



COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME  
EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS

GRANDE CHAMBRE

**AFFAIRE N. c. ROYAUME-UNI**

*(Requête n° 26565/05)*

ARRÊT

STRASBOURG

27 mai 2008

*Cet arrêt est définitif. Il peut subir des retouches de forme.*



**En l'affaire N. c. Royaume-Uni,**

La Cour européenne des droits de l'homme, siégeant en une Grande Chambre composée de :

Jean-Paul Costa, *président*,  
Nicolas Bratza,  
Peer Lorenzen,  
Françoise Tulkens,  
Josep Casadevall,  
Giovanni Bonello,  
Ireneu Cabral Barreto,  
Boštjan M. Zupančič,  
Rait Maruste,  
Snejana Botoucharova,  
Javier Borrego Borrego,  
Khanlar Hajiyeu,  
Ljiljana Mijović,  
Dean Spielmann,  
Renate Jaeger,  
Ján Šikuta,  
Mark Villiger, *juges*,

et de Michael O'Boyle, *greffier adjoint*,

Après en avoir délibéré en chambre du conseil les 26 septembre 2007 et 23 avril 2008,

Rend l'arrêt que voici, adopté à cette dernière date :

**PROCÉDURE**

1. A l'origine de l'affaire se trouve une requête (n° 26565/05) dirigée contre le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et dont une ressortissante ougandaise, M<sup>me</sup> N. (« la requérante »), a saisi la Cour le 22 juillet 2005 en vertu de l'article 34 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (« la Convention »). Le président de la Grande Chambre a accédé à la demande de non-divulgence de son identité formulée par la requérante (article 47 § 3 du règlement de la Cour).

2. La requérante, qui a été admise au bénéfice de l'assistance judiciaire, a été représentée par M. J. Luqmani, *solicitor* à Londres. Le gouvernement britannique (« le Gouvernement ») a été représenté par son agent, M. J. Grainger, du ministère des Affaires étrangères et du Commonwealth.

3. La requérante, séropositive, alléguait que si elle était expulsée vers l'Ouganda elle n'aurait pas accès au traitement médical dont elle a besoin, ce qui emporterait violation des articles 3 et 8 de la Convention.

4. La requête a été attribuée à la quatrième section de la Cour (article 52 § 1 du règlement). Le 22 mai 2007, une chambre de ladite section, composée des juges Casadevall, Bratza, Bonello, Traja, Pavloschi, Mijović et Šikuta, ainsi que de T.L. Early, greffier de section, s'est dessaisie au profit de la Grande Chambre, aucune des parties ne s'y étant opposée (articles 30 de la Convention et 72 du règlement).

5. La composition de la Grande Chambre a été arrêtée conformément aux articles 27 §§ 2 et 3 de la Convention et 24 du règlement.

6. Tant la requérante que le Gouvernement ont déposé des observations écrites sur la recevabilité et le fond de l'affaire. Des observations ont également été reçues de la Fondation Helsinki pour les Droits de l'Homme, que le président avait autorisée à intervenir dans la procédure écrite (articles 36 § 2 de la Convention et 44 § 2 du règlement).

7. Une audience s'est déroulée en public au Palais des droits de l'homme, à Strasbourg, le 26 septembre 2007 (article 59 § 3 du règlement).

Ont comparu :

– *pour le Gouvernement*

M. J. Grainger,	<i>agent,</i>
M <sup>me</sup> M. Carss-Frisk, <i>QC</i> ,	<i>conseil,</i>
M. T. Eicke,	
M <sup>me</sup> C. Adams,	
M. P. Deller,	
M <sup>me</sup> L. Stowe,	<i>conseillers ;</i>

– *pour la requérante*

MM.D. Pannick, <i>QC</i> ,	
R. Scannell,	<i>conseils,</i>
J. Luqmani,	<i>solicitor.</i>

La Cour a entendu M<sup>me</sup> Carss-Frisk et M. Pannick en leurs déclarations ainsi qu'en leurs réponses aux questions posées par les juges Borrego Borrego et Mijović.

## EN FAIT

### I. LES CIRCONSTANCES DE L'ESPÈCE

8. La requérante est née en 1974 en Ouganda. Elle vit actuellement à Londres.

9. Elle arriva au Royaume-Uni le 28 mars 1998 sous un nom d'emprunt. Gravement malade, elle fut hospitalisée. On diagnostiqua alors chez elle une infection à VIH accompagnée « d'une immunodépression extrêmement forte et (...) d'une diffusion du bacille de Koch ».

10. Le 31 mars 1998, des *solicitors* présentèrent en son nom une demande d'asile. Ils soutenaient que l'intéressée avait été maltraitée et violée par le Mouvement national de la résistance en Ouganda en raison de ses liens avec l'Armée de résistance du Seigneur, et qu'elle craignait pour sa vie et sa sécurité au cas où elle serait expulsée.

11. En août 1998, la requérante contracta une seconde maladie liée au sida, le sarcome de Kaposi. Son taux de lymphocytes CD4 était tombé à 10 (alors que celui d'une personne en bonne santé est supérieur à 500). Après un traitement avec des médicaments antirétroviraux et des contrôles fréquents, son état commença à se stabiliser. Ainsi, lorsque la Chambre des lords examina son affaire en 2005, son taux de CD4 était remonté à 414.

12. En mars 2001, à la demande du *solicitor* de la requérante, un médecin rédigea une expertise où il exprima l'avis que si l'intéressée devait cesser de bénéficier d'un traitement antirétroviral régulier de nature à améliorer et à stabiliser son taux de CD4 et d'un suivi propre à garantir l'emploi de la bonne association de médicaments, son espérance de vie serait inférieure à un an en raison de la prolifération du sarcome de Kaposi et du risque de contraction d'infections. Il précisa que le traitement dont la requérante avait besoin était disponible en Ouganda mais seulement à un prix extrêmement élevé et que l'intéressée ne pourrait se le procurer qu'en quantité limitée dans la ville de Masaka dont elle était originaire. Il souligna par ailleurs qu'il n'existait en Ouganda aucun financement public pour les contrôles sanguins, les soins infirmiers de base, la sécurité sociale, la nourriture ou le logement.

13. Considérant que les explications de la requérante manquaient de crédibilité et non convaincu que l'intéressée fût dans le collimateur des autorités ougandaises, le ministre rejeta la demande d'asile le 28 mars 2001. Il écarta également le grief tiré de l'article 3, notant que le traitement du sida en Ouganda était comparable à ce qui se faisait dans n'importe quel autre pays d'Afrique, et que tous les principaux médicaments antirétroviraux étaient disponibles en Ouganda à des prix fortement subventionnés.

14. Un *adjudicator* statua sur le recours de la requérante le 10 juillet 2002. Il le rejeta pour autant qu'il portait sur le refus d'accorder l'asile mais

l'accueillit, en s'appuyant sur l'arrêt *D. c. Royaume-Uni* (2 mai 1997, *Recueil des arrêts et décisions* 1997-III), pour autant qu'il se rapportait à l'article 3. Il considéra que l'affaire relevait des instructions de la Direction de l'asile, lesquelles disposent qu'une autorisation exceptionnelle de rester sur le territoire du Royaume-Uni ou d'y entrer doit être accordée :

« lorsqu'il existe des preuves médicales *crédibles* montrant que, compte tenu du niveau des services médicaux disponibles dans le pays concerné, l'expulsion entraînerait une réduction de l'espérance de vie du requérant et soumettrait celui-ci à des souffrances physiques et morales extrêmes, ce dans des circonstances où le Royaume-Uni peut passer pour avoir assumé la responsabilité du traitement de l'intéressé. (...) »

15. Le ministre forma un recours contre la conclusion relative à l'article 3 en arguant que tous les médicaments pour soigner le sida disponibles au Royaume-Uni dans le cadre du système national de santé pouvaient aussi être obtenus localement et que l'on pouvait se procurer la plupart d'entre eux à bas prix grâce à des projets financés par l'ONU et à des programmes bilatéraux sur le sida financés par des donateurs. En cas d'expulsion, la requérante ne se trouverait donc pas face à « une absence totale de traitement médical » et ne serait ainsi pas soumise à des « souffrances physiques et morales extrêmes ». La commission de recours en matière d'immigration accueillit le recours le 29 novembre 2002. Elle conclut en ces termes :

« On trouve en Ouganda des traitements médicaux permettant de soigner [la requérante], même si la commission reconnaît que le niveau des services médicaux disponibles en Ouganda est inférieur à ce qu'il est au Royaume-Uni et continuera d'accuser un retard par rapport aux nouveaux médicaments qui ne cessent d'apparaître et qui sont inévitablement d'abord disponibles dans les pays développés. Néanmoins, l'Ouganda déploie de larges efforts pour faire face au problème du sida : on y trouve des médicaments contre le sida, des formes évoluées de médicaments y sont distribuées (quoiqu'avec retard), et ce n'est qu'au fur et à mesure que l'on peut évaluer les besoins spécifiques et évolutifs de [la requérante] et déterminer si le traitement approprié est disponible. »

16. La requérante fut autorisée à saisir la Cour d'appel le 26 juin 2003. Le 16 octobre 2003, cette juridiction la débouta par deux voix contre une ([2003] EWCA Civ 1369). S'appuyant sur l'arrêt *D. c. Royaume-Uni* (précité), le *Lord Justice Laws* fit la déclaration suivante (à laquelle le *Lord Justice Dyson* souscrivit) :

« La différence entre le bien-être relatif accordé dans un Etat signataire à une personne très malade y étant installée depuis un certain temps, voire depuis très longtemps, et les pénuries et difficultés auxquelles (sans qu'il y ait de violation du droit international) elle serait confrontée si elle était expulsée vers son pays d'origine constituée selon moi – même lorsque cette différence est très grande – un fondement très mince sur lequel ériger une obligation légale pour l'Etat d'accorder ou de prolonger le droit de rester sur son territoire, pareille obligation n'étant étayée par aucune décision ou politique émanant du bras démocratique, exécutif ou législatif, de l'Etat. L'élaboration de la politique d'immigration (...) relève de la responsabilité de

tout gouvernement élu. L'on comprend facilement que les contours d'une telle responsabilité puisse être modifiés par la survenance d'une obligation légale découlant de la Convention européenne des Droits de l'Homme dans le cas où la personne en question demande à être protégée de la torture ou d'autres mauvais traitements contraires à l'article 3 dans son pays d'origine, notamment si ces traitements lui seraient infligés par des agents de l'Etat. A mon avis, toutefois, une demande de protection des difficultés découlant d'un manque de ressources, même si ce manque apparaît plus marqué encore à la lumière d'une comparaison avec les services disponibles dans le pays hôte, est d'un tout autre ordre.

(...) Je dirais que, quand le grief porte en substance sur le manque de ressources dans le pays d'origine du requérant (par opposition aux ressources disponibles dans le pays dont il doit être expulsé), l'application de l'article 3 ne se justifie que lorsque l'aspect humanitaire de l'affaire est si puissant que les autorités d'un Etat civilisé ne peuvent raisonnablement pas l'ignorer. Je reconnais que cela ne constitue pas un critère légal très précis (...) une affaire relative à l'article 3 de ce type doit se fonder sur des faits qui soient non seulement exceptionnels, mais aussi extrêmes, extrêmes par comparaison avec des affaires qui toutes ou pour la plupart (comme celle ici examinée) commandent la compassion pour des motifs impérieux (...); »

Le *Lord Justice Carnwath*, dissident, déclara ne pas pouvoir dire que les faits de la cause fussent tellement limpides que la seule solution raisonnable consistât à conclure à la non-applicabilité de l'article 3. Il précisa que, vu le contraste flagrant entre la situation de la requérante au Royaume-Uni et celle qu'elle connaîtrait presque à coup sûr si elle était expulsée vers l'Ouganda – à savoir une espérance de vie considérablement réduite en l'absence de soutien familial effectif –, il aurait pour sa part renvoyé l'affaire à l'organe ayant instruit les faits de la cause, à savoir la commission de recours en matière d'immigration.

17. La requérante fut autorisée à saisir la Chambre des lords. Le 5 mai 2005, la haute juridiction rejeta à l'unanimité le recours de l'intéressée ([2005] UKHL 31).

