

## Arrêt

**n° 310 043 du 16 juillet 2024**  
**dans l'affaire X VII**

**En cause : X**

**Ayant élu domicile : au cabinet de Maître M. GRINBERG**  
**Rue de l'Aurore 10**  
**1000 BRUXELLES**

**contre:**

**l'Etat belge, représenté par la Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration**

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

Vu la requête introduite le 30 octobre 2023, par X, qui déclare être de nationalité congolaise (R.D.C.), tendant à la suspension et l'annulation de la décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 4 septembre 2023.

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

Vu la note d'observations et le dossier administratif.

Vu l'ordonnance du 24 mai 2024 convoquant les parties à l'audience du 20 juin 2024.

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

Entendu, en leurs observations, par Me O. TODTS *loco* Me M. GRINBERG, avocat, qui comparaît pour la partie requérante, et Me M. ELJASZUK *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 22 octobre 2013, le requérant a introduit une demande de protection internationale auprès des autorités belges.

Cette demande s'est clôturée par un arrêt du Conseil du contentieux des Etrangers (ci-après : le Conseil), qui a refusé de lui reconnaître le statut de réfugié et de lui accorder le bénéfice de la protection subsidiaire<sup>1</sup>.

1.2. Le 16 juin 2014, le requérant a introduit une 1<sup>ère</sup> 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).

Le 18 mars 2015, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable. Le Conseil a rejeté le recours introduit à l'encontre de cette décision<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> CCE, arrêt n° 156 371 du 12 novembre 2015

<sup>2</sup> CCE, arrêt n° 152 029 du 9 septembre 2015

1.3. Le 14 juillet 2015, la partie défenderesse a pris un ordre de quitter le territoire – demandeur d’asile, à l’égard du requérant.

1.4. Le 28 mai 2016, celui-ci a introduit une 2ème demande d’autorisation de séjour, sur la même base.

Le 9 juin 2016, la partie défenderesse a déclaré cette demande irrecevable, et pris un ordre de quitter le territoire, à l’égard du requérant.

Le Conseil a rejeté le recours introduit à l’encontre de ces décisions<sup>3</sup>.

1.5. Le 2 août 2017, le requérant a introduit une 3ème demande d’autorisation de séjour, sur la même base.

Le 15 mars 2018, la partie défenderesse a déclaré cette demande non fondée.

Cette décision ayant été retirée, le recours introduit auprès du Conseil a été déclaré sans objet<sup>4</sup>.

Le 1<sup>er</sup> juin 2018, la partie défenderesse a déclaré la demande recevable mais non fondée, et pris un ordre de quitter le territoire, à l’égard du requérant.

Le Conseil a rejeté le recours introduit à l’encontre de ces décisions<sup>5</sup>.

1.6. Le 19 février 2019, le requérant a introduit une 4ème demande d’autorisation de séjour, sur la même base.

Le 17 juin 2019, la partie défenderesse a déclaré cette demande recevable mais non fondée, et a pris un ordre de quitter le territoire à l’égard du requérant.

Le Conseil a annulé ces décisions<sup>6</sup>.

1.7. Le 4 septembre 2023, la partie défenderesse a  
- à nouveau déclaré la demande d’autorisation de séjour, visée au point 1.6., recevable mais non fondée,  
- et pris un ordre de quitter le territoire, à l’égard du requérant.

Ces décisions lui ont été notifiées, le 2 octobre 2023.

