médicaux stipulent bien que l'infection par le VIH reste extrêmement grave car elle est mortelle sans traitement. Il y est précisé que la patiente doit continuer ses médicaments, à vie. Des contrôles cliniques et biologiques sont nécessaires et indispensables chaque trimestre. Il faut des contrôles réguliers en centre spécialisé. Il n'est pas contestable que la requérante souffre toujours d'une affection qui a encore été considérée il y quelques mois (recevabilité) par la partie adverse comme constituant un risque de traitement inhumain ou dégradant ou un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique de la requérante. La partie adverse viole ainsi son obligation de motivation formelle et commet une erreur manifeste d'appréciation. De plus, en posant un tel consta[t] et en considérant que la requérante « peut voyager », qu'il n'y a pas de contre-indications à un retour au pays d'origine alors même que la requérante est affaiblie en raison de son état de santé, la partie défenderesse commet une erreur manifeste d'appréciation »

2.3. A l'appui d'une troisième, en réalité deuxième branche, critiquant le constat de la disponibilité et l'accessibilité des traitements et suivis requis, la partie requérante soutient que « L'Office des étrangers, et son médecin conseil, se sont bornés à une analyse théorique, par ailleurs inadéquat[e], sans aucunement tenir compte des particularités de la requérante. [...] Tout d'abord, s'agissant de la disponibilité, l'avis du médecin conseil ne permet pas de comprendre dans quelle mesure les suivis médicaux seraient effectivement disponibles dans le pays d'origine de la requérante. Il convient de constater qu'en Belgique la requérante a nécessairement besoin des suivis médicaux sérieux et des contrôles régulièrement effectués par les médecins de confiance. La décision querellée ne dit rien quant au suivi particulier que doit avoir la requérante, il se borne simplement à dire que le suivi peut avoir lieu en RDC. Il est par ailleurs manifeste que les soins ne sont pas accessibles pour la requérante. Il n'y a pas de mutuelle en RDC, pas de prise en charge. Par ailleurs, il n'est pas du tout indiqué si les médicaments pris par la requérante existent et sont gratuits. Aucune précision concrète quant à ce. Tant dans le cadre de l'article 3 CEDH que 9ter de la loi de 1980, la situation de la requérante doit s'apprécier *in concreto* afin de s'assurer d'un accès effectif aux soins nécessaires. Ce n'est manifestement pas le cas. Les dispositions visées au moyen se voient manifestement violées à maints égards. En tout état de cause, le retour de la requérante en RDC serait

contraire à l'article 3 de la CEDH en raison d'une combinaison des facteurs sociaux et médicaux. En effet, les rapports consultés par l'Office des étrangers n'offrent aucune garantie de prise en charge des soins dont a besoin la requérante. Aucune information pour la couverture des soins dont la requérante a besoin. Au contraire, il est indiqué qu'il faut entrer dans des conditions. Il n'est nullement précisé de quelles conditions il s'agit. Quid si la requérante ne répond pas aux conditions ? Son médecin a indiqué pourtant que le traitement est indispensable et est à vie. La partie adverse démontre ainsi avoir nié la situation personnelle et concrète de la requérante ».

2.4. Dans ce qui peut être lu comme une troisième branche, la partie requérante soutient que « La manière dont l'avis du médecin conseil est rédigé viole le code de déontologie médicale (à jour au 26 novembre 2012). Ce code s'applique au médecin-conseil de l'Office et est contraignant. Il ne peut émettre un avis qu'en ayant respecté ce code. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce de sorte que la décision ne peut se fonder sur l'avis du médecin. Elle viole donc à la fois l'article 9 ter mais également l'obligation de motivation adéquate » et que les articles 123 et 124 du Code de déontologie médicale ont été méconnus, dès lors qu'« En l'espèce, la requérante n'a ni été contactée par le médecin-conseil, ni rencontrée par lui ».