Lord Nicholls of Birkenhead résuma le pronostic concernant la requérante en ces termes :

« (...) En août 1998, [la requérante] contracta une deuxième maladie liée au sida, le sarcome de Kaposi. Alors que le taux de CD4 d'une personne en bonne santé est supérieur à 500, le sien était tombé à 10.

Grâce à l'administration de médicaments récents et à des traitements médicaux dispensés par un personnel qualifié pendant une longue période, y compris le recours prolongé à une chimiothérapie systématique, [la requérante] va désormais beaucoup mieux. Son taux de CD4 est remonté [de 10] à 414. Son état s'est stabilisé. Ses médecins disent que, si elle continue à bénéficier des médicaments et services médicaux disponibles au Royaume-Uni, son état devrait rester bon pendant des « décennies ». En revanche, sans ces médicaments et services, le pronostic est « épouvantable » : sa santé se détériorera, elle souffrira et mourra dans un délai d'un ou deux ans. Cela est dû au fait que les médicaments antirétroviraux hautement actifs qu'elle prend actuellement ne servent pas à guérir la maladie et ne rétablissent pas l'état de santé antérieur à son apparition. Ces médicaments ne font que reproduire les

fonctions du système immunitaire affaibli et protéger l'intéressée des conséquences de son immunodéficience et ce, seulement tant qu'elle les prend.

La cruelle réalité est que si [la requérante] retourne en Ouganda, il n'est pas sûr qu'elle puisse obtenir les médicaments nécessaires. La faire rentrer dans ce pays, si elle ne peut s'y procurer les soins médicaux dont elle a besoin pour contrôler sa maladie, ce sera comme débrancher un appareil de maintien des fonctions vitales. »

Lord Hope, à qui lord Nicholls of Birkenhead, lord Brown of Eaton-under-Heywood et lord Walker of Gestingthorpe se rallièrent, cita en détail la jurisprudence de la Cour (voir paragraphes 32-39 ci-dessous) et déclara :

« (...) la Cour de Strasbourg s'en est toujours tenue à deux principes essentiels. D'une part, du fait de son caractère fondamental, le droit garanti par l'article 3 s'applique quelle que soit la conduite du requérant, c'est-à-dire même si celle-ci est répréhensible. (...) D'autre part, les étrangers menacés d'expulsion ne peuvent revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance médicale, sociale ou autre assurée par l'Etat qui expulse. Il n'est dérogé à cette règle lorsque l'expulsion est contestée pour des motifs médicaux qu'en présence de circonstances exceptionnelles. (...) La question à laquelle le tribunal doit accorder toute son attention est celle de savoir si l'état de santé actuel du requérant est tel que, pour des motifs humanitaires, il ne doit pas être expulsé, sauf si l'on peut prouver que les services médicaux et sociaux dont il a manifestement besoin lui sont réellement accessibles dans le pays de destination. Les seules affaires où la Cour a ainsi conclu qu'il ne devait pas y avoir expulsion sont *D. c. Royaume-Uni* (...) et *B.B. c. France* (...) Dans ses décisions, la Cour de Strasbourg a pris soin d'éviter tout élargissement supplémentaire de la catégorie d'affaires exceptionnelles dont l'affaire *D. c. Royaume-Uni* est emblématique.

Il se peut que la Cour n'ait pas réellement pris la mesure des conséquences découlant de l'évolution des techniques médicales depuis l'adoption des arrêts *D. c. Royaume-Uni* et *B.B. c. France*. A l'heure actuelle, les infections à VIH peuvent être contrôlées efficacement et indéfiniment grâce à l'administration de médicaments antirétroviraux. Dans presque tous les cas où ce traitement est prescrit avec succès, on s'aperçoit que le patient est désormais en bonne santé. En revanche, dans quasiment tous ces cas, l'arrêt du traitement conduit en très peu de temps à la réapparition de tous les symptômes que le patient présentait initialement ainsi qu'à sa mort à bref délai. Le traitement antirétroviral peut être comparé à un appareil de maintien des fonctions vitales. Bien que les effets d'un arrêt du traitement ne soient pas aussi immédiats, ils sont à plus ou moins long terme tout aussi fatals. Il apparaît quelque peu spécieux de la part de la Cour de se concentrer sur l'état de santé du requérant alors que cet état est en vérité entièrement dû au traitement dont la poursuite est justement en péril.

On ne peut cependant pas dire que la Cour soit ignorante des avancées de la science médicale dans ce domaine. Toutes les affaires postérieures à l'affaire *S.C.C. c. Suède* le montrent. Si la Cour ne semble pas avoir été émue par ces affaires, c'est à mon avis parce qu'elle s'en tient au principe selon lequel les étrangers menacés d'expulsion ne peuvent revendiquer un droit à rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance médicale, sociale ou autre assurée par l'Etat qui expulse. La façon dont ce principe a été invoqué puis appliqué dans l'affaire *Amegnigan c. Pays-Bas* (...) est, selon moi, tout à fait significative. Ce que la Cour dit, au fond, c'est que le fait que le traitement risque d'être hors de portée du requérant dans l'Etat de destination ne doit pas passer pour une circonstance exceptionnelle. Les



choses seraient peut-être différentes dans des situations où l'on pourrait dire que ce traitement n'est pas du tout disponible dans ce pays et que le requérant court un risque inévitable en raison de l'absence totale de pareil traitement. Or il est de moins en moins probable que cela soit le cas, compte tenu de l'importance de l'aide médicale qui parvient désormais aux pays du tiers monde, notamment ceux d'Afrique subsaharienne. Les circonstances ne peuvent être qualifiées de « très exceptionnelles », pour reprendre les termes utilisés par la Cour dans l'affaire *Amegnigan*, que s'il est prouvé que l'état de santé du requérant a atteint un stade tellement critique qu'il existe des motifs humanitaires impérieux de ne pas l'expulser vers un lieu n'offrant pas les services médicaux et sociaux dont il aurait besoin pour prévenir des souffrances extrêmes avant sa mort.

(...) Tant que [la requérante] continuera de prendre son traitement, elle restera en bonne santé et pourra espérer vivre ainsi pendant plusieurs dizaines d'années. Son état actuel ne peut être qualifié de critique. Il lui permet de voyager et demeurera stable si elle peut obtenir le traitement qui lui est nécessaire après son retour en Ouganda, aussi longtemps que ce traitement lui restera accessible. Les preuves montrent que ce traitement est disponible dans ce pays, quoiqu'à un prix extrêmement élevé. La requérante y a toujours de la famille, mais elle affirme qu'aucun de ses proches ne voudra ni ne pourra l'héberger et s'occuper d'elle. A mon avis, son cas relève de la même catégorie que les affaires *S.C.C. c. Suède*, *Henaö c. Pays-Bas*, *Ndangoya c. Suède*, et *Amegnigan c. Pays-Bas*, où la Cour a considéré que le critère des circonstances exceptionnelles n'était pas rempli. Selon moi, la jurisprudence de la Cour conduit inmanquablement à conclure que l'expulsion de [la requérante] vers l'Ouganda ne serait pas contraire à l'article 3 de la Convention. (...) »

Lord Hope conclut en faisant observer ce qui suit :

« [Tout élargissement des principes dégagés dans *D. c. Royaume-Uni*] aurait pour effet de conférer à toutes les personnes se trouvant dans le même état que [la requérante] un droit d'asile dans ce pays jusqu'à ce que le niveau des services médicaux disponibles dans leur pays d'origine pour le traitement de l'infection à VIH/du sida ait atteint celui qui existe en Europe. Cela entraînerait le risque d'attirer au Royaume-Uni un grand nombre de personnes déjà séropositives espérant pouvoir elles aussi y rester indéfiniment afin de bénéficier des services médicaux disponibles dans ce pays, ce qui absorberait des ressources très importantes et assurément impossibles à quantifier, et l'on peut fortement douter, pour ne pas dire plus, que les Etats parties à la Convention aient accepté une telle chose. Il est vraisemblablement préférable que les Etats continuent à concentrer leurs efforts sur les actions qui sont entreprises à l'heure actuelle, avec l'aide des laboratoires pharmaceutiques, pour rendre les soins médicaux nécessaires universellement et gratuitement disponibles dans les pays du tiers monde qui continuent à souffrir de ce fléau implacable qu'est le VIH/sida. »

La baronne Hale of Richmond, estimant elle aussi qu'il y avait lieu de rejeter le recours, passa en revue les précédents de la jurisprudence interne et de celle de Strasbourg et définit en ces termes le critère à appliquer :

« (...) il s'agit de savoir si la maladie du requérant a atteint un stade tellement critique (c'est-à-dire proche de la mort) qu'il serait inhumain de priver l'intéressé des soins qu'il reçoit actuellement et de le renvoyer chez lui, où il connaîtrait une mort prématurée, sauf à pouvoir bénéficier des soins propres à lui permettre de finir ses jours dans la dignité. (...) Tel n'est pas le cas en l'espèce. »

## II. LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA AU ROYAUME-UNI ET EN OUGANDA

18. Il ressort d'informations que la Cour s'est procurées elle-même que l'infection à VIH est normalement traitée par des médicaments antirétroviraux. Au Royaume-Uni, comme dans la plupart des pays développés, ces médicaments sont prescrits en association, ce qui constitue un « traitement antirétroviral hautement actif » (HAART). Pour une bonne administration des médicaments antirétroviraux, il faut que le patient bénéficie d'un suivi régulier, notamment d'analyses de sang, et que du personnel médical soit disponible pour modifier à intervalles fréquents le dosage et le type de médicaments. Pareil traitement est généralement distribué gratuitement par le Service national de santé.

19. En Ouganda, on a tenté de réduire la dépendance du pays à l'égard des médicaments importés, notamment en produisant sur place des médicaments génériques. Cependant, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la disponibilité des médicaments antirétroviraux est entravée par la faiblesse des ressources financières et par les lacunes de l'infrastructure de santé nécessaire pour les administrer efficacement. En conséquence, d'après une étude menée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en Ouganda seule la moitié environ des personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficient (OMS, « *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy* » (Progrès dans l'accès global au traitement antirétroviral contre le VIH), mars 2006, pp. 9, 11 et 72). Dans la partie consacrée à l'Ouganda de l'analyse de la situation par pays qu'ils ont effectuée en 2007, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'OMS ont également fait état d'obstacles majeurs à la prévention, au traitement et aux soins en ce qui concerne le VIH : investissements publics réduits, couverture limitée et absence de cadre politique. Il existe aussi des disparités importantes entre les zones urbaines et les zones rurales pour ce qui est de la disponibilité des médicaments (*World Health Organization Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up for Uganda*, décembre 2005). En outre, les progrès réalisés en matière d'offre de soins médicaux ont été contrebalancés par le nombre sans cesse croissant de personnes à traiter (ONUSIDA/OMS, « Le point sur l'épidémie de sida », 2006, p. 18). Ainsi, compte tenu de la croissance rapide de la population en Ouganda, un taux stable d'incidence du VIH signifie qu'un nombre croissant de personnes contractent le VIH chaque année (ONUSIDA/OMS, « Le point sur l'épidémie de sida », 2007, p. 17).

## EN DROIT

### I. SUR LA RECEVABILITÉ

20. La requérante allègue que, vu sa maladie et dès lors qu'elle ne peut obtenir gratuitement en Ouganda tout ce dont elle a besoin pour se soigner (médicaments antirétroviraux et autres, assistance sociale et soins infirmiers), son expulsion vers ce pays l'exposerait, au mépris de l'article 3 de la Convention, à des souffrances physiques et morales extrêmes ainsi qu'à une mort prématurée. Le Gouvernement est en désaccord avec cette thèse.

L'article 3 dispose :

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

L'article 8 est libellé en ces termes :

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

21. La Cour considère que la requête dans son ensemble soulève des questions de droit suffisamment sérieuses pour que l'on ne puisse statuer à leur sujet sans un examen au fond. La requête ne se heurtant par ailleurs à aucun motif d'irrecevabilité, la Cour la déclare recevable. Conformément à l'article 29 § 3 de la Convention, elle va maintenant procéder à l'examen au fond des griefs de la requérante.