La décision déclarant la demande d’autorisation de séjour, non fondée, 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 [...].*

*Le requérant 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 Étrangers (OE), compétent pour l’évaluation de l’état de santé de l’intéressé et, si nécessaire, pour l’appréciation des possibilités de traitement au pays d’origine et/ou de provenance, a ainsi été invité à se prononcer quant à un possible retour vers le pays d’origine du requérant.*

*Dans son avis médical remis le 01.09.2023 (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 l’intéressé, que ces soins médicaux sont accessibles au requérant, que son état de santé ne l’empêche pas de voyager et que dès lors, il n’y a pas de contre-indication d’un point de vue médical à un retour du requérant à son pays d’origine.*

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

*2) Il n’apparaît pas que l’intéressé souffre d’une maladie dans un état tel qu’elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu’il existe un traitement adéquat dans son pays d’origine.*

*Rappelons que le médecin de l’Office des Étrangers ne doit se prononcer que sur les aspects médicaux étayés par certificat médical (voir en ce sens Arrêt CE 246385 du 12.12.2019). Dès lors, dans son avis, le médecin de l’OE ne prendra pas en compte toute interprétation, extrapolation ou autre explication qui aurait été émise par le demandeur, son conseil ou tout autre intervenant étranger au corps médical concernant la situation médicale du malade (maladie, évolution, complications possibles...).*

*Rappelons que l’article 9ter prévoit 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 ». Dès lors, il incombe aux demandeurs de transmettre*

---

<sup>3</sup> CCE, arrêt n° 244 198 du 17 novembre 2020

<sup>4</sup> CCE, arrêt n°214 403 du 20 décembre 2018

<sup>5</sup> CCE, arrêt n°244 205 du 17 novembre 2020

<sup>6</sup> CCE, arrêt n° 270 184 du 22 mars 2022

*directement à l'Office des Etrangers et dans le cadre de leur demande 9ter, tout document qu'ils entendent faire valoir. En effet, notre administration n'est « nullement tenue de compléter la demande de la requérante par des documents déposés au gré de ses procédures ou annexés à ses recours. » (CCE n°203976 du 18/05/2018) ».*

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

2.1.1. La partie requérante prend un moyen unique de la violation

- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 ;
  - des articles 2 et 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) ;
  - des articles 41, 47 et 48 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après : la Charte) ;
  - des « principes généraux de bonne administration et plus particulièrement des droits de la défense, du principe de minutie, de prudence et de précaution, de l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause » ;
- ainsi que
- du défaut de motivation,
  - et de l'erreur manifeste d'appréciation.

2.1.2. Dans une première branche, elle fait notamment valoir ce qui suit :

« 1. En vertu de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers, les personnes gravement malades pour lesquelles un retour dans le pays d'origine entraînerait un risque réel pour leur vie ou leur intégrité physique ou un risque de subir un traitement inhumain ou dégradant doivent pouvoir obtenir un droit au séjour en Belgique.

La partie adverse doit démontrer qu'un retour de la personne étrangère dans son pays d'origine n'entraînerait pas un traitement inhumain ou dégradant et ne constituerait pas un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique.

La motivation de la décision attaquée doit dès lors permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité.

2. En l'espèce, la demande introduite par le requérant le [...] 19.02.2019 a été déclarée recevable mais non fondée par décision du 04.09.2023.

Il est dès lors incontestable que la partie adverse considère que les pathologies du requérant pourraient entraîner « *un risque réel pour sa vie et son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat en cas de retour dans son pays d'origine ou dans le pays de séjour* ».

Cette décision se base sur l'avis médical du 01.09.2023 du Dr [X.] qui conclut que le traitement médicamenteux et le suivi médical nécessités par l'état de santé du requérant sont disponibles et accessibles en RDC.

Dans la mesure où l'avis donné par le médecin-conseil rejette la demande d'autorisation de séjour [sic] fondée sur l'article 9ter de la loi du 15.12.1980, sans que l'Office des Étrangers n'exerce un quelconque pouvoir d'appréciation à cet égard, il est de jurisprudence constante de votre Conseil qu' « *il y a lieu de considérer que cet avis est indissociablement lié à la décision d'irrecevabilité ainsi prise, dont il constitue le fondement indispensable et déterminant* » (voir not. CCE, arrêt n° 176 381 du 17 octobre 2016).

