

# **BVGer D-7783/2010 vom 13. August 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-08-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_D-7783\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_D-7783_2010)

FR: TAF D-7783/2010 du 13 août 2012

IT: TAF D-7783/2010 del 13 agosto 2012

## **Regeste**

Renvoi et exécution du renvoi (recours réexamen)

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Le Tribunal, en vertu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par l'ODM concernant l'asile et l'exécution du renvoi peuvent être contestées, par renvoi de l'art. 105 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile (LAsi, RS 142.31), devant le Tribunal, lequel statue alors définitivement, sauf demande d'extradition déposée par l'Etat dont le requérant cherche à se protéger (art. 83 let. d ch. 1 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]).

### **E. 1.2**

Le recourant a qualité pour recourir. Présenté dans la forme et dans les délais prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 48 et 52 PA et art. 108 al. 1 LAsi).

### **E. 2.1**

La demande de réexamen, définie comme une requête non soumise à des exigences de délai ou de forme, adressée à une autorité administrative en vue de la reconsidération de la décision qu'elle a prise et qui est entrée en force, n'est pas expressément prévue par la PA. La jurisprudence et la doctrine l'ont cependant déduite de l'art. 4 de la Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst), qui correspond, sur ce point, à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101), et de l'art. 66 PA, qui prévoit le droit de demander la révision des décisions sur recours. En principe, une demande de réexamen ne constitue pas une voie de droit (ordinaire ou extraordinaire). Partant, l'ODM n'est tenu de s'en saisir que dans deux situations : lorsqu'elle constitue une « demande de reconsidération qualifiée », à savoir lorsqu'une décision n'a pas fait l'objet d'un recours (ou que le recours interjeté contre celle-ci avait été déclaré irrecevable) et que le requérant invoque un des motifs de révision prévus à l'art. 66 PA, applicable par analogie (cf. Arrêts du Tribunal administratif fédéral suisse [ATAF] 2010/4 consid. 2.1.1, p. 43) ou lorsqu'elle constitue une « demande d'adaptation », à savoir lorsque le requérant se prévaut d'un changement notable de circonstances depuis le prononcé de la décision concernée ou, en cas de recours, depuis le prononcé de l'arrêt sur recours (ATAF 2010/27 consid. 2.1 p.367).

### **E. 2.2**

La demande d'adaptation tend à faire adapter par l'autorité de première instance sa décision parce que, depuis son prononcé, s'est créée une situation nouvelle dans les faits ou exceptionnellement sur le plan juridique, qui constitue une modification notable des circonstances. Conformément au principe de la bonne foi, le requérant ne peut pas, par le biais d'une telle demande, invoquer des faits qu'il aurait pu faire valoir précédemment (cf. ATAF 2010/27 précité, consid. 2.1.1. p. 368 ; JICRA 2000 n° 5 p. 44 ss).

### **E. 3**

A titre préliminaire, sur le plan formel, le recourant a fait grief à l'ODM d'avoir violé son droit d'être entendu, dans la mesure où cet office ne l'aurait pas informé de sa compétence pour traiter de sa demande de réexamen, et lui aurait refusé l'accès, de surcroît tardivement, à la réponse du Tribunal rejetant sa propre compétence (cf. let. D ci-dessus).

#### **E. 3.1**

Le droit d'être entendu garanti à l'art. 29 al. 2 Cst. a été concrétisé par les art. 29ss PA. Selon ces dispositions, le droit d'être entendu comprend en particulier, pour le justiciable, le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui d'offrir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la cause, celui d'avoir accès à son dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. ATAF 2010/53 consid. 13.1 et les références citées).

#### **E. 3.2**

En l'occurrence, l'autorité de première instance a communiqué au recourant une copie du courrier du 6 août 2010 adressé au Tribunal dans lequel elle lui transmettait la demande du 22 juillet 2010 comme objet de sa compétence. En revanche, elle ne lui a pas adressé une copie de la réponse du Tribunal du 10 août 2010 déniait sa compétence et lui retournant de ce fait ladite requête. En outre, l'intéressé a dû requérir par deux fois, soit les 21 et 28 octobre 2010, la production de ce document, avant que l'ODM la lui refuse, tout en lui proposant de s'adresser directement à son auteur pour en obtenir une copie. Compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il y a lieu d'admettre que le comportement de l'office fédéral n'est pas exempt de reproches et que le grief invoqué par l'intéressé n'est dès lors pas dénué de tout fondement. La question de savoir si le vice de procédure allégué constitue ou non une violation du droit d'être entendu peut toutefois demeurer indéterminée, dans la mesure où il a de toute façon été guéri en cours de procédure de recours. En effet, comme le suggérait également l'intéressé dans son recours (cf. mémoire p. 2 ch. 1.1 in fine), le Tribunal, dans sa décision incidente du 10 novembre 2010, lui a transmis une copie de son écrit du 10 août 2010 et lui a donné l'occasion de s'exprimer. L'irrégularité précitée, même en l'admettant, ne saurait conduire à une cassation de la décision attaquée, dans la mesure où celle-ci équivaudrait, dans ces conditions, à une simple formalité.