### II. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 3 DE LA CONVENTION

#### A. Les arguments des parties

##### 1. *Le Gouvernement*

22. Le Gouvernement soutient qu'il ressort clairement de la jurisprudence de la Cour que, dans des affaires médicales telles que celle-ci, l'article 3 ne s'applique que dans des circonstances « exceptionnelles »,

voire « très exceptionnelles ». Cette restriction à l'application de l'article 3 serait correcte dans son principe, car la source du risque ne se trouverait pas dans l'Etat qui expulse et le risque découlerait de facteurs n'étant pas de nature à engager la responsabilité des autorités publiques de l'Etat de destination. Il se dégagerait par ailleurs de la jurisprudence que l'on ne peut parler de « circonstances exceptionnelles » que lorsque la maladie du requérant a atteint un stade très avancé ou terminal et que le manque probable dans le pays de destination de soins médicaux et de soutien, y compris de la part des membres de la famille, aurait pour conséquence de priver l'intéressé de « sa dignité humaine dans ce qu'elle a de plus élémentaire alors que sa maladie suivrait son cours inévitablement douloureux et fatal » (*D. c. Royaume-Uni*, précité, avis de la Commission, p. 807, § 60). Pour établir l'existence ou non de circonstances exceptionnelles, la Cour se serait principalement attachée, dans les affaires antérieures, à la gravité de l'état de santé du requérant au moment où l'expulsion était envisagée, et elle ne se serait à ce jour encore jamais livrée à un examen détaillé du point de savoir si le requérant pourrait effectivement obtenir le traitement et les soins nécessaires dans le pays de destination.

23. Le Gouvernement estime qu'en l'espèce le critère des « circonstances exceptionnelles » n'est pas rempli. S'il admet qu'en l'absence de médicaments antirétroviraux l'état de la requérante s'aggraverait rapidement et que l'intéressée connaîtrait la maladie et la souffrance et qu'elle mourrait dans un délai d'un ou deux ans, il affirme que la maladie est actuellement stabilisée et que le traitement nécessaire est disponible en Ouganda, quoiqu'à un prix extrêmement élevé. Il soutient que la requérante est apte à voyager et que si elle peut se procurer le traitement nécessaire à son retour en Ouganda son état demeurera stable aussi longtemps que ce traitement lui restera accessible. L'intéressée aurait de la famille dans ce pays, même si elle affirme que ses proches ne voudraient ni ne pourraient s'occuper d'elle si elle était gravement malade. Pour toutes ces raisons, la présente espèce se distinguerait de l'affaire *D. c. Royaume-Uni* et relèverait de la catégorie des affaires médicales où la Cour a rejeté le grief tiré de l'article 3 (paragraphe 34-39 ci-dessous).

24. Les progrès réalisés dans le traitement de l'infection à VIH et du sida dans les pays développés n'auraient pas d'incidence sur le principe général susmentionné, tel qu'énoncé dans la jurisprudence depuis l'arrêt *D. c. Royaume-Uni*, dans la mesure où la Cour aurait mis l'accent, dans ces affaires, sur le fait qu'il s'agissait davantage de la garantie de pouvoir mourir dans la dignité que du souci de prolonger la vie. Comme pour tout traité international, l'interprétation de la Convention serait conditionnée par le consentement des Etats contractants. Etendre l'application de l'article 3 au cas de la requérante aurait pour effet concret d'accorder à celle-ci, ainsi qu'à d'innombrables autres personnes touchées par le sida ou d'autres maladies

mortelles, le droit de demeurer dans un Etat contractant et de continuer à y bénéficier d'un traitement médical. On ne pourrait pas concevoir que les Etats contractants eussent accepté une telle chose. La Convention aurait été élaborée principalement afin de garantir des droits civils et politiques, et non des droits économiques et sociaux. La protection prévue par l'article 3 serait absolue et fondamentale, alors que les dispositions relatives aux services médicaux contenues dans d'autres instruments internationaux, tels que la Charte sociale européenne et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, n'auraient qu'une nature programmatique et ne confèreraient pas à l'individu des droits directement exécutoires. Permettre à un requérant de réclamer l'accès à des soins de santé par le moyen détourné de l'invocation de l'article 3, c'est-à-dire en passant par « la porte de derrière », priverait l'Etat de toute marge d'appréciation ; ce serait en outre une mesure totalement impraticable et contraire à l'esprit de la Convention.

## 2. La requérante

25. La requérante soutient que, pour que la responsabilité de l'Etat soit engagée dans une affaire d'expulsion, il faut que le requérant établisse que l'Etat pouvait raisonnablement prévoir, premièrement, que son action ou inaction provoquerait un préjudice, et, deuxièmement, que ce préjudice atteindrait le seuil de gravité en deçà duquel on ne peut parler de traitement contraire à l'article 3. L'analyse devant être effectuée par la Cour dans une affaire d'expulsion ne serait pas différente de celle devant être menée dans n'importe quelle autre affaire comportant une allégation de préjudice futur relevant de l'article 3 ; par ailleurs, l'analyse devant être pratiquée dans une affaire d'expulsion concernant une personne atteinte du sida ou d'une autre maladie grave ne se distinguerait pas de celle devant être réalisée lorsque le risque de mauvais traitement émane des autorités publiques du pays de destination. En outre, il n'y aurait pas de différence conceptuelle entre les souffrances extrêmes provoquées par l'expulsion d'une personne sur le point de mourir et psychologiquement prête à affronter cette épreuve et celles causées par l'expulsion d'une personne psychologiquement non prête à mourir après avoir échappé de peu à la mort grâce à un traitement qu'il est envisagé d'interrompre.

26. En l'espèce, les éléments du dossier feraient apparaître un contraste saisissant entre la situation actuelle de la requérante et le sort qu'elle connaîtrait si elle était expulsée. L'*adjudicator* aurait considéré qu'en cas d'expulsion il était prévisible qu'elle devrait faire face à des souffrances physiques et morales extrêmes ainsi qu'une mort prématurée. Ce constat n'aurait été remis en cause à aucun moment au cours de la procédure interne et lord Hope l'aurait explicitement repris à son compte dans sa déclaration (paragraphe 14-17 ci-dessus).

27. La requérante affirme que cinq de ses six frères et sœurs sont décédés de maladies liées au VIH en Ouganda. Elle aurait assisté à leur mort et saurait par expérience que tout ce que les médecins ougandais peuvent faire est de tenter d'atténuer les symptômes. L'hôpital situé dans sa ville natale serait très petit et non équipé pour traiter le sida. Se disant trop faible pour travailler, la requérante soutient qu'elle ne serait pas en mesure de subvenir à ses besoins et de payer ses médicaments si elle était expulsée vers l'Ouganda, où ses conditions de vie seraient alors épouvantables : elle retomberait rapidement très malade et, faute de proches capables de s'occuper d'elle, serait livrée à elle-même. Pendant les années passées au Royaume-Uni, elle se serait construit une vie privée grâce aux contacts noués avec des personnes et associations qui l'auraient aidée à vivre avec sa maladie et lui auraient fourni le soutien médical, social et psychologique nécessaire.

### *3. La tierce intervenante*

28. Partant du principe que les normes établies par la Cour auront une incidence sur un grand nombre de personnes atteintes du sida, la Fondation Helsinki pour les droits de l'homme, organisation non gouvernementale ayant son siège à Varsovie, en Pologne, considère que la Cour devrait saisir cette occasion pour définir les facteurs à prendre en compte lorsqu'il s'agit de décider de l'expulsion ou non d'une personne infectée par le VIH/atteinte du sida. Elle estime que parmi ces facteurs devraient figurer les droits acquis de la personne concernée si celle-ci a été autorisée à résider dans un pays hôte et si elle y est traitée au moyen d'une thérapie antirétrovirale, l'état de santé de la personne, et surtout son degré de dépendance à l'égard de cette thérapie ainsi que l'accessibilité pour elle des médicaments requis dans le pays d'origine.

## **B. L'appréciation de la Cour**

### *1. Les principes généraux relatifs à l'article 3 et à l'expulsion*

29. Conformément à la jurisprudence constante de la Cour, pour tomber sous le coup de l'article 3 un mauvais traitement doit atteindre un minimum de gravité. L'appréciation de ce minimum est relative ; elle dépend de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement et de ses effets physiques ou mentaux ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime (voir, parmi beaucoup d'autres, *Jalloh c. Allemagne* [GC], n° 54810/00, § 67, CEDH 2006-...). La souffrance due à une maladie survenant naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, peut relever de l'article 3 si elle se trouve ou risque de se trouver exacerbée par un traitement – que celui-ci résulte de conditions de détention, d'une

expulsion ou d'autres mesures – dont les autorités peuvent être tenues pour responsables (*Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02, § 52, CEDH 2002-III, *Kudla c. Pologne* [GC], n° 30210/96, § 94, CEDH 2000-XI, *Keenan c. Royaume-Uni*, n° 27229/95, § 116, CEDH 2001-III, et *Price c. Royaume-Uni*, n° 33394/96, § 30, CEDH 2001-VII).

30. Selon la jurisprudence constante de la Cour, les Etats contractants ont, en vertu d'un principe de droit international bien établi et sans préjudice des engagements découlant pour eux de traités, y compris la Convention, le droit de contrôler l'entrée, le séjour et l'éloignement des non-nationaux. Cependant, l'expulsion par un Etat contractant peut soulever un problème au regard de l'article 3, et donc engager la responsabilité de l'Etat en cause au titre de la Convention, lorsqu'il y a des motifs sérieux et avérés de croire que l'intéressé, si on l'expulse vers le pays de destination, y courra un risque réel d'être soumis à un traitement contraire à l'article 3. Dans ce cas, l'article 3 implique l'obligation de ne pas expulser la personne en question vers ce pays (*Saadi c. Italie* [GC], n° 37201/06, §§ 124-125, CEDH 2008-...).

31. L'article 3 s'applique principalement pour prévenir le refoulement ou l'expulsion lorsque le risque que la personne soit soumise à des mauvais traitements dans le pays de destination découle d'actes intentionnels des autorités publiques de ce pays ou de ceux d'organismes indépendants de l'Etat contre lesquels les autorités ne sont pas en mesure de lui offrir une protection appropriée (*H.L.R. c. France*, arrêt du 29 avril 1997, *Recueil* 1997-III, § 32, *Ahmed c. Autriche*, arrêt du 17 décembre 1996, *Recueil* 1996-VI, p. 2207, § 44).

## 2. La jurisprudence de la Cour relative à l'article 3 et à l'expulsion de personnes gravement malades

32. Par ailleurs, hormis ces cas de figure et compte tenu de l'importance fondamentale de l'article 3 dans le système de la Convention, la Cour a déclaré dans l'arrêt *D. c. Royaume-Uni* (précité, § 49) se réserver une souplesse suffisante pour traiter de l'application de cet article dans les autres situations susceptibles de se présenter, lorsque le risque que le requérant subisse des traitements interdits dans le pays de destination provient de facteurs qui ne peuvent engager, ni directement ni indirectement, la responsabilité des autorités publiques de ce pays ou qui, pris isolément, n'enfreignent pas par eux-mêmes les normes de cet article.

33. Dans l'affaire *D. c. Royaume-Uni*, le requérant était un ressortissant de Saint-Kitts qui avait été condamné au Royaume-Uni pour une infraction à la législation sur les stupéfiants. Lorsqu'il eut purgé sa peine d'emprisonnement, les autorités britanniques cherchèrent à l'expulser vers Saint-Kitts. Toutefois, il avait entre-temps atteint un stade avancé du sida. Lorsque la Cour statua sur son affaire, son taux de CD4 était inférieur à 10, son système immunitaire avait subi des dommages graves et irréparables et le pronostic à son sujet était très mauvais ; il était en fait proche de la mort.