Partant, le contrôle de légalité qu'exerce votre Conseil, doit s'appliquer de la même manière à l'égard de l'avis médical du 101.09.2023, et il est nécessaire en l'occurrence de vérifier si la partie adverse et le médecin conseil ont tous deux « *pris en considération tous les éléments de la cause et procédé à une appréciation largement admissible, pertinente et non déraisonnable des faits qui [leur] ont été soumis* » (voir en ce sens not. CCE, arrêt n° 178 770 du 30 novembre 2016).

3. Pour rappel, le traitement médicamenteux du requérant consiste en : [énumération de médicaments]

Il nécessite par ailleurs un suivi médical assuré par des spécialistes en infectiologie, cardiologie, gastro-entérologue et surveillance biologique de l'infection HIV.

Les certificats médicaux joints à la demande de séjour mettent en exergue que le traitement [du requérant] est prescrit à vie et ne peut être interrompu sous peine d'une aggravation pouvant aller jusqu'à son décès.

4. Concernant la disponibilité des traitements médicaux et du suivi médical nécessité par l'état de santé [du requérant], la partie adverse se base sur différents rapports MedCOI.

Il importe de souligner que le projet MedCOI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine. L'avis du médecin conseil indique explicitement que « *un traitement médical est considéré comme disponible lorsqu'il est, lors de la recherche, suffisamment présent dans le pays d'origine dans au moins un établissement médical particulier (public ou privé).*

Aucune information précise n'est cependant fournie sur le nombre de spécialistes existant dans les centres ou hôpitaux ni sur la capacité des différents services de sorte qu'il n'est pas possible de s'assurer que le suivi médical nécessaire par l'état de santé du requérant est effectivement disponible en RDC.

Par ailleurs, la consultation de ces MedCOI permet de constater que rien n'est indiqué sur le coût et les éventuelles **ruptures de stocks** des médicaments repris de sorte que les informations produites par la partie adverse ne permettent pas de s'assurer de la disponibilité effective des médicaments en question. Il est en effet précisé qu'un médicament est considéré comme disponible lorsqu'il est, en principe, enregistré dans le pays d'origine et y est distribué dans les pharmacies, les drogueries ou autres lieux où les médicaments peuvent être vendus. Le médicament est soit produit, soit importé dans le pays d'origine et il n'y a pas de problème d'approvisionnement pour le médicament demandé au moment de la recherche.

Pourtant, dans son avis du 13.06.2019, le médecin-conseil de l'Office des Etrangers se référait à des articles relatifs au problème d'approvisionnement des médicaments contre le VIH en RDC mais il estimait que le requérant pouvait se constituer une réserve afin de faire face à ces ruptures de stocks (voir dossier administratif). Cette décision a été annulée par Votre Conseil par son arrêt n° 270 184 du 22.03.2022.

Le conseil du requérant avait également souligné ce problème capital dans la demande d'autorisation de séjour en ces termes :

« En ce qui concerne l'accès aux médicaments nécessaires au traitement des personnes atteintes par le VIH, ce rapport (pièce 6) précise également que :

« **Répercussions des fréquentes ruptures de stock d'ARV, de tests de dépistage et d'autres produits de soins du VIH**

**En RDC, les pénuries et les ruptures de stock de produits liés au VIH sont fréquentes et entravent la mise sous TAR ou mènent à l'interruption du traitement. Il peut alors s'avérer nécessaire de mettre en place des mécanismes d'adaptation, lourds pour les patients et le personnel de la santé. De la même façon, la mauvaise gestion des dépôts médicaux intermédiaires et les problèmes de livraison peuvent, dans certains cas, entraîner de tels retards que le TAR et d'autres produits de base ne parviennent pas aux patients avant leur péremption.**