### **3. Discussion.**

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

Or, la partie requérante s'abstient d'expliquer dans son moyen en quoi l'acte attaqué violerait l'article 13 de la loi du 15 décembre 1980, et les « principes de bonne administration, dont le devoir de minutie, le principe de confiance légitime, d'interdiction de l'arbitraire et de la sécurité juridique ». Il en résulte que ce moyen est irrecevable en ce qu'il est pris de cette disposition et de ces principes.

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

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

*le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».*

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le « *traitement adéquat* » mentionné dans cette disposition vise « *un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour* », et que l'examen de cette question doit se faire « *au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur* ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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

3.3.1. En l'espèce, la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.2., faisait état des éléments suivants : « [La requérante] souffre de l'infection du VIH stade A2, diagnostiquée en mai 2015. Son état psychologique est perturbé suite à des agressions sexuelles subies. Elle doit consulter en médecin[e] interne une fois tous les 3-4 mois en fonction de l'évolution. Elle a un traitement à vie. Elle ne peut que prendre de[s] antirétroviraux pour se soigner. Il n'y a pas d'alternative. Les complications peuvent être une évolution vers une maladie opportuniste et des effets secondaires. A ce jour, l'état de la patiente est stable. Elle ne peut pas guérir. Elle a besoin de son traitement. Il lui est indispensable. Le pronostic sans traitement est défavorable. Il y aurait une détérioration de l'immunité et une évolution vers le stade SIDA avec des maladies opportunistes et donc un risque de décès. Les soins au pays n'existent pas et les structures médicales dont a besoin [la requérante] n'existent pas au pays. Le système médical en RDC est tel que [la requérante] ne pourrait bénéficier d'un traitement adéquat pour ses problèmes de santé. Les moyens mis à la disposition du système de santé en RDC, l'accès aux soins de santé de base ou aux soins spécialisés sont extrêmement limités. Par ailleurs, il existe véritablement un dysfonctionnement dans le système des soins de santé en RDC mettant gravement en péril la santé des personnes. Les soins médicaux en RDC ne sont donc pas adéquats comme le confirme le rapport joint en annexe. [La requérante] nécessite

impérativement un suivi médical en Belgique ; il est par ailleurs important que le suivi médical puisse avoir lieu sans discontinuité avec son médecin de confiance ».

La requérante a en outre produit un certificat médical type et une attestation médicale circonstanciée, tous deux établis le 26 avril 2017, dont il ressort qu'elle souffre, notamment, d'une « Infection HIV diagnostiquée en mai 2015 ; stade A<sub>2</sub> », pour laquelle suit un traitement médicamenteux « A vie » composé de « TRIUMEQ », lequel peut être remplacé par d'autres antirétroviraux, qui nécessite un examen biologique tous les trois ou quatre mois en fonction de l'évolution et une consultation en médecine interne (infectiologie), une fois tous les trois ou quatre mois en fonction de l'évolution. Ces pièces médicales précisent qu'en cas d'arrêt du traitement, la pathologie évoluera « vers un stade sida avec infections opportunistes (toxoplasmose cérébrale, lymphome ...) et risque de décès ». L'attestation médicale circonstanciée indique par ailleurs que la requérante peut voyager vers son pays d'origine.

Enfin, dans sa demande, la requérante renvoie à l'enregistrement audio d'une interview qui s'est déroulée, le 1<sup>er</sup> décembre 2014, au cours de laquelle la coordinatrice de Médecin Sans Frontières (ci-après : MSF) à Kinshasa s'est exprimée à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, sur les antennes de Radio France Internationale, dont voici la retranscription libre :

« Question : 12 ans environ que MSF travaille dans la lutte contre le Sida en République démocratique du Congo (ci-après : RDC). 12 ans après quel bilan est-ce que vous faites ?

Réponse : Bilan extrêmement mitigé. On a 7000 patients que nous suivons à travers notre centre hospitalier à Kinshasa et vraiment les patients qui arrivent son[t] dans des stades extrêmement élevés de la maladie justement parce que l'accès au dépistage, l'accès au traitement en RDC sont catastrophiques et on parle vraiment d'urgence ignorée.

Question : Comment ça « urgence ignorée » ? Qu'est-ce que vous voulez dire ?