Il avait bénéficié de conseils psychologiques quant à la manière d'appréhender la mort et noué des liens avec les personnes qui s'occupaient de lui. Il ressortait des éléments produits devant la Cour que les centres médicaux de Saint-Kitts n'étaient pas équipés pour lui prodiguer le traitement nécessaire et qu'il n'avait ni domicile familial ni parents proches pour s'occuper de lui dans ce pays. La Cour s'exprima ainsi (paragraphe 53-54) :

« Compte tenu de ces circonstances exceptionnelles et du fait que le requérant est parvenu à un stade critique de sa maladie fatale, la mise à exécution de la décision de l'expulser vers Saint-Kitts constituerait, de la part de l'Etat défendeur, un traitement inhumain contraire à l'article 3.

(...) l'Etat défendeur assume la responsabilité du traitement du requérant depuis août 1994. Celui-ci est devenu dépendant des soins médicaux et palliatifs qu'il reçoit actuellement et il est sans nul doute psychologiquement prêt à affronter la mort dans un environnement tout à la fois familial et humain. Même si l'on ne peut dire que la situation qui serait la sienne dans le pays de destination constitue en soi une violation de l'article 3, son expulsion l'exposerait à un risque réel de mourir dans des circonstances particulièrement douloureuses et constituerait donc un traitement inhumain.

(...)

Cela étant, la Cour souligne que les non-nationaux qui ont purgé leur peine d'emprisonnement et sont sous le coup d'un arrêté d'expulsion ne peuvent en principe revendiquer le droit de rester sur le territoire d'un Etat contractant afin de continuer à bénéficier de l'assistance médicale, sociale ou autre, assurée durant leur séjour en prison par l'Etat qui expulse.

Cependant, compte tenu des circonstances très exceptionnelles de l'affaire et des considérations humanitaires impérieuses qui sont en jeu, force est de conclure que la mise à exécution de la décision d'expulser le requérant emporterait violation de l'article 3. »

34. Depuis l'arrêt rendu dans l'affaire *D. c. Royaume-Uni*, la Cour n'a jamais conclu, dans une affaire de contestation de la décision d'un Etat d'expulser un étranger, que la mise à exécution de cette décision emporterait violation de l'article 3 à raison de la mauvaise santé de l'intéressé.

35. Dans l'affaire *B.B. c. France* (arrêt du 7 septembre 1998, *Recueil* 1998-VI), le requérant, qui avait purgé une peine d'emprisonnement en France, était atteint du sida et présentait une immunodépression profonde. Il était à un stade avancé de la maladie et avait dû faire de fréquents séjours à l'hôpital, mais son état s'était stabilisé grâce à l'administration d'un traitement antirétroviral dont il affirmait qu'il ne pourrait se le procurer dans son pays d'origine, la République démocratique du Congo. Dans son rapport, la Commission considéra qu'il était hautement probable qu'en cas d'expulsion le requérant n'aurait pas accès aux traitements conçus pour bloquer la propagation du virus et que les nombreuses épidémies sévissant



dans son pays augmenteraient le risque d'infection. Elle précisa que demander à l'intéressé de faire face à sa maladie seul, sans le soutien de sa famille, reviendrait vraisemblablement à le mettre dans l'impossibilité de conserver sa dignité au fur et à mesure de la progression de la maladie. Elle conclut donc que l'expulsion emporterait violation de l'article 3. L'affaire fut déférée à la Cour mais, avant que celle-ci ne statue, le Gouvernement français s'engagea à ne pas expulser le requérant et l'affaire fut dès lors rayée du rôle.

36. Dans l'affaire *Karara c. Finlande* (n° 40900/98, décision de la Commission du 29 mai 1998), le requérant, un ressortissant ougandais, était traité en Finlande depuis 1992 pour une infection à VIH. La Commission établit une distinction entre cette affaire et les affaires *D. c. Royaume-Uni* et *B.B. c. France* au motif que la maladie du requérant n'avait pas encore atteint un stade à ce point avancé que son expulsion constituerait un traitement interdit par l'article 3. Elle déclara donc la requête irrecevable.

37. Dans l'affaire *S.C.C. c. Suède* ((déc.), n° 46553/99, 15 février 2000), la requérante, une ressortissante zambienne, s'était vu refuser l'autorisation d'entrer en Suède, où elle avait auparavant vécu et avait été traitée pour sa séropositivité. Elle soumit alors des preuves médicales montrant que le traitement destiné à prolonger sa vie aurait de bien meilleures chances de réussir si on lui donnait la possibilité de le continuer en Suède, étant donné que le niveau de soins et les facilités de suivi existant en Zambie n'étaient pas aussi élevés qu'en Suède. La Cour déclara la requête irrecevable au motif que, selon un rapport de l'ambassade de Suède en Zambie, on trouvait dans ce pays le même type de traitement pour le sida, quoiqu'à un prix extrêmement élevé, et que les enfants et d'autres proches de la requérante y vivaient. Compte tenu de l'état de santé de la requérante à l'époque, la Cour conclut que son expulsion vers la Zambie ne constituerait pas un traitement interdit par l'article 3.

38. L'année suivante, la Cour adopta l'arrêt *Bensaid c. Royaume-Uni* (n° 44599/98, CEDH 2001-I). Le requérant, de nationalité algérienne, était un schizophrène soigné depuis quelques années au Royaume-Uni. La Cour rejeta à l'unanimité le grief tiré de l'article 3. Elle s'exprima comme suit (paragraphe 36-40) :

« En l'espèce, le requérant souffre d'une maladie mentale de longue durée, la schizophrénie. Il prend actuellement un médicament, l'olanzapine, qui l'aide à maîtriser ses symptômes. S'il retourne en Algérie, il ne pourra plus bénéficier gratuitement de ce médicament en consultation externe. Il n'est affilié à aucun fonds d'assurance sociale et ne peut prétendre à aucun remboursement. Il pourrait par contre bénéficier de ce médicament s'il était hospitalisé ou pourrait se le procurer dans le cadre d'une consultation externe mais alors moyennant paiement. D'autres médicaments utilisés dans le traitement de maladies mentales seraient aussi probablement disponibles. L'hôpital le plus proche qui puisse assurer ce traitement est situé à Blida, à 75 ou 80 km du village où vit la famille de l'intéressé.

Les difficultés qu'il y a à se procurer ce médicament et les tensions que ne pourrait manquer de provoquer un retour dans cette région d'Algérie, en proie à la violence et aux actes de terrorisme, compromettraient gravement la santé de l'intéressé, selon lui. Une aggravation de la maladie mentale dont il souffre déjà pourrait provoquer une résurgence des hallucinations et des délires psychotiques susceptibles d'induire des actes destructeurs pour lui-même ou autrui, et constituer un frein à un mode de fonctionnement social (par exemple retrait et manque de motivation). La Cour estime que les souffrances qui accompagneraient pareille rechute pourraient en principe relever de l'article 3.

La Cour observe toutefois que le requérant risque une rechute même s'il demeure au Royaume-Uni puisque sa maladie est de longue durée et exige un suivi constant. Le renvoi du requérant vers l'Etat de destination augmenterait sans doute ce risque, comme les changements qui surviendraient dans le soutien personnel et l'accès au traitement. Le requérant affirme en particulier que d'autres médicaments seraient moins à même d'améliorer son état et qu'il ne faut envisager qu'en dernier recours la solution qui consisterait à l'hospitaliser. Il n'en reste pas moins que le requérant peut prétendre à un traitement médical en Algérie. Le fait que sa situation dans ce pays serait moins favorable que celle dont il jouit au Royaume-Uni n'est pas déterminant du point de vue de l'article 3 de la Convention.

La Cour considère que le risque que le requérant voie son état se dégrader s'il retourne en Algérie et qu'il ne reçoive pas alors le soutien ou les soins adéquats, relève dans une large mesure de la spéculation. Les arguments tenant à l'attitude de la famille de l'intéressé, musulmane pratiquante, les difficultés de se rendre à Blida et les effets de ces facteurs sur sa santé sont eux aussi d'ordre spéculatif. Il ne ressort pas des renseignements fournis par les parties que la situation régnant dans la région interdise effectivement de se rendre à l'hôpital. Le requérant n'est pas lui-même une cible probable d'actes terroristes. Même si sa famille ne dispose pas de voiture, cela n'exclut pas la possibilité de s'organiser autrement.

La Cour admet que l'état de santé du requérant est grave. Compte tenu toutefois du seuil élevé fixé par l'article 3, notamment lorsque l'affaire n'engage pas la responsabilité directe de l'Etat contractant à raison du tort causé, la Cour n'estime pas qu'il existe un risque suffisamment réel pour que le renvoi du requérant dans ces circonstances soit incompatible avec les normes de l'article 3. Ne sont pas présentes ici les circonstances exceptionnelles de l'affaire *D. c. Royaume-Uni* (précitée) où le requérant se trouvait en phase terminale d'une maladie incurable, le sida, et ne pouvait espérer bénéficier de soins médicaux ou d'un soutien familial s'il était expulsé à Saint-Kitts. »

39. Dans l'affaire *Arcila Henao c. Pays-Bas* ((déc.), n° 13669/03, 24 juin 2003), le requérant était un ressortissant colombien traité avec des médicaments antirétroviraux après qu'on eut découvert qu'il était séropositif alors qu'il purgeait une peine d'emprisonnement pour trafic de drogue. La Cour considéra que l'état de santé de l'intéressé à l'époque de l'examen de la requête était raisonnable mais qu'il risquait de rechuter en cas d'interruption du traitement. Elle nota que le traitement requis était « en principe » disponible en Colombie, où résidaient le père et les six frères et sœurs du requérant. Elle établit une distinction entre cette affaire et les affaires *D. c. Royaume-Uni* et *B.B. c. France* (précitées), au motif que la maladie du

requérant n'avait pas atteint un stade avancé ou terminal et que l'intéressé pourrait obtenir des soins médicaux et un soutien familial dans son pays d'origine. Elle considéra donc que la situation du requérant n'était pas exceptionnelle au point que son expulsion constituerait un traitement interdit par la Convention et déclara la requête irrecevable.

40. Dans l'affaire *Ndangoya c. Suède* ((déc.), n° 17868/03, 22 juin 2004), le requérant était un ressortissant tanzanien chez qui un traitement antirétroviral avait permis de réduire l'infection à VIH au point de la rendre indécélable. L'intéressé soutenait qu'il y avait très peu de chances qu'il pût poursuivre son traitement en Tanzanie et que l'interruption de ce traitement entraînerait une dégradation de son système immunitaire à relativement brève échéance, l'apparition du sida dans un délai d'un ou deux ans et son décès au bout de trois ou quatre ans. La Cour déclara la requête irrecevable au motif que la maladie n'avait pas atteint un stade avancé ou terminal, que l'on trouvait le traitement adéquat en Tanzanie, quoiqu'à un prix extrêmement élevé et en quantité limitée dans la zone rurale dont le requérant était originaire, et que l'intéressé avait conservé certains liens avec des membres de sa famille qui pourraient peut-être lui venir en aide.

41. La Cour parvint à une conclusion analogue dans l'affaire *Amegnigan c. Pays-Bas* ((déc.), n° 25629/04, 25 novembre 2004), où le requérant, originaire du Togo, suivait un traitement antirétroviral aux Pays-Bas. Les preuves médicales indiquaient que, dès que le traitement serait interrompu, le requérant retomberait à un stade avancé de la maladie ce qui, eu égard au caractère incurable de cette dernière, entraînerait une menace directe pour sa vie. Un rapport sur la situation au Togo montrait que le traitement y était disponible mais qu'une personne sans assurance maladie aurait des difficultés à se le procurer si sa famille ne pouvait l'aider financièrement. La Cour déclara la requête manifestement mal fondée sous l'angle de l'article 3 au motif que le sida n'était pas totalement déclaré chez le requérant et que celui-ci n'était pas atteint d'infections opportunistes. Tout en admettant que le requérant connaîtrait une rechute en cas d'arrêt du traitement, comme l'avait déclaré le spécialiste qui le suivait, la Cour releva que la thérapie appropriée était en principe disponible au Togo, quoiqu'à un coût pouvant être extrêmement élevé.

### 3. Principes se dégageant de la jurisprudence susmentionnée

42. En bref, la Cour observe que, depuis l'adoption de l'arrêt *D. c. Royaume-Uni*, elle a appliqué de manière constante les principes suivants.