### **E. 4**

En l'espèce, le recourant a invoqué une dégradation notable de son état de santé et étayé son argumentation par plusieurs constats médicaux. Il a en particulier produit un certificat médical, établi, le 27 février 2012, par son médecin traitant (cf. let. K ci-dessus), dans lequel celui-ci souligne que son patient est intransportable, au vu de son état de santé actuel. Cette dégradation constitue un changement notable de circonstances, postérieur à l'arrêt du Tribunal du 8 septembre 2009, et justifie, par conséquent, un nouvel examen, sous l'angle de l'exigibilité de l'exécution du renvoi, de la situation de l'intéressé.

### **E. 5.1**

Selon l'art. 83 al. 4 LEtr, l'exécution de la décision peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi ou l'expulsion de l'étranger dans son pays d'origine ou de provenance le met concrètement en danger, par exemple en cas de guerre, de guerre civile, de violence généralisée ou de nécessité médicale. Cette disposition s'applique en premier lieu aux « réfugiés de la violence », soit aux étrangers qui ne remplissent pas les conditions de la qualité de réfugié parce qu'ils ne sont pas personnellement persécutés, mais qui fuient des situations de guerre, de guerre civile ou de violence généralisée, et ensuite aux personnes pour qui un retour reviendrait à les mettre concrètement en danger, notamment parce qu'elles ne pourraient plus recevoir les soins dont elles ont besoin. L'autorité à qui incombe la décision doit donc dans chaque cas confronter les aspects humanitaires liés à la situation dans laquelle se trouverait l'étranger concerné dans son pays après l'exécution du renvoi à l'intérêt public militant en faveur de son éloignement de Suisse (ATAF 2009/52 consid. 10.1, ATAF 2008/34 consid. 11.2.2 et ATAF 2007/10 consid. 5.1).

### **E. 5.2**

S'agissant plus particulièrement de personnes en traitement médical en Suisse, l'exécution du renvoi ne devient inexigible au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr, que dans la mesure où elles ne pourraient plus recevoir les soins essentiels garantissant des conditions minimales d'existence. Par soins essentiels, il faut entendre les soins de médecine générale et d'urgence absolument nécessaires à la garantie de la dignité humaine. La règle légale précitée - vu son caractère d'exception - ne peut en revanche être interprétée comme une norme qui comprendrait un droit de séjour lui-même induit par un droit général d'accès en Suisse à des mesures médicales visant à recouvrer la santé ou à la maintenir, au simple motif que l'infrastructure hospitalière et le savoir-faire médical dans le pays d'origine ou de destination de l'intéressé n'atteint pas le standard élevé suisse. Ainsi, l'art. 83 al. 4 LEtr ne fait pas obligation à la Suisse de pallier les disparités entre son système de soins et celui du pays d'origine du requérant en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. En revanche, si, en raison de l'absence de possibilités de traitement effectives dans le pays d'origine, l'état de santé de la personne concernée se dégradait très rapidement, au point de conduire, d'une manière certaine, à la mise en danger concrète de son intégrité physique ou psychique, ledit article peut trouver application (sur l'ensemble de ces questions, voir ATAF 2009/2 consid. 9.3.2 ; JICRA 2003 n° 24 consid. 5b p. 157 s. et doctrine citée). Cela étant, il sied de préciser que si, dans un cas d'espèce, la gravité de l'état de santé ne constitue pas en soi un motif d'inexigibilité sur la base des critères qui précèdent, il peut demeurer un élément d'appréciation dont il convient alors de tenir compte dans le cadre de la pondération de l'ensemble des éléments ayant trait à l'examen de l'exécution du renvoi (cf. ATAF D-6827/2010 du 2 mai 2011 consid. 8.3).