Réponse : Parce que même si on est dans un pays à basse prévalence, c'est-à-dire là où soi-disant seulement 1,2% de la population est atteinte du VIH-sida, il y a une population qui est très importante et donc on a presque ½ million de personnes qui sont atteintes du VIH et surtout, sur les 440 000 personnes qui sont estimées être atteintes du VIH, 360 000, soit plus de 80%, n'ont pas accès au dépistage et au traitement. [...] C'est absolument inacceptable qu'on se retrouve avec des gens aussi malades alors qu'il y a le dépistage, alors qu'il y a le traitement.

Question : Comment s'explique cette situation ?

Réponse : [...] Il y a des barrières très importantes au traitement, notamment des barrières financières. Le dépistage et la prise en charge doivent être gratuits. Il y a une loi sur la gratuité du traitement au VIH, mais ce n'est pas du tout la réalité sur le terrain. [...] [E]n RDC les soins de santé sont payants et donc les personnes qui ont le VIH et qui vont dans un centre de santé. Et bien d'abord, on va leur faire payer la fiche d'inscription, donc ça c'est minimum 3 dollars. Ensuite on va leur faire payer la consultation médicale qui est entre 5 et 10 dollars. Et puis ensuite bien que le test de dépistage pour le VIH soit gratuit, souvent ce qui arrive c'est que les médecins vont proposer toute une batterie de tests qui sont payants parce que finalement ces centres de santé ne sont pas assez financés et donc ils récoltent des fonds comme ils peuvent et ils récoltent des fonds aux dépens des patients. Donc finalement ce système de santé, qui est sous financé, devient prédateur auprès des patients et ces patients se retrouvent complètement dépouillés.

Question : Mais du coup ce que vous dites, c'est que c'est illégal de faire payer les patients ? C'est un système de racket médical qui est en place ?

Réponse : Ce qu'on dit c'est que bien que le test lui-même de dépistage, bien que les ARV eux-mêmes soient gratuits, et ça la plupart des gens respectent ça, la réalité c'est qu'il y a d'autres coûts autour de ce dépistage et autour de ce traitement qui ne sont pas gratuits et qui empêchent la réelle gratuité pour les patients pour le HIV.

Question : Qu'est-ce qu'il faut faire selon vous pour que ça change ?

Réponse : Pour qu'il y ait un dépistage qui soit fait à temps, pour que les personnes vivant avec le VIH se fassent dépister et traiter, il faudrait que les soins soient gratuits tout simplement de A à Z. [...] Il faut que le système de santé soit davantage financé, mais surtout il faut casser ces barrières financières au dépistage et au traitement.

Question : Comment expliquer que l'Etat mette si peu d'argent dans cette lutte contre le sida ? Est-ce que ça lui est égal ?

Réponse : Il y a des signes très positifs qui sont envoyés par le gouvernement. Ils ont pris de grands engagements pour le financement [...]. Mais ce qu'on voit c'est que ces engagements ne se concrétisent pas. Donc il faut faire en sorte que, premièrement, d'un point de vue de priorisation, ces sous soient alloués, ça commence à être le cas maintenant. Mais il faut aussi que ces sous soient débloqués et ça c'est pas toujours évident. Parfois il y a des lignes budgétaires qui sont allouées mais l'argent n'est tout simplement pas débloqué. Et ensuite, ce qu'il faut faire, c'est faire en sorte que ces financements vont pour traiter les patients. Ce qu'on voit beaucoup ici : il y a beaucoup de réunions, d'ateliers, qui sont organisés, beaucoup de financements du gouvernement qui sont utilisés pour ça. Maintenant ce qu'on fait c'est qu'on essaie de travailler pour que ces financements aillent pour le traitement des patients [...]. ».

L'acte attaqué est fondé sur un avis médical, établi par le fonctionnaire médecin, le 14 novembre 2017, sur la base des éléments médicaux, produits par la requérante, lequel fait état des éléments suivants :

« Histoire Clinique et certificats médicaux versés au dossier

26.04.2017 : certificats médicaux avec cachet partiellement lisible provenant d'un médecin généraliste : infection par le HIV diagnostiquée au stade A2 en mai 2015. Etat psychologique fragile. Le traitement se compose de triumeq®. Un suivi biologique et en consultation de médecine interne est nécessaire.