Les 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. Dans l'affaire *D. c. Royaume-Uni*, les circonstances très exceptionnelles tenaient au fait que le requérant était très gravement malade et paraissait proche de la mort, qu'il n'était pas certain qu'il pût bénéficier de soins médicaux ou infirmiers dans son pays d'origine et qu'il n'avait là-bas aucun parent désireux ou en mesure de s'occuper de lui ou de lui fournir ne fût-ce qu'un toit ou un minimum de nourriture ou de soutien social.

43. La Cour n'exclut pas qu'il puisse exister d'autres cas très exceptionnels où les considérations humanitaires soient tout aussi impérieuses. Toutefois, elle estime qu'elle doit conserver le seuil élevé fixé dans l'arrêt *D. c. Royaume-Uni* et appliqué dans sa jurisprudence ultérieure, seuil qui est selon elle correct dans son principe étant donné que, dans ces affaires, le préjudice futur allégué proviendrait non pas d'actes ou d'omissions intentionnels des autorités publiques ou d'organes indépendants de l'Etat mais bien d'une maladie survenant naturellement et de l'absence de ressources suffisantes pour y faire face dans le pays de destination.

44. Même si nombre des droits qu'elle énonce ont des prolongements d'ordre économique ou social, la Convention vise essentiellement à protéger des droits civils et politiques (*Airey c. Irlande*, arrêt du 9 octobre 1979, série A n° 32, § 26). En outre, le souci d'assurer un juste équilibre entre les exigences de l'intérêt général de la communauté et les impératifs de la sauvegarde des droits fondamentaux de l'individu est inhérent à l'ensemble de la Convention (*Soering c. Royaume-Uni*, arrêt du 7 juillet 1989, série A n° 161, p. 161, § 89). Les 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.

45. Enfin, la Cour considère que, bien que la présente requête, comme la plupart de celles citées plus haut, concerne l'expulsion d'une personne séropositive et présentant des affections liées au sida, les mêmes principes

doivent s'appliquer à l'expulsion de toute personne atteinte d'une maladie physique ou mentale grave survenant naturellement, susceptible de provoquer souffrances et douleur et de réduire l'espérance de vie, et nécessitant un traitement médical spécialisé qui peut ne pas être facile à se procurer dans le pays d'origine du requérant ou qui peut y être disponible mais seulement à un prix élevé.

#### *4. Application des principes précités au cas d'espèce*

46. La Cour observe d'emblée que, bien qu'elle ait sollicité l'asile au Royaume-Uni, demande dont elle fut déboutée, la requérante n'allègue pas que son expulsion vers l'Ouganda lui ferait courir le risque d'être soumise à des mauvais traitements délibérés répondant à des mobiles politiques. Son grief tiré de l'article 3 se fonde seulement sur la gravité de son état de santé et sur l'absence de traitement médical apte à soigner sa maladie dans son pays d'origine.

47. En 1998, on a diagnostiqué chez elle deux maladies liées au sida ainsi qu'une très forte immunodépression. Grâce au traitement médical dont elle bénéficie au Royaume-Uni, son état est désormais stable. Elle est apte à voyager et son état ne se détériorera pas tant qu'elle continuera à prendre le traitement dont elle a besoin. Il ressort toutefois des éléments produits devant les juridictions internes que si elle devait être privée des médicaments qu'elle prend actuellement son état empirerait rapidement et elle devrait affronter la maladie, l'inconfort et la souffrance, pour mourir en l'espace de quelques années (paragraphe 14-17 ci-dessus).

48. D'après les informations rassemblées par l'Organisation mondiale de la santé (paragraphe 19 ci-dessus), on trouve en Ouganda des médicaments antirétroviraux, même si, faute de ressources suffisantes, seule la moitié des personnes qui en ont besoin en bénéficient. La requérante allègue qu'elle n'aurait pas les moyens d'acheter ces médicaments et qu'elle ne pourrait pas se les procurer dans la région rurale dont elle est originaire. Il apparaît qu'elle a de la famille en Ouganda, mais elle soutient que celle-ci ne serait ni désireuse ni en mesure de s'occuper d'elle si elle était gravement malade.

49. Les autorités britanniques ont fourni à la requérante une assistance médicale et sociale financée sur fonds publics pendant les neuf années qu'il a fallu aux juridictions internes et à la Cour pour statuer sur sa demande d'asile et sur ses griefs tirés des articles 3 et 8 de la Convention. Toutefois, cela n'implique pas en soi que l'Etat défendeur soit dans l'obligation de continuer à lui offrir pareille assistance.

50. La Cour admet que la qualité et l'espérance de vie de la requérante auraient à pâtir de son expulsion vers l'Ouganda. Toutefois, la requérante n'est pas, à l'heure actuelle, dans un état critique. L'appréciation de la rapidité avec laquelle son état se dégraderait et de la mesure dans laquelle elle pourrait obtenir un traitement médical, un soutien et des soins, y compris l'aide de proches parents, comporte nécessairement une part de

spéculation, eu égard en particulier à l'évolution constante de la situation en matière de traitement de l'infection à VIH et du sida dans le monde entier.

51. Pour la Cour, la présente espèce ne peut être distinguée des affaires citées aux paragraphes 33 à 41 ci-dessus. Elle n'est pas marquée par des circonstances très exceptionnelles comme celles qui caractérisaient l'affaire *D. c. Royaume-Uni* (précitée), et la mise à exécution de la décision d'expulser l'intéressée vers l'Ouganda n'emporterait pas violation de l'article 3 de la Convention.

### III. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 8 DE LA CONVENTION

52. Sous l'angle de l'article 8, la requérante soutient que la situation qui serait la sienne à son retour en Ouganda serait de nature à mettre en jeu son droit au respect de sa vie privée.

53. La Cour considère qu'aucune question distincte ne se pose sous l'angle de l'article 8 de la Convention. Il n'y a donc pas lieu d'examiner ce grief.

### PAR CES MOTIFS, LA COUR

1. *Déclare*, à l'unanimité, la requête recevable ;
2. *Dit*, par quatorze voix contre trois, qu'il n'y aurait pas violation de l'article 3 de la Convention si la requérante était expulsée vers l'Ouganda ;
3. *Dit*, par quatorze voix contre trois, qu'il n'y a pas lieu d'examiner le grief tiré de l'article 8 de la Convention.

Fait en français et en anglais, puis prononcé en audience publique au Palais des droits de l'homme, à Strasbourg, le 27 mai 2008.

Michael O'Boyle  
Greffier adjoint

Jean-Paul Costa  
Président

Au présent arrêt se trouve joint, conformément aux articles 45 § 2 de la Convention et 74 § 2 du règlement, l'exposé de l'opinion dissidente commune à M<sup>me</sup> Tulkens, M. Bonello et M. Spielmann.

J.-P.C.  
M.O.B.

## OPINION DISSIDENTE COMMUNE AUX JUGES TULKENS, BONELLO ET SPIELMANN

(Traduction)

1. Nous ne souscrivons pas à la conclusion de la Cour selon laquelle il n'y aurait pas violation de l'article 3 de la Convention si la requérante était expulsée vers l'Ouganda.

2. Dans ces conditions, nous ne saurions non plus convenir qu'il n'y a pas lieu d'examiner le grief sous l'angle de l'article 8 de la Convention.

### I. Article 3

3. Une analyse approfondie des décisions des juridictions internes nous conduit à conclure qu'il existe des motifs sérieux et avérés de croire que la requérante court un risque réel de subir des traitements interdits dans son pays d'origine. De plus, cette affaire présente réellement une gravité exceptionnelle qui correspond au critère de « circonstances très exceptionnelles » défini dans l'affaire *D. c. Royaume-Uni*<sup>1</sup>.

4. Toutefois, avant d'en venir aux faits de la cause, nous souhaitons formuler quatre remarques au sujet des principes généraux de la jurisprudence de la Cour qui, selon nous, ont été mal appréciés par la majorité. Nous présenterons ensuite notre propre avis dissident.

### A. Principes généraux

5. Premièrement, nous tenons à indiquer que nous ne saurions partager l'opinion exprimée par la majorité selon laquelle la Cour doit conserver le seuil élevé qu'elle a fixé « *étant donné que, dans ces affaires, le préjudice futur allégué proviendrait non pas d'actes ou d'omissions intentionnels des autorités publiques ou d'organes indépendants de l'Etat mais bien d'une maladie survenant naturellement et de l'absence de ressources suffisantes pour y faire face dans le pays de destination* » (paragraphe 43 de l'arrêt).

Comme la Cour l'a souligné dès 1997 dans l'affaire *H.L.R. c. France*<sup>2</sup> au sujet du danger potentiel émanant d'organes indépendants de l'Etat :

« 40. En raison du caractère absolu du droit garanti, la Cour n'exclut pas que l'article 3 trouve aussi à s'appliquer lorsque le danger émane de personnes ou de

---

1. *D. c. Royaume-Uni*, arrêt du 2 mai 1997, *Recueil des arrêts et décisions* 1997-III.

2. *H.L.R. c. France*, arrêt du 29 avril 1997, *Recueil des arrêts et décisions* 1997-III.



groupes de personnes qui ne relèvent pas de la fonction publique. Encore faut-il démontrer que le risque existe réellement et que les autorités de l'Etat de destination ne sont pas en mesure d'y obvier par une protection appropriée. »

Concernant en particulier la souffrance due à une maladie survenant naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, la Cour a élaboré ce qu'il est convenu d'appeler le « seuil *Pretty* »<sup>1</sup> :

« 52. En ce qui concerne les types de « traitements » relevant de l'article 3 de la Convention, la jurisprudence de la Cour parle de « mauvais traitements » atteignant un minimum de gravité et impliquant des lésions corporelles effectives ou une souffrance physique ou mentale intense (arrêts *Irlande c. Royaume-Uni* précité, p. 66, § 167, et *V. c. Royaume-Uni* [GC], n° 24888/94, § 71, CEDH 1999-IX). Un traitement peut être qualifié de dégradant et tomber ainsi également sous le coup de l'interdiction de l'article 3 s'il humilie ou avilit un individu, s'il témoigne d'un manque de respect pour sa dignité humaine, voire la diminue, ou s'il suscite chez l'intéressé des sentiments de peur, d'angoisse ou d'infériorité propres à briser sa résistance morale et physique (voir, récemment, les arrêts *Price c. Royaume-Uni*, n° 33394/96, §§ 24-30, CEDH 2001-VII, et *Valašinas c. Lituanie*, n° 44558/98, § 117, CEDH 2001-VIII). **La souffrance due à une maladie survenant naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, peut relever de l'article 3** si elle se trouve ou risque de se trouver exacerbée par un traitement – que celui-ci résulte de conditions de détention, d'une expulsion ou d'autres mesures – dont les autorités peuvent être tenues pour responsables (arrêts *D. c. Royaume-Uni* et *Keenan* précités, et *Bensaid c. Royaume-Uni*, n° 44599/98, CEDH 2000-I). » (gras ajouté)

Ce principe doit donc également s'appliquer lorsque le préjudice résulte d'une maladie survenant naturellement et de l'absence de ressources adéquates pour y faire face dans le pays de destination si le niveau minimum de gravité, dans les circonstances de la cause, est atteint. Lorsqu'un examen rigoureux révèle qu'il existe des motifs sérieux et avérés de croire que l'expulsion fera courir à la personne un risque réel de subir des traitements inhumains ou dégradants, l'expulsion engage la responsabilité de l'Etat qui expulse au regard de l'article 3 de la Convention.

6. Deuxièmement, et cela est particulièrement regrettable, la majorité ajoute au paragraphe 44 des considérations de politique préoccupantes qui se fondent sur une affirmation incomplète, à savoir que la Convention vise essentiellement à protéger des droits civils et politiques, ce qui occulte la dimension sociale de l'approche intégrée adoptée par la Cour telle

---

1. *Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02, CEDH 2002-III.

qu'exprimée dans l'arrêt *Airey c. Irlande*<sup>1</sup> ainsi que dans la jurisprudence récente<sup>2</sup>.