### **E. 6.1**

En l'occurrence, il ressort des différents certificats médicaux produits que A. \_\_\_\_\_ souffre d'une schizophrénie paranoïde (F20-0), laquelle se caractérisait au moment du diagnostic par une importante difficulté d'organisation de la pensée dans un contexte de décompensation psychotique avec hallucinations auditives et cénesthésiques - sans rémission depuis des années -, une angoisse extrême et des troubles du sommeil - interférant de manière considérable dans ses activités et les démarches à entreprendre -, une capacité d'appréciation de la réalité très partielle et une incapacité totale à s'inscrire dans un

quelconque projet social ou professionnel. Les symptômes, ayant apparemment débuté discrètement alors qu'il était adolescent, ont été constatés médicalement la première fois en 2008 alors qu'il séjournait en Espagne, où il a dû être hospitalisé à trois reprises durant cette année-là, suite à une décompensation psychotique aiguë. Depuis son arrivée en Suisse, une hospitalisation n'a plus été à l'ordre du jour, ceci grâce au traitement - de plus en plus lourd - prescrit. Le recourant est actuellement suivi en milieu psychiatrique spécialisé, à raison d'une fois par mois sur le plan médical et par un infirmier qui le reçoit toutes les deux semaines pour lui injecter sa dose de Risperdal consta 37,5 mg, l'évaluer et l'aider à faire face au stress, facteur aggravant de ses symptômes psychotiques. Ses médecins traitants considèrent que son traitement médicamenteux devra probablement lui être injecté à vie à raison d'une fois toutes les deux semaines, et que son état psychique nécessite impérativement des entretiens médicaux et infirmiers, en parallèle, pour gérer les difficultés qu'il rencontre. En cas d'interruption du traitement actuel, l'état de leur patient se péjorerait massivement, le mettant gravement en danger avec des conséquences peu prévisibles pour lui et autrui. Non seulement il ne pourrait pas subvenir à ses besoins vitaux, mais aussi un effondrement avec risque suicidaire devrait être pris très au sérieux, l'intéressé étant conscient que sa maladie le rend vulnérable et combien il dépend de la possibilité d'obtenir son traitement. De l'avis des spécialistes, il n'existe pas d'alternative au traitement neuroleptique auquel doit se soumettre tous les quinze jours leur patient, les symptômes psychotiques ne répondant pas à un autre traitement. En effet, une tentative, en septembre 2011, de lui changer son traitement - qui aurait pu lui permettre de ne recevoir qu'une injection mensuelle - a échoué. Les médecins traitants ne s'attendent d'ailleurs pas, au vu de l'évolution actuelle de la maladie, à une amélioration significative. Ils estiment en effet que leur patient pourra au mieux rester stable, tout en relevant qu'il n'a jamais présenté de rémission complète de ses symptômes et qu'une telle évolution paraît peu envisageable. Ils dénie également à l'intéressé toute capacité à voyager compte tenu de ses symptômes actuels. Au vu de ce qui précède, il apparaît clairement que les troubles psychiatriques dont est atteint le recourant sont graves et qu'au cas où il ne pouvait bénéficier tant d'un traitement neuroleptique bien précis - qualifié de lourd par les médecins traitants - que d'entretiens spécialisés psychiatriques - considérés par ceux-ci comme nécessaires à moyen et long terme - à son retour au Nigéria, son état de santé se péjorerait irrémédiablement. Partant, une interruption pure et simple de l'ensemble des mesures tant médicales que thérapeutiques prises en Suisse risquerait, de manière certaine, de mettre la vie du recourant en danger. Dans ces conditions, le Tribunal se doit de prendre en compte le besoin impératif pour l'intéressé d'avoir accès tant au médicament neuroleptique prescrit en Suisse et administré à l'aide d'injections effectuées en milieu hospitalier qu'à un cadre psychiatrique sécurisant que requiert son état de santé en cas de retour dans son pays d'origine.

## **E. 6.2**

Sur ce point, l'ODM a considéré, dans sa décision du 15 octobre 2010, que le traitement des maladies psychiatriques était possible au Nigéria, relevant qu'il n'existait pas moins de 35 institutions ou divisions psychiatriques susceptibles de prendre en charge les dépressions, les schizophrénies et les psychoses, que 135 psychiatres y étaient actifs et que la plupart des médicaments y étaient disponibles. Selon les informations à disposition du Tribunal, le Nigéria dispose certes d'une certaine infrastructure médicale, en particulier 35 hôpitaux psychiatriques capables de prendre en charge toutes les maladies psychiatriques, incluant les dépressions sévères, les tentatives de suicide, la paranoïa, l'état de stress post-traumatique, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques (cf. Home Office,