Pathologie active actuelle

Infection par le virus d'immunodéficience humaine.

Traitement actif actuel

Triumeq® (dolutegravir - inhibiteur d'intégrase, abacavir - inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, lamivudine - inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse = antirétroviraux)

Suivi en médecine interne et biologique.

Notons que l'état psychologique est déclaré fragile mais qu'aucun suivi psychologique n'est démontré.

Capacité de voyager

Aucune contre-indication médicale à voyager.

Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Les sources suivantes ont été utilisées (ces informations ont été ajoutées au dossier administratif de l'intéressé) :

Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI :

Requête Medcoi du 24.11.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8863

Cette requête démontre la disponibilité de l'abacavir, de la lamivudine, de l'emtricitabine (inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse) et du tenofovir (inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse) comme antirétroviraux en République Démocratique du Congo. L'emtricitabine ou le tenofovir peuvent remplacer le dolutegravir dans une trithérapie antirétrovirale classique. Il n'est démontré ici aucune résistance ou intolérance aux antirétroviraux.

Le suivi en médecine interne, spécialisé pour le HIV et biologique (charge, virale et taux de CD4) est possible en République Démocratique du Congo.

Sur base de ces informations, nous pouvons conclure que les soins sont disponibles en République Démocratique du Congo.

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

Pour ce qui est de l'accessibilité aux soins en République Démocratique du Congo, signalons que ce pays a lancé un Plan Stratégique National de lutte contre le VIH... 2014-2017 qui est structuré autour de trois axes dont la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et la promotion d'un environnement favorable aux personnes vivant avec le VIH et personnes affectées.

([http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/democratic\\_republic\\_of\\_congo/plan\\_strategique\\_national\\_2014-2017.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/plan_strategique_national_2014-2017.pdf)).

Les traitements antirétroviraux de première ligne et de deuxième ligne sont gratuits au Congo. Selon le médecin-conseil de plusieurs ambassades occidentales en RDC, une personne vivant avec le VIH peut être traitée et suivie convenablement à vie à Kinshasa, même si cette personne ne dispose que de peu de moyens.

(<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/herkunftslander/afrika/cod/COD-med-lage-f.pdf>).

Signalons également l'existence de Médecins Sans Frontières (MSF), sur le territoire congolais avec le projet de prise en charge des personnes affectées par le virus. En octobre 2003, MSF est la première organisation à mettre des patients gratuitement sous traitement antirétroviral en RDC. Par ses programmes d'appui aux soins de santé et à travers son projet sida à Kinshasa, les équipes prennent en charge plus de 5 000 patients dans 6 provinces, soit plus de 10% du nombre de personnes mises sous ARV en RDC et 20% dans la capitale congolaise.

<https://www.msf.fr/presse/communiques/85-malades-sida-privés-traitement-en-rdc>).

Madame peut donc rentrer pour bénéficier de services qui sont offerts par les mutualités et ce programme

Remarquons aussi que l'intéressée a vécu plus longtemps dans son pays avant de venir sur le territoire belge.

Rien ne prouve qu'elle n'ait pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin. En plus, l'intéressée affirme avoir bénéficié de l'aide d'une tierce personne pour quitter son pays d'origine, prendre l'avion et arriver sur le territoire belge (Cfr. Sa demande d'asile du 04.11.2015). Remarquons que l'intéressée affirme également avoir exercé la profession de vendeuse dans son pays d'origine, étant donné que rien au dossier ne prouve qu'elle serait incapable d'exercer une activité professionnelle du genre, la requérante, étant en âge de travailler, peut rentrer dans son pays et reprendre ses activités professionnelles et financer ainsi ses soins médicaux. L'intéressée reconnaît aussi avoir de la famille au Congo (sa mère), rien ne prouve que cette famille ne pourrait pas lui venir en aide en cas de nécessité (Cfr. Sa demande d'asile du 04.11.2015).