Dans l'affaire *Airey*, la Cour a dit :

« 26. (...) La Cour n'ignore pas que le développement des droits économiques et sociaux dépend beaucoup de la situation des États et notamment de leurs finances. D'un autre côté, la Convention doit se lire à la lumière des conditions de vie d'aujourd'hui (arrêt *Marckx* précité, p. 19, § 41), et à l'intérieur de son champ d'application elle tend à une protection réelle et concrète de l'individu (paragraphe 24 ci-dessus). Or si elle énonce pour l'essentiel des droits civils et politiques, **nombre d'entre eux ont des prolongements d'ordre économique ou social. Avec la Commission, la Cour n'estime donc pas devoir écarter telle ou telle interprétation pour le simple motif qu'à l'adopter on risquerait d'empiéter sur la sphère des droits économiques et sociaux ; nulle cloison étanche ne sépare celle-ci du domaine de la Convention.** (...) » (gras ajouté)

Nous avons voulu attirer l'attention sur le caractère incomplet et donc de nature à induire en erreur de l'extrait de l'arrêt *Airey* cité par la majorité au paragraphe 44 de l'arrêt pour des raisons de clarté et d'exhaustivité et non parce que nous croyons que la présente affaire porte sur des droits sociaux et économiques. En effet, celle-ci a trait à l'un des droits *civils* les plus fondamentaux à être garantis par la Convention, à savoir le droit consacré par l'article 3.

7. Troisièmement, nous sommes aussi en profond désaccord avec la déclaration fortement discutable exprimée par la majorité au paragraphe 44 de l'arrêt dans le contexte du droit garanti par l'article 3, non susceptible de dérogation, à savoir que « *le souci d'assurer un juste équilibre entre les exigences de l'intérêt général de la communauté et les impératifs de la sauvegarde des droits fondamentaux de l'individu est inhérent à l'ensemble de la Convention* ».

Même si des « tentations proportionnalistes », sévèrement critiquées par la doctrine, ont existé auparavant et, notamment, dans la jurisprudence de l'ancienne Commission<sup>3</sup>, l'exercice de mise en balance a été clairement

1. *Airey c. Irlande*, arrêt du 9 octobre 1979, série A n° 32 ; voir principalement *Sidabras et Džiautas c. Lituanie*, n°s 55480/00 et 59330/00, CEDH 2004-VIII.

2. Pour une analyse de cet arrêt et de la « perméabilité » des normes en matière de droits de l'homme, voir Virginia Mantouvalou, (2005) 30 *European Law Review*, 573-585. Pour une analyse de la justification morale de la protection des droits socio-économiques, voir J. Waldron, « *Liberal Rights: Two Sides of the Coin* », in Waldron, *Liberal Rights – Collected Papers 1981-1991* (Cambridge: Cambridge University Press), 1993, pp. 4-17, cité par Mantouvalou, *op. cit.*

3. S. van Drooghenbroeck, *La proportionnalité dans le droit de la Convention européenne des droits de l'homme. Prendre l'idée simple au sérieux*, (Bruxelles : Bruylant, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 2001), pp. 125 et suiv.

rejeté, s'agissant de l'article 3, dans l'arrêt que la Cour a récemment adopté dans l'affaire *Saadi c. Italie* (28 février 2008)<sup>1</sup> – où elle confirme la teneur de l'arrêt *Chahal c. Royaume-Uni* du 15 novembre 1996<sup>2</sup> –, en ces termes :

« 130. Pour vérifier l'existence d'un risque de mauvais traitements, la Cour doit examiner les conséquences prévisibles du renvoi du requérant dans le pays de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (...) »

« 138. (...) **La protection contre les traitements prohibés par l'article 3 étant absolue, cette disposition impose de ne pas (...) expulser une personne lorsqu'elle court dans le pays de destination un risque réel d'être soumise à de tels traitements. Comme la Cour l'a affirmé à plusieurs reprises, cette règle ne souffre aucune exception (...)** »<sup>3</sup> (gras ajouté)

8. Quatrièmement, et contrairement à ce qu'affirme la majorité, nous souhaitons ajouter qu'il n'a aucunement été allégué en l'espèce que l'article 3 fait « 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 » (paragraphe 44).

En revanche, la considération de la majorité selon laquelle un tel constat « ferait peser une charge trop lourde sur les Etats contractants » (paragraphe 44 *in fine*) traduit la véritable préoccupation qui est la sienne : si on permet à la requérante de rester au Royaume-Uni pour bénéficier des soins que sa survie requiert, la charge serait trop lourde pour les ressources

---

1. *Saadi c. Italie* [GC], n° 37201/06, CEDH 2008-...

2. *Chahal c. Royaume-Uni*, arrêt du 15 novembre 1996, *Recueil* 1996-V.

3. Lord Hope a adopté une approche similaire dans l'affaire *Limbuella*, qui concernait la pauvreté, et qui a été tranchée par la Chambre des lords le 5 novembre 2005 (*Regina v. Secretary of State for the Home Department, ex parte Limbuella*, [2005] UKHL 66) :

« 55. Ainsi l'exercice du jugement est nécessaire pour déterminer si, dans une affaire donnée, le traitement ou la peine a atteint le degré de gravité requis. C'est là qu'il est loisible au tribunal de rechercher si, en fonction de l'ensemble des faits, ce critère est rempli. Mais ce serait une erreur de défendre si peu que ce soit l'idée que le critère est plus exigeant lorsque le traitement ou la peine qui serait autrement jugé inhumain ou dégradant est le résultat de ce que le juge Laws qualifie de politique gouvernementale légitime. Cela reviendrait à introduire des considérations de proportionnalité par un moyen détourné dans l'interdiction absolue. De telles considérations sont pertinentes lorsque la Convention implique l'obligation de faire quelque chose. En ce cas, l'obligation de l'Etat n'est ni absolue ni exempte de tempéraments. Mais la proportionnalité, qui confère aux Etats une marge d'appréciation, n'a aucun rôle à jouer lorsque le comportement dont ils sont directement responsables entraîne des peines ou traitements inhumains ou dégradants. L'obligation de s'abstenir de tels comportements est absolue. »

Certes, la déclaration de lord Hope dans l'affaire *Limbuella* a trait à la « question de savoir s'il est correct de tenir l'Etat pour responsable du préjudice ». Voir l'analyse d'Ellie Palmer, *Judicial Review, Socio-Economic Rights and the Human Rights Act*, (Oxford: Hart Publishing), 2007, p. 266.

de l'Etat. Or pareille considération va à l'encontre du caractère absolu de l'article 3 de la Convention et de la nature même des droits garantis par la Convention, lesquels seraient totalement niés si leur jouissance devait être limitée en vertu de facteurs politiques tels que des contraintes budgétaires. Il en va de même de l'acceptation implicite par la majorité de l'allégation selon laquelle un constat de violation de l'article 3 en l'espèce ouvrirait les vannes de l'immigration médicale et risquerait de faire de l'Europe « l'infirmier » du monde. Il suffit de jeter un coup d'œil aux statistiques relatives à l'article 39 du règlement de la Cour applicables au Royaume-Uni et de comparer le nombre total de demandes d'application de cet article, le nombre de refus et le nombre de demandes acceptées avec le nombre d'affaires de VIH pour comprendre que l'argument de « l'ouverture des vannes » est totalement erroné.<sup>1</sup>

## B. Les faits de la cause

9. Les faits, non controversés, sont exposés de manière éloquente au paragraphe 73 de l'arrêt de la Chambre des lords. Nous les reproduisons ci-dessous car ils montrent qu'il existe des motifs sérieux et avérés de croire que l'intéressée court un risque réel de subir un traitement interdit dans le pays vers lequel il est envisagé de l'expulser. C'est ce qui rend cette affaire très exceptionnelle.

---

1. – *Juin à décembre 2005*

15 demandes : 13 refusées, 1 acceptée (à savoir *N. c. Royaume-Uni*)

– 2006

88 demandes : 83 refusées, 5 acceptées (deux sur cinq étaient des affaires de VIH)

– 2007

951 demandes dont 217 refusées, 182 acceptées (19 affaires de VIH, 14 acceptées, 0 refus ; dans l'une de ces affaires, l'indication donnée au titre de l'article 39 a été levée et la requérante a retiré sa requête à la suite de la réouverture de la procédure interne).

– *1<sup>er</sup> janvier 2007 au 22 avril 2008*

969 demandes dont 174 refusées, 176 acceptées (19 affaires de VIH, 13 acceptées et 0 refus).

Ces statistiques appellent l'explication suivante. Le système enregistre désormais toutes les affaires où il y a eu une demande de mesures provisoires, qu'une décision soit prise ou non par un juge. Cela explique pourquoi il existe une grande disparité entre le nombre de demandes enregistrées pour la période de janvier à avril 2008 – 969 – et le nombre de fois d'où l'article 39 a été appliqué – 176 – et le nombre de refus – 174. La différence représente les cas tombant hors du champ d'application de l'article ou ceux non soumis faute de documents.

Pour ce qui est des affaires de VIH, plusieurs raisons peuvent expliquer que 19 d'entre elles ont été enregistrées les deux dernières années mais que seules 14 et 13 décisions d'appliquer l'article 39 respectivement aient été prises chaque année. Par exemple, le Gouvernement a donné des assurances dans certaines affaires et, dans d'autres, les requérants ont pu retirer leur requête parce qu'ils avaient obtenu l'autorisation de rester sur le territoire pour d'autres motifs.

Le paragraphe 73 de l'arrêt de la Chambre des lords se lit ainsi :

« 73. Le cas de cette appelante, une ressortissante ougandaise, est très représentatif. Il y a sept ans, alors qu'elle était âgée de 23 ans, elle arriva par avion d'Entebbe et le lendemain, gravement malade, elle fut admise au Guy's Hospital, où l'on diagnostiqua une infection à VIH accompagnée d'une immunodépression extrêmement forte (un taux de CD4 inférieur à 10) et d'une diffusion du bacille de Koch. Après une première hospitalisation assez longue apparut une seconde maladie liée au sida, le sarcome de Kaposi, une forme de cancer particulièrement virulente. Elle fut de nouveau hospitalisée et commença une chimiothérapie de longue durée. En 2002, après quelques années de traitement antirétroviral et de nombreuses rechutes, son taux de CD était remonté à 414 et elle allait bien. En octobre 2002, date des derniers rapports médicaux figurant au dossier, le Dr Meadway écrivit qu'elle était « dans un état stable et ne présentait plus aucune maladie importante » et que, si elle restait au Royaume-Uni, « elle était susceptible de continuer à aller bien pendant des décennies ». En revanche, si elle devait être renvoyée en Ouganda, son état se détériorerait gravement. Dans une telle éventualité, le Dr Meadway a estimé que :

« les médicaments antirétroviraux que prend M<sup>me</sup> N. actuellement ne se trouvent pas en Ouganda. Le virus VIH dont M<sup>me</sup> N. est atteinte a déjà acquis une certaine résistance et il faudra à l'avenir modifier sa thérapie antirétrovirale, qui comportera probablement des médicaments qui ne sont pas disponibles en Ouganda. Si elle rentre dans ce pays, et bien qu'on y trouve dans certaines régions des antirétroviraux, elle ne pourra pas disposer de la totalité du traitement nécessaire et, de ce fait, sa santé se détériorera, elle souffrira et mourra à bref délai. »

Par les termes « à bref délai », il apparaît que le Dr Meadway entendait un délai d'un an ou de deux ans au plus. Le Dr Larbalestier, médecin spécialiste au Guy's Hospital, dans un document datant aussi d'octobre 2002, déclara :

« Il ne fait pour moi pas le moindre doute que si elle est forcée de rentrer en Ouganda sa durée de vie sera considérablement raccourcie et qu'elle pourra espérer vivre non plus quelques décennies dans de bonnes conditions mais presque sûrement moins de deux ans. » »

10. Les garanties de la Convention ne doivent pas être comprises en faisant abstraction des réalités concrètes qui forment le contexte d'une affaire. Ces réalités sont décrites dans les extraits des interventions des membres de la Chambre des lords et de l'*adjudicator* qui sont reprises ci-dessous.