*Une analyse rapide de 94 établissements de santé couvrant plus de 70 % de la cohorte sous TAR à Kinshasa a révélé des ruptures de stock fréquentes et durables des ARV, des médicaments pour traiter les infections opportunistes, et des tests de dépistage du VIH.<sup>33</sup> Au cours du premier trimestre 2015, 77 % de ces installations avaient subi au moins une rupture de stock d'un ARV. Au moment de l'évaluation, 45 % des établissements étaient en rupture de stock de TDF-3TC-EFV. Bien que des médicaments équivalents étaient disponibles dans la ville, environ 1.300 patients s'étant présentés sur une période de trois mois avaient dû retourner chez eux sans TAR. De plus, en raison des ruptures de stock de tests de dépistage pendant trois mois, environ 4.000 patients n'ont pas été en mesure de se soumettre au dépistage. En poussant l'analyse, on a pu constater que pour 45 % des produits en rupture de stock au niveau des établissements de santé, le même médicament était disponible dans les dépôts régionaux. L'un des principaux problèmes réside dans le fait qu'aucun budget n'est prévu pour combler efficacement les lacunes et permettre aux médicaments d'atteindre le dernier maillon de la chaîne d'approvisionnement : les patients.*

*La situation dans le reste du pays est probablement encore plus grave car les problèmes logistiques y sont bien plus grands. Une évaluation effectuée par les organisations de patients (et Médecins du Monde) dans le Nord-Kivu a révélé que plus de 12 des 34 établissements de santé visités étaient en rupture toutes les composantes du TAR.<sup>35</sup> Elle a également mis en évidence de fréquentes ruptures de stock de médicaments destinés à traiter les infections opportunistes (dans 10 des 13 zones de santé) et de tests de dépistage. En 2014, moins de 8 % des patients en RDC avaient accès au régime posologique à dose quotidienne unique le plus approprié (une formule à dose fixe de TDF- 3TC-EFV). À l'heure actuelle, les femmes enceintes séropositives sont les principaux patients à avoir eu accès à ce traitement de première ligne depuis que le pays a commencé à recourir à l'option B+ en 2013. À l'échelon national, le passage de l'AZT au régime de traitement à base de TDF a dû être retardé. » (pp. 64-65) »*

Il appartenait dès lors à la partie adverse de démontrer que ces problèmes d'approvisionnement étaient résolus et ne constituaient plus un frein à l'accès au traitement médicamenteux en cas de retour du requérant en RDC.

Or, il est étonnant de constater que la partie adverse ne fait plus du tout référence à ces problèmes de ruptures de stocks dans son avis médical du 01.09.2023.

Dans la mesure où il était établi que des problèmes d'approvisionnement existaient en RDC, il était indispensable d'obtenir des informations actualisées et complètes relatives à cette problématique.

Cette nécessité se justifiait d'autant plus qu'il ressort d'informations récentes et publiques, dont la partie adverse devait avoir connaissance, que les ruptures de stocks des médicaments pour les patients atteints du VIH restent problématiques en RDC.

En effet, dans un rapport de Médecins Sans Frontières (MSF) du 20.12.2022 intitulé « RDC : 20 ans de lutte contre le VIH/Sida par les équipes de Médecins Sans Frontières » (pièce 4), il est mis en avant les progrès dans la lutte contre le VIH mais également les problèmes sérieux auxquels sont encore confrontés à l'heure actuelle les malades :

[...]

Partant, il est clair que la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en estimant que l'ensemble du traitement médicamenteux et du suivi médical dont bénéficie le requérant sont disponibles en RDC !

Les informations sur lesquelles elle se base, de par leur généralité, ne permettent en outre pas de conclure à la disponibilité effective du traitement et du suivi médical ! [...]

En l'espèce, la partie adverse viole de façon flagrante [l]es principes [principes de bonne administration, et plus particulièrement du principe de minutie, de prudence et de précaution] ainsi que son obligation de motivation telle que consacrée par les dispositions légales citées au moyen.