Par ailleurs, le conseil l'intéressée invoque la situation au pays d'origine (la République Démocratique du Congo), en s'appuyant sur le rapport du site RFI qui fait état du dysfonctionnement du système sanitaire du Congo, du manque des structures de santé appropriées à l'état de santé de la requérante et du manque du traitement adéquat.

Notons toutefois que la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'une requérante dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012. Notons que cet élément a un caractère général et ne vise pas personnellement la requérante (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En effet, la requérante se trouverait dans une situation identique à celle des autres personnes atteintes par cette maladie vivant en République Démocratique du Congo. En l'espèce, la requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation-générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.77-1 du 26.02.2009).

Enfin, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. »

#### Conclusion

Le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays d'origine.

Du point de vue médical, nous pouvons conclure qu'une infection par le virus d'immunodéficience humaine n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible en République Démocratique du Congo.

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

3.3.2. La motivation de l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas utilement contestée par la partie requérante. En effet, celle-ci ne peut être suivie en ce qu'elle avance que « l'avis du médecin conseil ne permet pas de comprendre dans quelle mesure les suivis médicaux seraient effectivement disponibles dans le pays d'origine de la requérante. [...] La décision querellée ne dit rien quant au suivi particulier que doit avoir la requérante, il se borne simplement à dire que le suivi peut avoir lieu en RDC ». Le fonctionnaire médecin s'est en effet référé aux informations découlant de la « *Requête Medcoi du 24.11.2016 portant le numéro de référence unique BMA 8863* ». Le Conseil observe, à la lecture de ce document, que le fonctionnaire médecin a pu valablement constater que « Cette requête démontre la disponibilité de l'abacavir, de la lamivudine, de l'emtricitabine (inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse) et du tenofovir (inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse) comme antirétroviraux en République Démocratique du Congo. L'emtricitabine ou le tenofovir peuvent remplacer le dolutegravir dans une trithérapie antirétrovirale classique. Il n'est démontré ici aucune résistance ou intolérance aux antirétroviraux. Le suivi en médecine interne, spécialisé pour le HIV et

*biologique (charge, virale et taux de CD4) est possible en République Démocratique du Congo ».*

La disponibilité des traitements et soins nécessaires à la requérante peut également être déduite des informations communiquées par la coordinatrice de MSF à Kinshasa dans l'interview retranscrite au point précédent.

Ainsi, en considérant que « *Le suivi en médecine interne, spécialisé pour le HIV et biologique (charge, virale et taux de CD4) est possible en République Démocratique du Congo* », le fonctionnaire médecin a, contrairement à ce que tente de démontrer la partie requérante, valablement constaté que « le suivi particulier que doit avoir la requérante » est disponible dans son pays d'origine.

3.3.3. Quant aux griefs formulés à l'égard de la motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, relative à l'accessibilité des soins et suivis requis au pays d'origine, le Conseil observe, en toute hypothèse, que celui-ci est, notamment, fondé sur le constat que « *l'intéressée a vécu plus longtemps dans son pays avant de venir sur le territoire belge. Rien ne prouve qu'elle n'ait pas tissé des relations sociales susceptibles de lui venir en aide en cas de besoin. En plus, l'intéressée affirme avoir bénéficié de l'aide d'une tierce personne pour quitter son pays d'origine, prendre l'avion et arriver sur le territoire belge (Cfr. Sa demande d'asile du 04.11.2015). Remarquons que l'intéressée affirme également avoir exercé la profession de vendeuse dans son pays d'origine, étant donné que rien au dossier ne prouve qu'elle serait incapable d'exercer une activité professionnelle du genre, la requérante, étant en âge de travailler, peut rentrer dans son pays et reprendre ses activités professionnelles et financer ainsi ses soins médicaux. L'intéressée reconnaît aussi avoir de la famille au Congo (sa mère), rien ne prouve que cette famille ne pourrait pas lui venir en aide en cas de nécessité (Cfr. Sa demande d'asile du 04.11.2015)* », motif qui n'est pas contesté par la partie requérante. La contestation par la partie requérante des autres éléments de la motivation relative à l'accessibilité des soins et suivis requis au pays d'origine, ne peut dès lors suffire à démontrer l'illégalité de l'acte attaqué, à cet égard.