Lord Hope of Craighead :

« 20. La décision que la Chambre des lords est appelée à prendre en l'espèce aura de profondes conséquences pour l'appelante. **Il y a peu de chances qu'elle survive plus d'un an ou deux si elle est expulsée vers l'Ouganda.** Il est très probable qu'elle ne pourra plus obtenir les soins médicaux de pointe qui ont permis de stabiliser son état en inhibant le virus VIH et qui la maintiendraient en bonne santé pendant des décennies si elle restait au Royaume-Uni. Si elle est privée de ces soins, il est vraisemblable qu'elle rechutera et que sa santé se détériorera rapidement. Nul doute que, si cela se produit, elle mourra à bref délai après une période de souffrances physiques et mentales extrêmes (...) » (gras ajouté)

Baronne Hale of Richmond :

« 59. (...) La question est de savoir quand il est permis d'expulser une personne qui souffre d'une maladie pouvant être traitée ici mais qui n'a guère de perspective d'obtenir pareil traitement dans son pays d'origine.

(...)

67. (...) Aucun d'entre nous ne souhaite renvoyer chez elle une jeune femme qui a déjà tant souffert mais qui est maintenant bien soignée et a un avenir devant elle, sachant qu'elle **connaîtra probablement dans son pays une mort prématurée** dans un environnement beaucoup moins favorable (...) » (gras ajouté)

Lord Brown of Eaton-under-Heywood :

« 73. (...) Cependant, au cas où [la requérante] serait expulsée vers l'Ouganda, **son état connaîtrait une grave détérioration.** » (gras ajouté)

11. *L'adjudicator*, M. P.H. Norris, déclara le 3 juillet 2002 :

« 10. (...) J'admets que [la requérante] est venue dans ce pays pour échapper aux personnes qui l'avaient harcelée et maltraitée. Je constate aussi qu'à son arrivée au Royaume-Uni, elle ne savait pas qu'elle était frappée d'une maladie mortelle, et qu'elle n'est pas venue ici pour obtenir un traitement médical. Je constate que la maladie dont elle est actuellement atteinte est bien le sida et que, faute du traitement perfectionné qu'elle prend, elle pourrait mourir en quelques mois. Je constate qu'elle ne trouverait pas en Ouganda le traitement qui lui est nécessaire. Pour formuler ces constats quant à son état de santé, je prends en compte et reconnais la pertinence des preuves médicales contenues dans le dossier d'appel. Nul besoin de me référer à un rapport médical particulier : tous les rapports vont selon moi dans le même sens. Toutefois, je pense que les trois rapports du Dr Jeanette Meadway, directrice de l'hôpital Mildmay, (...) sont particulièrement impressionnants. Je note que cet hôpital gère au moins un hospice en Ouganda, et je ne vois aucune raison de ne pas admettre les avis du Dr Meadway dans leur intégralité. L'une de ses conclusions est la suivante : (...) **contraindre l'appelante à retourner en Ouganda l'exposerait à des souffrances et à une mort prématurée et constituerait un traitement inhumain et dégradant.** J'admets cette conclusion sur la base des éléments de preuve que j'ai vus et entendus. » (gras ajouté)

12. Nous souhaitons ajouter au sujet de la situation en Ouganda, un pays à « forte prévalence », que les progrès réalisés en matière d'offre de soins médicaux sont contrebalancés par la propagation de l'épidémie (il y a plus de médicaments mais aussi un nombre de personnes à traiter en constante augmentation).<sup>1</sup> Pour ce qui est du traitement, et notamment du traitement antirétroviral hautement actif (HAART), la qualité des soins médicaux dépend non seulement de la disponibilité des médicaments, mais aussi de la présence de médecins pour gérer et modifier les dosages, car le traitement HAART est une association d'antirétroviraux nécessitant une surveillance constante. Les rapports médicaux soumis dans le cadre de la procédure interne indiquent que la requérante aurait une espérance de vie de deux ans si le traitement dont elle bénéficie au Royaume-Uni devait être arrêté. Le problème que pose le fait de ne pas savoir de quel type de soins médicaux elle bénéficierait à son retour est que si elle ne suit pas une thérapie antirétrovirale, il est vraisemblable qu'elle mourra d'infections opportunistes (que le corps ne peut combattre en raison de la faiblesse du système immunitaire, d'où une espérance de vie de deux ans).

13. Tels sont le contexte et les réalités concrètes en fonction desquels la Grande Chambre a dû trancher la présente affaire.

### C. Violation potentielle de l'article 3

14. Lord Hope a expressément demandé à la Cour de donner une réponse claire, déclarant ce qui suit :

« ce n'est pas à la [Chambre des lords] qu'il revient de trouver au problème [de la requérante] une solution qui ne se trouve pas dans la jurisprudence de Strasbourg. **C'est à la Cour de Strasbourg, et non à nous, qu'il appartient de décider** si sa jurisprudence a perdu le contact avec les réalités modernes et de définir les compléments qu'il y a lieu, le cas échéant, d'apporter aux droits garantis par la Convention. Nous devons prendre sa jurisprudence comme elle se présente et non comme nous aimerions qu'elle soit. » (gras ajouté)<sup>2</sup>

15. Il est vrai que la Cour n'a conclu à la violation dans aucune des affaires tranchées depuis l'arrêt *D. c. Royaume-Uni*. Cependant, elle est à chaque fois parvenue à sa décision en se fondant sur des faits distincts de ceux de cette affaire ainsi que de ceux de la présente cause. Nous renvoyons

---

1. Voir le rapport annuel de l'ONUSIDA :

[http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006\\_EpiUpdate\\_Fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_Fr.pdf) pp. 17-18

2. Comparer avec la déclaration de la baronne Hale dans l'affaire *R (on the application of Animal Defenders International) v Secretary of State for Culture, Media and Sport* [2008] UKHL 15 au paragraphe 53 : « Je ne pense pas que, lorsque le Parlement nous a donné ces pouvoirs nouveaux et importants, il nous ait donné celui d'aller plus loin que la Cour de Strasbourg dans notre interprétation des droits garantis par la Convention. Je ne crois pas non plus qu'il ait voulu que nous soyons à la traîne. (...) »

à cet égard au résumé très précis de la jurisprudence figurant aux paragraphes 34 à 41 de l'arrêt.<sup>1</sup>

16. Nous aimerions toutefois souligner que, dans l'affaire *B.B. c. France*<sup>2</sup>, qui s'est conclue par un règlement amiable et a été rayée du rôle, la Commission européenne des droits de l'homme avait, dans son avis exprimé dans son « rapport au titre de l'article 31 » du 9 mars 1998, conclu par 29 voix contre 2 que l'expulsion du requérant vers la République du Congo emporterait violation de l'article 3 de la Convention. La Commission a fondé son avis sur le raisonnement suivant :

« 53. De l'avis de la Commission, la constatation de l'existence d'un tel risque n'implique pas nécessairement la responsabilité du pays d'accueil ou des pouvoirs publics. En effet et compte tenu de l'importance fondamentale de l'article 3 dans le système de la Convention, la Commission et la Cour ont précédemment reconnu qu'il ne leur était pas interdit d'examiner le grief d'un requérant au titre de l'article 3 lorsque le risque que celui-ci subisse des traitements interdits dans le pays de destination provient de facteurs qui ne peuvent engager, directement ou non, la responsabilité des autorités publiques de ce pays ou qui, pris isolément, n'enfreignent pas par eux-mêmes les normes de cet article. Il importe donc d'examiner l'application de cette disposition dans toutes les circonstances pouvant emporter violation de celle-ci (Cour eur. D.H. arrêt *Ahmed c. Autriche* du 17 décembre 1996, *Recueil* 1996-VI, rapport Comm. et p. 2207, par. 44, arrêt *H.L.R. c. France* du 29 avril 1997, *Recueil* 1997-III, rapport Comm. et arrêt *D. c. Royaume-Uni* du 2 mai 1997, *Recueil* 1997-III, rapport Comm. et p. 792, par. 49).

54. Considérant que l'objet et le but de la Convention, instrument de protection des particuliers, appellent à comprendre et appliquer ses dispositions d'une manière qui en rende les exigences concrètes et effectives (voir arrêt *Soering c. Royaume-Uni*, op.

---

1. Voir *B.B. c. France*, arrêt du 7 septembre 1998, *Recueil* 1998-VI ; *Karara c. Finlande*, n° 40900/98, décision de la Commission du 29 mai 1998 : la maladie du requérant n'avait pas encore atteint un stade avancé ; *S.C.C. c. Suède* (déc.), n° 46553/99, 15 février 2000 : le même type de traitement pour le sida qu'en Suède était disponible en Zambie, quoiqu'à un prix extrêmement élevé, et les enfants et d'autres proches de la requérante vivaient dans ce dernier pays ; *Bensaid c. Royaume-Uni*, n° 44599/98, CEDH 2001-I : traitement médical disponible en Algérie et risque que le requérant ne reçoive pas le soutien ou les soins adéquats relevant dans une large mesure de la spéculation ; *Arcila Henao c. Pays-Bas* (déc.), n° 13669/03, 24 juin 2003 : la maladie du requérant n'avait pas atteint un stade avancé ou terminal et l'intéressé pourrait obtenir des soins médicaux et un soutien familial dans son pays d'origine ; *Ndangoya c. Suède* (déc.), n° 17868/03, 22 juin 2004 : la maladie n'avait pas atteint un stade avancé ou terminal, l'on trouvait le traitement adéquat en Tanzanie, quoiqu'à un prix extrêmement élevé et en quantité limitée dans la zone rurale dont le requérant était originaire, et l'intéressé avait conservé certains liens avec des membres de sa famille qui pourraient peut-être lui venir en aide ; *Amegnigan c. Pays-Bas* (déc.), n° 25629/04, 25 novembre 2004 : le sida n'était pas totalement déclaré chez le requérant et celui-ci n'était pas atteint d'infections opportunistes et la thérapie appropriée était en principe disponible au Togo, quoiqu'à un coût pouvant être extrêmement élevé ; voir aussi l'arrêt *Tatete c. Suisse* (règlement amiable), n° 41874/98, 6 juillet 2000, et *M.M. c. Suisse* (déc.), n° 43348/98 14 septembre 1998, non publié.

2. *B.B. c. France*, arrêt du 7 septembre 1998, *Recueil* 1998-VI.



cit., p. 34, par. 87), la Commission estime que l'exposition à un risque réel et avéré pour la santé, qui atteint un degré de gravité tel qu'il relève de l'article 3 du fait d'autres éléments existant dans le pays d'accueil, comme le manque de soins et de services médicaux, ainsi que des facteurs sociaux ou liés à l'environnement, peut donc engager la responsabilité de l'Etat procédant à l'éloignement (voir, par exemple, n° 23634/94, déc. 19.5.94, D.R. 77-A, p. 133 et *Nasri c. France*, rapport Comm. 10.3.94, Cour eur. D.H., série A n° 320, par. 61 et arrêt *D. c. Royaume-Uni* précité, pp. 792-793, par. 49 et suiv.).

55. La Commission estime que si le requérant est renvoyé dans son pays d'origine, il ne sera très vraisemblablement pas en mesure de bénéficier du traitement destiné à inhiber la multiplication du VIH et à ralentir l'apparition des infections opportunistes auxquelles les malades du SIDA sont extrêmement vulnérables. Les nombreuses épidémies sévissant dans le pays causant une mortalité importante, aggraveraient ce risque d'infection. En outre, elle estime que, dans les circonstances de l'espèce, le fait pour le requérant d'affronter seul, sans soutien familial, une maladie telle que peut l'être le SIDA à un stade avancé, est une épreuve de nature à l'empêcher de préserver sa dignité humaine, alors que sa maladie suivrait son cours inévitablement douloureux et fatal. »<sup>1</sup>

17. La décision de la Grande Chambre constitue un net recul par rapport à cette approche tout à la fois humaine et raisonnable.

18. En invitant la Cour à élargir (ou restreindre) la portée du critère de « circonstances très exceptionnelles », lord Hope semble être parti du principe que l'espèce se distingue de l'affaire *D. c. Royaume-Uni*.