Le requérant se réfère à un arrêt de Votre Conseil, n°180 942 du 19.01.2017, qui a annulé la décision de l'Office des Etrangers au motif que le médecin conseil ne démontrait pas, dans son avis, la disponibilité en RDC des médicaments prescrits au demandeur : [...] ».

2.1.3. Dans une troisième branche, la partie requérante fait valoir ce qui suit :

« 1. Si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit également permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

La partie adverse se doit également d'observer les différents principes de bonne administration tels que le principe de prudence, de minutie et l'obligation de procéder avec soin à la préparation d'une décision administrative en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause.

2. Après avoir indiqué que le requérant s'est référé à des informations objectives pour mettre en lumière l'absence de disponibilité et d'accessibilité d'un suivi médical adéquat pour lui, le Dr [X.X.] les balaye en concluant que ces éléments ont un caractère général qui ne visent pas le requérant et que ce dernier n'aurait pas démontré en quoi sa situation individuelle était comparable à la situation générale.

Or, les documents communiqués contenaient pourtant des informations actuelles et précises et ces documents mettaient notamment en exergue qu'en ce qui concerne le traitement du HIV, une prise en charge suffisante n'était pas garantie dès lors qu'en RDC moins de 20% des malades ont accès aux antirétroviraux.

De plus, en ce qui concerne plus spécifiquement le traitement du HIV, les informations communiquées précisaient que MSF considère que la RDC a 15 années de retard dans la lutte contre le Sida.

Dans ce contexte, et à partir du moment où le requérant bénéficiait d'un suivi médical spécialisé et rapproché par un infectiologue ainsi qu'un suivi d'analyse de sang et de traitement médicamenteux, qu'en cas de non prise en charge, le Dr [X.X.] indiquait que l'état de santé de son patient se détériorera au point d'entraîner son décès, et que les documents déposés à l'appui de sa demande relevaient justement une absence de disponibilité ou d'accessibilité des soins nécessités, il est clair que sa situation individuelle était comparable à celle des autres ressortissants RDC souffrant de la même pathologie !

La partie adverse n'a donc pas valablement motivé sa décision et elle aurait dû tenir compte de cet élément pour analyser non seulement la disponibilité mais également l'accessibilité du traitement nécessité par l'état de santé de [du requérant], *quod non*.

3. En outre, une lecture du dossier administratif révèle que les documents déposés à l'appui de la demande du requérant contenaient de nombreuses informations actuelles et précises concernant la non-disponibilité ou la non-accessibilité d'un suivi par un infectiologue et du traitement médical adapté.

La partie adverse ne répond cependant nullement à ces informations objectives, claires et précises. Elle les balaye par une motivation stéréotypée qui démontre qu'elle n'a pas pris soin d'analyser valablement et sérieusement les informations qui lui ont été communiquées.

Cette motivation est donc tout à fait inadéquate et ne rencontre en rien le contenu précis des documents joints à la demande.

Votre Conseil a par ailleurs déjà sanctionné ce type de motivation notamment dans un arrêt n° 172 341 du 26 juillet 2016 [...].

Il en est de même en l'espèce.[...]».

2.2. 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.

2.3.1. En l'espèce, dans la demande d'autorisation de séjour visée au point 1.6, la partie requérante faisait état des éléments suivants

« En ce qui concerne l'accès aux médicaments nécessaires au traitement des personnes atteintes par le VIH, ce rapport (pièce 6) précise également que :

« Répercussions des fréquentes ruptures de stock d'ARV, de tests de dépistage et d'autres produits de soins du VIH

*En RDC, les pénuries et les ruptures de stock de produits liés au VIH sont fréquentes et entravent la mise sous TAR ou mènent à l'interruption du traitement. Il peut alors s'avérer nécessaire de mettre en place des mécanismes d'adaptation, lourds pour les patients et le personnel de la santé. De la même façon, la mauvaise gestion des dépôts médicaux intermédiaires et les problèmes de livraison peuvent, dans certains cas, entraîner de tels retards que le TAR et d'autres produits de base ne parviennent pas aux patients avant leur péremption.*