En outre, la requérante étant restée en défaut de démontrer son incapacité financière, et qu'elle ne pourra bénéficier de la couverture d'une mutuelle, le reproche fait à la partie défenderesse de ne pas établir concrètement dans quelle mesure, et à quelles conditions la requérante pourra bénéficier d'une telle couverture, n'est pas de nature à contredire ce constat.

3.3.4. Quant à la violation alléguée de l'article 3 de la CEDH, la Cour européenne des Droits de l'Homme a établi, de façon constante, que « [I]es non-nationaux qui sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance et des services médicaux, sociaux ou autres fournis par l'Etat qui expulse. Le fait qu'en cas d'expulsion de l'Etat contractant, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3. La décision d'expulser un étranger atteint d'une maladie physique ou mentale grave vers un pays où les moyens de traiter cette maladie sont inférieurs à ceux disponibles dans l'Etat contractant est susceptible de soulever une question sous l'angle de l'article 3, mais seulement dans des cas très exceptionnels, lorsque les considérations humanitaires militant contre l'expulsion sont impérieuses », et que « [I]es progrès de la médecine et les différences socio-économiques entre les pays font que le niveau de traitement disponible dans l'Etat

contractant et celui existant dans le pays d'origine peuvent varier considérablement. Si la Cour, compte tenu de l'importance fondamentale que revêt l'article 3 dans le système de la Convention, doit continuer de se ménager une certaine souplesse afin d'empêcher l'expulsion dans des cas très exceptionnels, l'article 3 ne fait pas obligation à l'Etat contractant de pallier lesdites disparités en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. Conclure le contraire ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (CEDH, 27 mai 2008, N. c. Royaume-Unis, §§42-45).

En l'occurrence, il résulte des considérations émises ci-avant que la partie requérante reste en défaut d'établir les considérations humanitaires impérieuses requises.

Le moyen est donc inopérant, en ce qu'il est pris de la violation de l'article 3 de la CEDH.

3.3.5. Ainsi, il résulte des considérations qui précèdent que les constats selon lesquels « *Le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique car les soins médicaux requis existent au pays d'origine. Du point de vue médical, nous pouvons conclure qu'une infection par le virus d'immunodéficience humaine n'entraîne pas un risque réel de traitement inhumain ou dégradant car le traitement est disponible et accessible en République Démocratique du Congo* », sont adéquats et suffisants au vu des éléments versés au dossier administratif.

La partie requérante ne peut donc être suivie lorsqu'elle soutient que la partie défenderesse a commis une erreur manifeste d'appréciation et manqué à son obligation de motivation formelle.

En outre, l'attestation médicale circonstanciée produite par la requérante, à l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, précise que celle-ci peut voyager vers son pays d'origine, et le constat selon lequel les soins et traitements requis sont disponibles et accessibles au Congo n'est pas utilement contesté par la partie requérante. Il s'ensuit que les constats selon lesquels « *Aucune contre-indication médicale à voyager* » et « *D'un point de vue médical, il n'y a donc pas de contre-indication à un retour au pays d'origine* » ne procèdent d'aucune erreur manifeste d'appréciation. L'allégation selon laquelle « la requérante est affaiblie en raison de son état de santé », n'étant nullement étayée, elle n'est pas de nature à contredire ces constats.

3.4. Enfin, quant au grief fait à la partie défenderesse d'avoir violé les articles 123 et 124 du Code de déontologie médicale, le Conseil observe que le fonctionnaire médecin n'intervient pas comme prestataire de soins, dont le rôle serait de « *poser un diagnostic ou émettre un pronostic* », mais comme expert chargé de rendre un avis sur « *l'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical* ». Par ailleurs, cette critique est en l'espèce dénuée de pertinence, dès lors que le fonctionnaire médecin ne s'écarte pas du diagnostic opéré par le médecin de la requérante.

