



## Arrêt

**n° 240 011 du 25 août 2020  
dans l'affaire X / VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître D. ANDRIEN  
Mont Saint Martin 22  
4000 LIEGE**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration,  
chargé de la Simplification administrative, et désormais par la Ministre  
des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration**

---

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

Vu la requête introduite le 30 mai 2016, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation d'une décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 20 avril 2016.

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 18 juin 2020 convoquant les parties à l'audience du 16 juillet 2020.

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

Entendu, en leurs observations, Me J. JANSSENS *loco* Me D. ANDRIEN, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me K. de HAES *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 19 août 2014, la requérante a introduit une demande de protection internationale, auprès des autorités belges.

Le 24 septembre 2014, le Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides a rejeté cette demande.

Le 8 octobre 2014, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile, à son encontre. Cette décision n’a fait l’objet d’aucun recours.

Le Conseil du Contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil) a rejeté le recours introduit à l’encontre de la décision, susmentionnée, du Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides (arrêt n° 149 827, prononcé le 17 juillet 2015).

1.2. Le 19 janvier 2015, la requérante a introduit une demande d’autorisation de séjour, 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). Cette demande a été déclarée recevable, le 8 juin 2015.

Le 20 avril 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée. Cette décision qui a été notifiée à la requérante, le 29 avril 2016, 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.*

*L’intéressée invoque un problème de santé, à l’appui de sa demande d’autorisation de séjour, justifiant une régularisation de séjour en Belgique. Le Médecin de l’Office des Etrangers (OE), compétent pour l’évaluation de l’état de santé de l’intéressé[e] 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 19.04.2016, (joint en annexe de la présente décision sous pli fermé), le médecin de l’OE affirme que l’ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d’origine de la demanderesse, que ces soins médicaux sont accessibles à la requérante, que son état de santé ne l’empêche pas de voyager et que dès lors, il n’y a pas de contre-indication d’un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d’origine.*

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

*Par conséquent, il n’est pas prouvé qu’un retour au pays d’origine ou de séjour soit une atteinte à la directive Européenne 2004/83/CE, ni [à] l’article 3 CEDH ».*

## **2. Questions préalables.**

Dans la note d’observations, la partie défenderesse formule des « observations liminaires quant à la recevabilité *ratione temporis* du recours ». Elle fait valoir que « la requérante n’indique pas dans son recours introductif d’instance datant du 2 mai 2016, à quelle date exacte l’acte litigieux lui fut notifié, ne permettant dès lors pas de vérifier si le recours peut être considéré comme recevable *ratione temporis* [...] ».

Toutefois, la lecture de la requête introductive d’instance montre que, contrairement à ce que prétend la partie défenderesse, la partie requérante a indiqué que l’acte attaqué a été notifié à la requérante, le 29 mai 2016, ce qui est conforme aux

mentions de l'acte de notification. Le recours est donc recevable *ratione temporis*. Les observations de la partie défenderesse manquent donc en fait.

### 3. Exposé du moyen d'annulation.

La partie requérante prend un moyen unique de la violation des articles 2 et 3 de la loi du 29 juin 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), de l'article 1.A de la Convention générale du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés (ci-après : la Convention de Genève), et « du principe général selon lequel l'autorité administrative est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments de la cause », ainsi que « de la motivation insuffisante ou contradictoire et d[è]s lors de l'absence de motifs légalement admissible[s] », et de la « bonne administration ».