*Une analyse rapide de 94 établissements de santé couvrant plus de 70 % de la cohorte sous TAR à Kinshasa a révélé des ruptures de stock fréquentes et durables des ARV, des médicaments pour traiter les infections opportunistes, et des tests de dépistage du VIH.<sup>33</sup> Au cours du premier trimestre 2015, 77 % de ces installations avaient subi au moins une rupture de stock d'un ARV. Au moment de l'évaluation, 45 % des établissements étaient en rupture de stock de TDF-3TC-EFV. Bien que des médicaments équivalents étaient disponibles dans la ville, environ 1.300 patients s'étant présentés sur une période de trois mois avaient dû retourner chez eux sans TAR. De plus, en raison des ruptures de stock de tests de dépistage pendant trois mois, environ 4.000 patients n'ont pas été en mesure de se soumettre au dépistage. En poussant l'analyse, on a pu constater que pour 45 % des produits en rupture de stock au niveau des établissements de santé, le même médicament était disponible dans les dépôts régionaux. L'un des principaux problèmes réside dans le fait qu'aucun budget n'est prévu pour combler efficacement les lacunes et permettre aux médicaments d'atteindre le dernier maillon de la chaîne d'approvisionnement : les patients.*

*La situation dans le reste du pays est probablement encore plus grave car les problèmes logistiques y sont bien plus grands. Une évaluation effectuée par les organisations de patients (et Médecins du Monde) dans le Nord-Kivu a révélé que plus de 12 des 34 établissements de santé visités étaient en rupture toutes les composantes du TAR.<sup>35</sup> Elle a également mis en évidence de fréquentes ruptures de stock de médicaments destinés à traiter les infections opportunistes (dans 10 des 13 zones de santé) et de tests de dépistage. En 2014, moins de 8 % des patients en RDC avaient accès au régime posologique à dose quotidienne unique le plus approprié (une formule à dose fixe de TDF- 3TC-EFV). À l'heure actuelle, les femmes enceintes séropositives sont les principaux patients à avoir eu accès à ce traitement de première ligne depuis que le pays a commencé à recourir à l'option B+ en 2013. À l'échelon national, le passage de l'AZT au régime de traitement à base de TDF a dû être retardé. » (pp. 64-65) ».*

2.3.2. L'acte attaqué est fondé sur un avis du fonctionnaire médecin, daté du 1<sup>er</sup> septembre 2023 et joint à cette décision.

Il indique, en substance, que le requérant souffre de plusieurs pathologies, dont les traitements et suivis requis sont disponibles et accessibles au pays d'origine, et conclut dès lors à l'absence d'un risque réel de traitement inhumain et dégradant.

S'agissant de la disponibilité des traitements et suivis requis au pays d'origine, le fonctionnaire médecin indique notamment que

« 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 [...]

Dovato®, l'omeprazole, le colecalciférol, la chlortalidone et l'amlopidine sont disponibles en République Démocratique du Congo.

La siméticone, traitement spasmodique utilisé temporairement en cas de gaz intestinaux, n'est pas disponible en République Démocratique. En revanche, plusieurs autres spasmodiques avec la même indication et le même effet thérapeutique attendu, sont bien disponibles au pays d'origine de l'intéressé. Il s'agit par exemple de la papavérine, de l'otilonium et de la mebeverine.

De même, l'ensemble des spécialistes et examens complémentaires nécessaires au suivi de l'intéressé sont disponibles dans son pays d'origine (République Démocratique du Congo) : Infectiologue, spécialiste du VIH, gastro entérologue, Médecin de première ligne (médecin traitant), cardiologue, dosage biologique des CD4 et de la charge virale.