19. Or nous pensons que tel n'est pas le cas. Nous ne sommes pas convaincus que les faits de la présente cause diffèrent de ceux de l'affaire *D. c. Royaume-Uni* au point qu'il faille adopter une solution autre que celle retenue dans cet arrêt. Il est certes vrai que, dans *D. c. Royaume-Uni*, la maladie mortelle dont le requérant souffrait avait déjà atteint un *stade*

---

1. Dans son opinion séparée, le juge Cabral Barreto, alors membre de la Commission, est allé encore plus loin en déclarant :

« (...) où le requérant doit se déplacer pour se faire soigner à l'hôpital et que, par ailleurs, il a besoin de tranquillité et de calme pour « vivre » sa maladie grave, un état de clandestinité permanente reste en soi contraire à l'article 3 de la Convention.

(...)

J'estime pour ma part qu'un étranger gravement malade, qui réside dans un pays dans une sorte de clandestinité sans pouvoir bénéficier pleinement et de droit du régime de la protection sociale, se trouve dans une situation qui n'est pas conforme aux exigences de l'article 3 de la Convention. Enfin, compte tenu de l'impact de cet élément, je considère qu'il aurait dû être mentionné expressément dans l'avis de la Commission. »

Cette opinion séparée visionnaire a été rédigée plus de sept ans avant que la Chambre des lords ne rende son arrêt dans l'affaire *Regina v. Secretary of State for the Home Department, ex parte Limbuela*, [2005] UKHL 66, le 5 novembre 2005.

*critique*<sup>1</sup>. Il est également vrai que, dans l'arrêt qu'elle a adopté en cette affaire le 2 mai 1997, la Cour a dit à juste titre que, vu les « circonstances exceptionnelles », l'expulsion du requérant vers Saint-Kitts constituerait un traitement inhumain contraire à l'article 3 de la part de l'Etat défendeur<sup>2</sup>. La majorité de la Cour s'est fortement appuyée sur cet aspect particulier de l'affaire *D. c. Royaume-Uni* en déclarant en l'espèce au paragraphe 42 de son arrêt de Grande Chambre :

« Dans l'affaire *D. c. Royaume-Uni*, les circonstances très exceptionnelles tenaient au fait que le requérant était très gravement malade et paraissait proche de la mort, qu'il n'était pas certain qu'il pût bénéficier de soins médicaux ou infirmiers dans son pays d'origine et qu'il n'avait là-bas aucun parent désireux ou en mesure de s'occuper de lui ou de lui fournir ne fût-ce qu'un toit ou un minimum de nourriture ou de soutien social. »

La majorité explique toutefois au paragraphe suivant qu'elle :

« n'exclut pas qu'il puisse exister d'autres cas très exceptionnels où les considérations humanitaires soient tout aussi impérieuses. »

20. L'expulsion d'un « requérant sur son lit de mort » serait effectivement *en soi* contraire au droit absolu garanti par l'article 3 de la Convention. En d'autres termes, comme lord Brown l'a fait remarquer justement, « *le simple fait que le requérant soit en état de voyager n'est toutefois pas en soi suffisant pour empêcher que son expulsion soit qualifiée de traitement contraire à l'article 3* » (paragraphe 80 de l'arrêt de la Chambre des lords).

21. A notre avis, cependant, les motifs supplémentaires avancés par la Cour dans l'arrêt *D. c. Royaume-Uni* et ayant trait à l'absence de soins

---

1. Lord Hope a souligné ce qui suit au paragraphe 36 de l'arrêt de la Chambre des lords en déclarant à propos de l'arrêt *D. c. Royaume-Uni* : « C'est le fait que D. avait déjà atteint le stade terminal de sa maladie alors qu'il se trouvait encore sur le territoire de l'Etat qui expulse qui a conféré à son cas un caractère exceptionnel ». Un commentaire récent et lucide à propos du point de vue restrictif de l'arrêt rendu par la Chambre des lords dans l'affaire *N.* est ainsi formulé :

« (...) la Chambre des lords a conclu dans l'affaire *N.* que la déduction à tirer de la jurisprudence de Strasbourg est que l'expulsion d'un malade du sida n'emporte pas nécessairement violation de l'article 3 de la Convention sauf si les faits sont analogues à ceux de *D. c. Royaume-Uni* (autrement dit, si le requérant est à un stade avancé ou terminal de la maladie) ou à ceux des affaires de VIH/sida déclarées recevables (c'est-à-dire s'il y a une absence totale de soins palliatifs ou de soutien familial après l'expulsion). » Voir Ellie Palmer, *Judicial Review, Socio-Economic Rights and the Human Rights Act*, (Oxford: Hart Publishing), 2007, p. 273.

2. *D. c. Royaume-Uni*, arrêt du 2 mai 1997, *Recueil* 1997-III, § 53 : « Compte tenu de ces circonstances exceptionnelles et du fait que le requérant est parvenu à un stade critique de sa maladie fatale, la mise à exécution de la décision de l'expulser vers Saint-Kitts constituerait, de la part de l'Etat défendeur, un traitement inhumain contraire à l'article 3. »

médicaux et palliatifs ainsi qu'à l'absence de soutien psychologique dans le pays d'origine peuvent être tout aussi pertinents pour conclure à un chef *distinct* de violation potentielle de l'article 3 de la Convention<sup>1</sup>.

22. En se fondant sur ce principe et, par-dessus tout, sur les faits, la Cour aurait dû conclure en l'espèce à la violation potentielle de l'article 3 de la Convention précisément parce qu'il existe des motifs sérieux et avérés de croire que la requérante court un risque réel de subir des traitements interdits dans le pays de destination<sup>2</sup>.

23. Il ne fait aucun doute qu'en cas d'expulsion vers l'Ouganda, la requérante mourra prématurément après une période de très grandes souffrances physiques et morales. Nous sommes convaincus qu'il existe en l'espèce des faits extrêmes emportant des considérations humanitaires impérieuses. Après tout, les plus hautes autorités judiciaires du Royaume-Uni ont constaté à la quasi-unanimité que, si la requérante était expulsée vers l'Ouganda, elle connaîtrait une mort à bref délai. Etant donné qu'il y a ainsi des motifs sérieux et avérés de croire que la requérante courrait presque certainement un risque de subir des traitements interdits en Ouganda, la responsabilité de l'Etat qui expulse est engagée.

24. Sans interpréter la portée de l'article 3 de la Convention autrement qu'elle ne l'a fait dans l'affaire *D. c. Royaume-Uni*, la Cour aurait pu conclure à la violation à la lumière des circonstances tout à fait extrêmes de

---

1. Ou, comme la baronne Hale l'a justement déclaré : « Il peut bien entendu y avoir d'autres cas exceptionnels, présentant d'autres faits extrêmes, où les considérations humanitaires sont tout aussi impérieuses. La loi doit offrir suffisamment de souplesse pour que ces cas puissent être pris en compte (...) » (paragraphe 70 de l'arrêt de la Chambre des lords).

2. Nous souhaitons aussi ajouter que la totalité des critères cités par la Fondation Helsinki pour les droits de l'homme dans les observations écrites qu'elle a soumises à la Cour le 6 septembre 2007 sont remplis :

– *Poursuite de la thérapie*

Si la personne atteinte du VIH/sida a été officiellement accueillie dans le pays hôte pour entamer une thérapie antirétrovirale, elle doit avoir une chance de la poursuivre.

– *Etat médical de la personne atteinte du VIH/sida*

Si l'arrêt de la thérapie entraîne un résultat presque immédiat (la mort à très bref délai), cela doit constituer un facteur impérieux.

– *Disponibilité de médicaments dans le pays d'origine permettant la poursuite de la thérapie dans ce pays*

et

– *Possibilité de poursuivre le traitement à l'étranger, mais grâce à un soutien financier du pays qui expulse*

En l'espèce, la totalité de ces trois facteurs s'applique, ce qui rend cette affaire « très exceptionnelle ».

la présente cause<sup>1</sup>. En d'autres termes, conclure à la violation potentielle de l'article 3 en l'espèce n'aurait nullement représenté un élargissement de la catégorie d'affaires exceptionnelles dont l'affaire *D. c. Royaume-Uni* est emblématique.

25. C'est pourquoi opérer une distinction entre la présente espèce et l'affaire *D. c. Royaume-Uni* constitue, à notre avis, une erreur.

## II. Article 8

26. Si l'on peut comprendre, dans la jurisprudence de la Cour, que celle-ci se dispense d'examiner un second grief – qui porte sur les mêmes faits – lorsque le premier a fait l'objet d'un constat de violation, il est pour le moins étrange que la Cour recoure à cette formule expéditive selon laquelle « il n'y a pas lieu d'examiner le grief tiré de l'article 8 de la Convention » après avoir constaté qu'il n'y avait *pas* violation de l'article 3 de la Convention. En l'espèce, si la Cour estimait qu'il n'y avait pas de circonstances très exceptionnelles et que dès lors le seuil de gravité de l'article 3 n'était pas atteint, elle aurait dû à notre avis examiner attentivement et soigneusement la situation de la requérante et de la maladie dont elle souffrait au regard de l'article 8 de la Convention qui garantit, notamment, le droit à l'intégrité physique et morale. Confrontés à la situation d'une personne dont nous savons avec certitude qu'elle est renvoyée vers une mort certaine, nous pensons que la Cour ne pouvait, ni juridiquement<sup>2</sup>, ni moralement, se

---

1. Il s'agit de circonstances qui, après tout, concernent ce qu'un commentateur a qualifié d'une « question de vie ou de mort ». Voir Ellie Palmer, *Judicial Review, Socio-Economic Rights and the Human Rights Act*, (Oxford: Hart Publishing), 2007, p. 270.

2. Dans l'arrêt *Bensaid c. Royaume-Uni* (n° 44599/98, CEDH 2001-I), alors que l'affaire concernait l'expulsion d'un schizophrène vers un pays où il était allégué qu'il n'existait pas de traitement médical adéquat, la Cour a conclu à la violation de l'article 8 de la Convention : « 47. L'expression de « vie privée » est large et ne se prête pas à une définition exhaustive. La Cour a déjà dit que des éléments tels que le sexe, le nom et l'orientation sexuelle ainsi que la vie sexuelle sont des composantes importantes du domaine personnel protégé par l'article 8 (voir, par exemple, les arrêts *Dudgeon c. Royaume-Uni* du 22 octobre 1981, série A n° 45, pp. 18-19, § 41, *B. c. France* du 25 mars 1992, série A n° 232-C, pp. 53-54, § 63, *Burghartz c. Suisse* du 22 février 1994, série A n° 280-B, p. 28, § 24, et *Laskey, Jaggard et Brown c. Royaume-Uni* du 19 février 1997, *Recueil* 1997-I, p. 131, § 36). Il faut voir dans la santé mentale aussi une partie essentielle de la vie privée relevant de l'intégrité morale. L'article 8 protège un droit à l'identité et à l'épanouissement personnel et celui de nouer et de développer des relations avec ses semblables et le monde extérieur (voir, par exemple, les arrêts *Burghartz*, précité, avis de la Commission, p. 37, § 47, et *Friedl c. Autriche* du 31 janvier 1995, série A n° 305-B, avis de la Commission, p. 20, § 45). La sauvegarde de la stabilité mentale est à cet égard un préalable inéluctable à la jouissance effective du droit au respect de la vie privée.

48. Pour en venir à la présente affaire, la Cour rappelle avoir estimé plus haut que le risque de préjudice qu'un retour dans son pays ferait peser sur la santé du requérant tient à des facteurs grandement hypothétiques et qu'il n'est pas établi que l'intéressé subirait un

limiter à dire qu'« aucune question distincte ne se pose sous l'angle de l'article 8 de la Convention ».

---

traitement inhumain et dégradant. Il n'est pas davantage établi en l'occurrence que son intégrité morale subirait une atteinte d'un degré suffisant pour relever de l'article 8 de la Convention. A supposer même que l'on considère que le bouleversement que représenterait pour le requérant son renvoi du Royaume-Uni où il a vécu ces onze dernières années porte en soi atteinte à la vie privée de l'intéressé, compte tenu des relations et du soutien dont il a bénéficié dans ce pays, la Cour estime que pareille ingérence peut passer pour satisfaire aux exigences du second paragraphe de l'article 8, autrement dit qu'il s'agit d'une mesure « prévue par la loi », tendant à la protection du bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales et « nécessaire, dans une société démocratique » à ces buts. »