Contestant le constat de la partie défenderesse, selon lequel « l'ensemble des traitements médicamenteux et suivi requis sont disponibles au pays d'origine de la demanderesse », elle fait valoir que « l'esprit du législateur, dans le cas d'espèce, n'était pas d'exiger simplement une existence d'un traitement adéquat, mais bien la possibilité pour l'étranger de se faire soigner dans son pays ou dans le pays d'où il viendrait ; et qui dit possibilité de se faire soigner, dit accessibilité au traitement médical. Qu'il convient dès lors de rappeler la situation actuelle de la prise en charge, au Congo RD, des personnes souffrant du VIH sida, à l'instar de la requérante. Qu'à cet effet, il a été publié ce qui suit : « Plus de 80% des 440.000 personnes vivant avec le VIH/sida en RDC sont toujours en attente du traitement qui pourrait leur sauver la vie », s'indigne l'organisation humanitaire dans un communiqué, à quelques jours de la journée internationale de lutte contre le sida, le 1er décembre. "Aujourd'hui les patients meurent avant d'avoir eu accès au traitement qui leur sauverait la vie, c'est inacceptable", écrit MSF expliquant qu'un quart des patients qui arrivent dans un centre hospitalier qu'ils gèrent à Kinshasa décèdent, alors qu'un malade correctement soigné peut mener une vie normale. Selon MSF, seuls 17% des malades du sida en RDC sont sous traitement, et le pays présente un retard de quinze ans dans la lutte contre l'épidémie, contrairement aux autres pays de la région à faible revenu. MSF estime que ce retard est dû entre autres au fait que le financement de la lutte contre la maladie repose pour beaucoup "sur les patients eux-mêmes", alors que la majeure partie de la population congolaise vit dans l'extrême pauvreté. "Même le dépistage, normalement gratuit, est conditionné à des tests préliminaires payants", s'indigne l'ONG, pour qui les patients sont "pris en otages par un système de santé sous-financé, et donc prédateur": les gens sont obligés de "choisir entre manger ou être soignés ».

<http://www.7sur7.be/7s7/fr/1518/Sante/article/detail/2135327/2014/11/28/Sida-en-RDC-une-situation-inacceptable.dhtml>

Que de ce qui précède, force est de constater qu'au Congo RD, les malades atteints du VIH meurent avant même d'avoir eu accès aux traitements qu'ils sont sensés recevoir gratuitement. Il est évident que la requérante non plus ne fera que gonfler les rangs de ceux qui se retrouvent à l'article de la mort, en raison simplement de l'inaccessibilité aux traitements. La partie adverse ne prend nullement en compte ces informations objectives, claires et précises sur le pays d'origine de la requérante, et qui viennent démontrer que, contrairement à ce qu'elle sous-entend dans sa décision, les soins nécessités par l'état de santé de la requérante ne sont pas accessibles en RDC. Cette motivation est tout à fait inadéquate et ne rencontre en rien le contenu précis du document joint à la demande qui est récent et a trait spécifiquement à sa pathologie. [...] », et renvoie à une jurisprudence du Conseil.

Elle ajoute « Qu'en l'espèce, le médecin de la requérante a clairement contre-indiqué un retour dans son pays d'origine, en raison de l'absence d'infrastructures adéquates au traitement et suivi des pathologies dont elle souffre. En effet, tel renseigné supra, l'examen de la question de savoir s'il existe un traitement approprié et suffisamment

accessible dans le pays d'origine ou de résidence, se fait au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur, évalué[e] dans les limites de la jurisprudence de la Cour E.D.H. A cet effet, elle rappelle qu'elle est indigente, et ne saurait supporter les coûts qu'occasionnerait une prise en charge dans son pays d'origine, et ce, dans l'hypothèse d'un accès aux soins, ce qui est quasiment impossible, au v[u] de la situation actuelle de son pays. [...] la partie adverse ne justifie d'aucun intérêt à envoyer la requérante vers une mort certaine, en ce qu'il est officiellement admis que l'accessibilité au traitement dont elle a besoin est quasi inexistant[e] au Congo, alors qu'il existe une possibilité qu'elle se fasse soigner en Belgique. [...] Que de tout ce qui précède, force est de constater une motivation inadéquate dans le chef de la partie adverse, en ce qu'elle fonde sa motivation sur l'existence, au Congo RD, des soins utiles à la requérante, alors qu'il ressort de l'enquête de MSF (Médecins sans frontières) que les personnes atteinte du VIH, meurent quotidiennement sans n'a jamais accéder aux traitements. [...] ».

#### **4. Discussion.**

4.1. Sur le moyen unique, aux termes de l'article 9ter, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 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* ».

Les travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006, ayant inséré l'article 9ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, indiquent 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).