Sur base des informations ci-dessus, nous pouvons conclure que l'ensemble des médicaments, spécialistes et examens complémentaires nécessaires à une prise en charge des pathologies actuelles dont l'intéressé souffre actuellement sont disponibles en République Démocratique du Congo, son pays d'origine ».

Dans un point relatif à l'accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine, l'avis du fonctionnaire médecin mentionne, notamment ce qui suit :

« Le conseil du requérant affirme que les soins sont inaccessibles au pays d'origine. Afin d'étayer ses dires, il apporte plusieurs documents repris dans les annexes des pièces de la demande du n°3 au n° 17.

A la lecture de ces articles, ceux-ci dénoncent de manière générale des problèmes liés aux infrastructures, à l'absence de qualité des soins, à la pauvreté, à la corruption, à la stigmatisation des personnes atteintes par le HIV...

Notons que ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16,02.2009). En l'espèce le requérant 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).

En effet il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux pour établir une inaccessibilité des soins. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable au requérant.

[...]

Notons que le requérant « peut choisir de s'installer au pays d'origine dans un endroit où les soins sont disponibles » (CCE n°61464 du 16.05.2011). Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant « peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée » (CCE n°57372 du 04.03.2011). [...] ».

2.3.3. Le Conseil observe toutefois, à l'instar de la partie requérante, que la partie défenderesse n'a pas démontré que les problèmes d'approvisionnement, invoqués dans la demande d'autorisation de séjour, ne constituaient pas un frein à l'accès au traitement médicamenteux du requérant dans son pays d'origine.

L'avis susmentionné du fonctionnaire médecin ne montre pas que celui-ci a pris en considération le rapport visé dans la demande, dans l'évaluation de la disponibilité des médicaments requis, ni les éventuelles ruptures de stocks.

Les informations fournies par la partie défenderesse, ne permettent pas raisonnablement de déduire que le requérant ne sera pas confronté à des problèmes d'approvisionnement du traitement requis au Congo (RDC).

La simple mention, dans l'avis susmentionné, selon laquelle « *Et si nécessaire, en cas de rupture de stock des médicaments, le requérant peut décider de vivre dans une autre région où elle peut être soignée* », n'est pas suffisante, et apparaît comme une simple pétition de principe, alors que la partie requérante avait fait valoir notamment, dans sa demande d'autorisation, que « la situation dans le reste du pays est probablement encore plus grave car les problèmes logistiques y sont bien plus grands ».

2.3.4. Le constat selon lequel « *ces éléments ont un caractère général et ne visent pas personnellement le requérant (CCE n°23.040 du 16.02.2009). En l'espèce le requérant 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). En effet il ne suffit pas de se référer à des rapports internationaux [...]. Il faut au contraire démontrer en quoi la situation décrite de manière générale dans ces rapports est applicable au requérant* », ne permet pas de renverser les constats qui précèdent.

En effet, si le requérant a produit des documents présentant « un caractère général », ces documents décrivent la situation générale d'une certaine catégorie de personnes, à savoir les personnes souffrant du VIH, dans un pays donné.

Lorsqu'une personne appartient à la catégorie en question, ce qui n'est nullement contesté en l'espèce, - il ne peut être soutenu que la situation générale, invoquée, ne lui serait pas applicable, - et il ne peut lui être imposé de prouver qu'elle se trouverait bien, en cas de retour dans son pays d'origine, dans la même situation que la plupart des gens appartenant à la même catégorie qu'elle.

Le simple fait de suivre un traitement dans le cadre du VIH constitue une présomption suffisante, en l'espèce. C'est à la partie défenderesse qu'il appartient, le cas échéant, de démontrer que la situation personnelle du requérant constituerait une exception à la situation générale.

Le Conseil ne se représente pas ce que pourraient être des documents « personnalisés », sauf à exiger que le requérant retourne dans son pays d'origine, ne puisse pas disposer du traitement requis, et en transmette la preuve à la partie défenderesse, en espérant que ces traitements n'aient pas mené à son décès.