Pour être « *adéquats* » au sens de l'article 9ter précité, les traitements existants dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent donc être non seulement

« appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé, dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande.

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

4.2. En l'occurrence, dans la demande d'autorisation de séjour, visée au point 1.2., la requérante avait fait valoir qu'elle « souffre de HIV-SIDA. Ces pathologies représentent un risque réel pour sa vie et une menace pour son intégrité physique [...]. A l'appui de sa demande d'autorisation de séjour, la requérante joint un certificat médical type, dont il ressort en substance qu'il souffre du virus de l'immunodéficience humaine, le VIH, pour lequel un traitement médicamenteux à antirétroviraux a débuté. Le certificat décrit également les conséquences et complications en cas d'arrêt du traitement. [...] Ces maladies nécessitent un suivi régulier et un traitement à vie par un médecin généraliste et des spécialistes comme l'atteste le certificat médical ci-joint. Cette pathologie constitue donc une menace directe pour la vie de la requérante. En effet, sans traitement, il y a risque de mort. [...] En cas de retour dans son pays d'origine, la requérante n'aura pas accès à un traitement adéquat. [...] Il ressort des informations sur le pays de la requérante que la situation sanitaire ne permet de garantir les soins médicaux adéquats. En effet, la prise en charge de ces pathologies est problématique, l'accès aux soins de santé étant limité ». Cette demande fait également état d'extraits d'un document, qu'elle intitule « Une étude oms, Lutte contre le VIH/SIDA en RDC : L'urgence ignorée, Note explicative – janvier 2012 », dont il ressort notamment que d'une part, « La lutte contre le VIH/SIDA est l'une des priorités affichées par la RDC. Pourtant, la contribution de l'Etat est faible et amoindrie par une mauvaise gestion et des problèmes de décaissement. Ainsi, jusqu'il y a peu, la prise en charge en ARV était principalement financée par trois grands bailleurs : le Fonds mondial (FM), le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale (MAP) et le financement UNITAID à travers la Fondation Clinton (Clinton Health Access Initiative). Mais malgré des besoins médicaux et humains criants, les financements internationaux sont restés très limités et ont même diminué en 2011. La Banque mondiale a arrêté son programme spécifique en mai 2011 et UNITAID a, in extremis, prolongé son programme d'un an jusque fin 2012. Concrètement, ce manque de ressources fiables signifie que la grande majorité des personnes atteintes par le VIH/SIDA et qui ne bénéficient pas encore d'un traitement ARV n'aura pas accès à ce traitement. [...] », et d'autre part, que « la gratuité des soins est loin d'avoir été respectée en RDC ces dernières années alors même que la politique nationale préconise la prise en charge gratuite des PVV. La société civile congolaise dénonce par ailleurs des problèmes de décaissements sur les lignes spécifiques au VIH/SIDA. Or aujourd'hui, les ménages financent la lutte contre le VIH/SIDA à plus de 50%, ce qui est d'autant plus préoccupant qu'en RDC, le seuil de pauvreté est atteint par près de 70% de la population. Cette tendance s'accroît également à cause de la diminution des subventions aux frais de fonctionnement des structures de prise en charge même si les ARV sont donnés gratuitement dans une large mesure, les barrières pour en bénéficier, comme le coût des consultations, sont un frein pour de nombreuses familles. Ces dernières années, des milliers de PVVIH ont vu leurs droits bafoués en devant passer d'un service de consultations gratuites à une formule payante et les médicaments pour le traitement des infections opportunistes ou encore les intrants pour les examens de laboratoire, qui sont pourtant essentiels, ne sont plus délivrés gratuitement dans de nombreuses structures. [...] ». Cette demande concluait

que « les soins nécessaires pour la requérante lui seront inaccessibles dans son pays d'origine. L'intéressée devrait donc être régularisée afin de lui permettre de pouvoir se faire soigner. Il est important de noter que sans cette régularisation, elle ne peut prétendre maximale à un tel avantage. Aussi dans l'hypothèse d'un éloignement du territoire du Royaume ; impossible en l'espèce, se pose alors la question de l'accessibilité des soins dans le pays d'origine. En l'espèce l'intéressée n'a pas de ressources financières suffisantes pour lui permettre de supporter les frais d'un suivi médical, vu son rang social. Il est dès lors important de souligner que « en ce qui concerne l'impossibilité de retour d'un étranger atteint d'une maladie grave, il ne suffit pas de prendre en considération la possibilité physique de retourner dans le pays d'origine mais également les conditions concrètes d'accès aux soins dans ce pays-là, c.à.d. à la fois la possibilité d'y être soigné utilement et celle de supporter financièrement les frais occasionnés par les traitements médicaux et pharmaceutiques » [...]. Aussi, dans le cas d'espèce, il n'existe pas de conditions concrètes d'accès aux soins ni la possibilité de supporter financièrement les frais occasionnés. [...] ».

L'acte attaqué repose sur les conclusions d'un fonctionnaire médecin, mentionnées dans l'avis daté du 19 avril 2016, joint audit acte, selon lequel : « *La maladie ne présente pas de risque pour la vie et l'intégrité physique car le traitement médical est possible au pays d'origine. Le certificat médical fourni ainsi que les différentes pièces médicales ne permettent 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. Su 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* ».

En outre, le fonctionnaire médecin précise les éléments suivants, en ce qui concerne la disponibilité et de l'accessibilité des traitements et du suivi médical requis, dans le pays d'origine de la requérante :

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

*Le suivi spécialisé de l'infection par le VIH, le typage lymphocytaire et la mesure de la charge virale sont possibles en République Démocratique du Congo.*

*Il en va de même pour la Nevirapine, l'Abacavir, la Lamivudine, l'Emtricitabine, le Tenofovir et l'association Sulfamethoxazole/Triméthoprim.*

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

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

- *Requête MedCOI du BMA 7323 portant le numéro de référence unique 05.10.2015 ;*
- *Requête MedCOI du BMA 6667 portant le numéro de référence unique 10.04.2015 ;*
- *Requête MedCOI du BMA 6581 portant le numéro de référence unique 13.04.2015.*

*Sur base des 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 prouver l'inaccessibilité des soins, le Conseil de l'intéressée fait référence à des articles concernant la situation humanitaire au Congo, notamment, la gestion du VIH. Cependant, ces documents ne sont pas fournis dans le cadre de cette demande. Or, il incombe au demandeur d'étayer son argumentation (Conseil d'Etat arrêt n° 97.866 du 13/07/2001).*

*Notons que le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS)<sup>[référence en note de bas de page]</sup> a pour but « de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2015. Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, tandis que son objectif sectoriel est d'assurer des soins de santé primaire de qualité et à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles ».*

*Notons que le Congo (Rép. dém.) développe un système de mutuelles de santé sous la tutelle du ministère du travail et de la prévoyance sociale<sup>[référence en note de bas de page]</sup>. Et depuis le lancement du Programme national pour la promotion des mutuelles de santé par le ministère de la Santé en septembre 2012, de plus en plus de Congolais adhèrent aux mutuelles de santé pour faire face aux coûts de soins de santé<sup>[référence en note de bas de page]</sup>. Citons à titre d'exemple, la MUSU<sup>[référence en note de bas de page]</sup> à Kinshasa.*

*La plupart d'entre elles assure, moyennant un droit d'adhésion et une cotisation mensuelle (en moyenne 2,5 à 4,5 dollars/mois), les soins de santé primaires, les hospitalisations, l'ophtalmologie, la dentisterie, la petite et moyenne chirurgie et les médicaments essentiels adoptés par l'OMS au Congo (Rép. dém.). Si l'intéressée est dans l'impossibilité d'assumer les cotisations exigées par les mutuelles de santé ou les tarifs fixés par les assurances privées, elle peut s'adresser au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) qui couvre l'ensemble du territoire Congolais et offre des soins à un bon rapport qualité/prix<sup>[référence en note de bas de page]</sup>. Par ailleurs, à Kinshasa, les dix hôpitaux et la soixantaine de centres de santé qui sont gérés par le BDOM ont signé des conventions avec trois mutuelles de la ville. Chaque mois, le BDOM perçoit auprès de ces mutuelles plus ou moins 50 000 dollars pour environ 20 000 bénéficiaires, dont le nombre va croissant<sup>[référence en note de bas de page]</sup>. Ce qui permet à ces hôpitaux de renouveler l'appareillage, d'assurer la remise à niveau du personnel soignant et d'améliorer la qualité des soins.*