En conclusion, lorsqu'un demandeur a démontré, d'une part, que telle catégorie de personnes se trouve dans une situation générale donnée, et, d'autre part, qu'il appartient à cette catégorie de personnes, l'exigence d'une preuve personnalisée, difficile voire impossible à obtenir, est déraisonnable.

2.3.5. Il résulte de ce qui précède que les informations figurant dans le dossier administratif, ne montrent pas la disponibilité suffisante de la prise en charge médicale de la pathologie dont souffre le requérant.

Par conséquent, en prenant l'acte attaqué, sans rencontrer les éléments invoqués dans la demande d'autorisation de séjour du requérant et dans ses compléments médicaux, la partie défenderesse n'a pas suffisamment et valablement motivé sa décision.

2.4. Dans sa note d'observations, la partie défenderesse fait valoir ce qui suit

« la partie adverse s'interroge également sur l'intérêt du requérant en cette sous-branche, dès lors qu'il reste en défaut de démontrer la réalité des ruptures de stock des médicaments requis par son état de santé, et que l'on n'explique pas les raisons pour lesquelles des garanties en sens contraire auraient dû être fournies dans les requêtes MedCOI, alors que la teneur de celles-ci confirmait justement la disponibilité des médicaments *ad hoc*, ce qui excluait, en principe, l'hypothèse des ruptures de stocks.

En toute hypothèse, cet argumentaire avait déjà pu être examiné par Votre Conseil [CCE, arrêt n°249.900 du 25 février 2021 ; dans le même sens, voy. C.C.E. n°247.981 du 22 janvier 2021 ; C.C.E. n°248.798 du 8 février 2021].

[...] Le requérant fait référence à un rapport de 2022 concernant la lutte contre le VIH au Congo et les différents problèmes y afférents.

Cependant, comme le relève le médecin conseil de la partie adverse dans son avis médical du 1er septembre 2023, il s'agit d'informations à caractère général qui ne visent pas le requérant personnellement.

De la sorte, le requérant méconnaît la position de Votre Conseil selon laquelle il lui appartenait d'individualiser son propos (en ce sens, voy. C.C.E. n°200.258 du 26 février 2018 ; C.C.E. n°220.256 du 25 avril 2019 ; C.C.E. n°247.436 du 14 janvier 2021 ; C.C.E. n°246.205 du 16 décembre 2020).

Il échète dès lors de constater que le requérant reste en défaut de démontrer qu'il serait personnellement concerné par les problèmes éventuellement causés en raison de la situation générale qu'il invoque ».

Cet argumentaire ne peut être suivi, au vu de ce qui précède.

De plus, la partie défenderesse tente de compléter *a posteriori* l'avis du fonctionnaire médecin, ce qui ne peut être admis.

2.5. Il résulte de ce qui précède que le moyen unique est, dans cette mesure, fondé et suffit à l'annulation de l'acte attaqué.

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres développements du moyen, dans le reste des 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> branches ou les 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> branches. A les supposer fondés, ils ne pourraient entraîner une annulation de cet acte aux effets plus étendus.

### **3. Débats succincts.**

3.1. Le recours en annulation ne nécessitant que des débats succincts, il est fait application de l'article 36 de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 fixant la procédure devant le Conseil du Contentieux des Etrangers.

3.2. Le Conseil étant en mesure de se prononcer directement sur le recours en annulation, il n'y a plus lieu de statuer sur la demande de suspension.

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

#### **Article 1.**

La décision déclarant non fondée une demande d'autorisation de séjour, prise le 4 septembre 2023, est annulée.

#### **Article 2.**

La demande de suspension est sans objet.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique, le 16 juillet 2024, par :

N. RENIERS,

Présidente de chambre,

A.D. NYEMECK,

Greffier.

Le Greffier,

La Présidente,

A.D. NYEMECK

N. RENIERS