*Le BDOM organise un programme de lutte contre le HIV et SIDA comprenant notamment les volets suivants : prise en charge des maladies opportunistes, les traitements Anti Rétro Viraux (ARV) ainsi que le suivi biologique<sup>[référence en note de bas de page]</sup>.*

*Notons également que plusieurs hôpitaux et cliniques des secteurs privé et public de Kinshasa proposent un traitement contre le VIH/SIDA<sup>[référence en note de bas de page]</sup> : Clinique générale de Kinshasa, Clinique universitaire, Clinique de Ngaliema, Clinique de Kitambo, Clinique de Bondeko, Clinique médicale de Yolo, Hôpital Saint-Joseph, Centre de Nganda, Centre médical de Kinshasa, Clinique médicale de Gombele, Clinique du Roi Baudouin, Hôpital de N'djili et Clinique Marie Biamba Mutombo. Outre ces hôpitaux et cliniques publics ou privés, des ONG offrent le même type d'assistance, comme Action Communautaire Sida (ACS) et AMOCONGO<sup>[référence en note de bas de page]</sup>. De fait, compte tenu de la problématique VIH/SIDA, de nombreuses ONG ont été créées pour la prise en charge générale des personnes infectées. Rassemblées sous diverses plateformes, elles aident les orphelins, les veuves et/ou les veufs à vivre avec le virus.*

*De plus, l'aide extérieure consacrée à la santé est non négligeable au Congo RDC. De nombreuses organisations telles que, à titre non exhaustif : Caritas<sup>[référence en note de bas de page]</sup>, OMS<sup>[référence en note de bas de page]</sup>, CTB<sup>[référence en note de bas de page]</sup> sont présentes sur place depuis plusieurs années dans le but d'offrir des soins de santé primaires aux populations vulnérables et de combattre les grandes épidémies ou dans le but de mettre en œuvre des appuis stratégiques dans la réforme du financement de la santé.*

*Ajoutons que madame est en âge de travailler. Rien n'indique que celle-ci serait exclue du marché de l'emploi lors de son retour au pays. Elle pourrait donc trouver un travail afin de prendre en charge ses soins de santé. En ce sens, la requérante a déclaré, dans sa demande, avoir choisi, à l'école secondaire, l'option commerciale et avoir travaillé comme vendeuse ».*

4.3. Dans son moyen, la partie requérante conteste uniquement l'accessibilité des suivi et traitements médicamenteux, dans le pays d'origine de la requérante.

Toutefois, dans son avis, le fonctionnaire médecin se réfère à des informations relatives à des mutuelles de santé, ainsi qu'à la présence de nombreuses organisations internationales, œuvrant en matière de santé, pour affirmer que les suivi et traitements médicamenteux nécessaires à la requérante sont accessibles en République Démocratique du Congo. Il ajoute que « *madame est en âge de travailler. Rien n'indique que celle-ci serait exclue du marché de l'emploi lors de son retour au pays. Elle pourrait donc trouver un travail afin de prendre en charge ses soins de santé. En ce sens, la requérante a déclaré, dans sa demande, avoir choisi, à l'école secondaire, l'option commerciale et avoir travaillé comme vendeuse* », motif qui n'est pas contesté.

Quant à l'article de presse, cité dans le moyen, l'argumentation s'y référant ne remet pas en cause le motif relatif à la capacité de travailler de la requérante. En tout état de cause, les informations qui en sont issues sont invoquées pour la première fois en termes de requête, en sorte qu'elles ne sauraient être prises en compte pour apprécier la légalité de l'acte attaqué, dès lors qu'il y a lieu, pour l'exercice de ce contrôle de « [...] se replacer au moment même où l'acte administratif a été pris [...] » (en ce sens, notamment: C.E., arrêt n°110.548 du 23 septembre 2002).