Nigéria - Country of Origin Information [COI] Report of July 2010, p. 142 ch. 27.27). En particulier, le "Federal Neuro-Psychiatric Hospital Yaba" (FNPHY), à Lagos, où travaillent 47 médecins, comprend 535 lits et dispose de différents services psychiatriques et psychologiques, d'un service ouvert 24 heures sur 24, de son propre laboratoire ainsi que d'une pharmacie. En outre, le Risperdal (sous le nom de Risperidone), le médicament actuellement administré au recourant, est en principe disponible au Nigéria (cf. Home Office, Nigéria - COI Report du 6 janvier 2012, ch. 27.35). Il existe toutefois une forte disparité entre les grandes villes, où l'on trouve la plupart des institutions médicales, et les régions rurales où les possibilités de soins sont extrêmement plus limitées, de même qu'entre les cliniques privées, lesquelles ont des standards de qualité en partie aussi élevés qu'aux Etats-Unis et les hôpitaux publics dont les prestations sont de moins bonne qualité (cf. United States Diplomatic Mission to Nigeria, Medical Information, 30 avril 2010). Cela étant, il est de notoriété publique que seuls 10% des personnes souffrant de maladies mentales graves comme la schizophrénie reçoivent effectivement un traitement au Nigéria. Un manque chronique de personnel qualifié est notamment à déplorer. C'est ainsi qu'un grand nombre de médecins nigériens quittent chaque année leur pays pour aller travailler à l'étranger, après y avoir terminé leur formation. En outre, les services de santé mentale ne perçoivent depuis des années qu'une très petite part du budget total consacré à la santé. Les traitements psychiatriques qui ont un coût élevé ne sont pas pris en charge par le "National Health Insurance Scheme" (NHIS) dans la mesure où celui-ci ne couvre pas la santé mentale. Seuls des soins limités étant prodigués gratuitement dans des infirmeries ou des hôpitaux publics, la majorité des coûts des traitements doit être payée par les patients et/ou leur famille (cf. Home Office précité du 6 janvier 2012, ch. 27.33 et 27.34 ; US Social Security Administration, Social Security Programs Throughout the World : Africa 2009, Nigeria). De surcroît, si les médicaments sont en principe disponibles au Nigéria, leur coût y est très élevé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a également tiré la sonnette d'alarme en constatant que l'approvisionnement en médicaments essentiels souffrait régulièrement de pénurie dans le secteur public, poussant les patients à devoir s'en procurer à des prix bien plus élevés dans le secteur privé ou à renoncer à en consommer tout simplement (Home Office, Operational Guidance Note Nigeria, 7 septembre 2011 p. 17 ch. 4.4.3). En ce qui concerne plus particulièrement la schizophrénie, si elle constitue la maladie mentale la plus fréquente au Nigéria, beaucoup de personnes qui en sont atteintes ne suivent aucun traitement pour des questions financières. D'une part, comme déjà relevé ci-dessus, le NHIS ne le prend pas en charge, d'autre part, un traitement avec du Risperdal revient à 10'000 Naira par mois (soit 67 dollars US), alors que plus de 92% de la population nigérienne vit avec moins de 2 dollars US par jour (cf. Organisation suisse d'aide aux réfugiés [OSAR], Nigeria : Behandlung von Schizophrenie, Asthma bronchiale und Hepatitis B, Berne, 18 janvier 2010). Dans ces conditions, à supposer encore que sa disponibilité soit assurée sur le marché public nigérien, le médicament généralement prescrit pour traiter la schizophrénie est d'un coût particulièrement élevé pour une population touchée dans sa grande majorité par la pauvreté. Il est encore à relever que les Nigériens, en particulier dans la couche pauvre de la population, mais pas seulement, privilégient encore et toujours les méthodes de traitements traditionnels préconisées par les guérisseurs et les thérapeutes spirituels (Psychiatric Services, Brief Report - Preferred Treatment for Mental Illness Among Southwestern Nigerians, Janvier 2009).

### **E. 6.3**

Il résulte de ce qui précède que l'exécution du renvoi au Nigéria rendrait pratiquement nulles les chances pour l'intéressé de pouvoir bénéficier d'un suivi médical régulier, alors que ce dernier, lié à un encadrement spécifique, est indispensable - comme le soulignent de manière constante les spécialistes qui suivent le recourant - au traitement de l'affection dont il souffre. En effet, ceux-ci sont parvenus à stabiliser l'affection chronique dont il est atteint, non seulement par la prescription d'un neuroleptique retard de dernière génération injectable tous les quinze jours, mais aussi par la mise en place de mesures thérapeutiques bien précises, à savoir un environnement social organisé et coordonné, des rendez-vous médicaux mensuels ainsi que des rendez-vous bi-mensuels avec un infirmier dans un cadre médical spécialisé. Au regard des qualifications professionnelles des médecins spécialisés consultés, le Tribunal ne saurait du reste s'écarter des rapports médicaux produits, en particulier du dernier dont il ressort qu'en raison des symptômes actuels, l'intéressé n'est pas apte à voyager. Cela étant, même si le recourant parvenait, de manière inespérée, à poursuivre au Nigéria la thérapie initiée en Suisse - étant rappelé que ses médecins traitants ont estimé qu'il n'existait pas de traitement neurologique alternatif à celui qu'ils lui ont prescrit -, se poserait alors la question de la couverture des frais engendrés par son état de santé déficient. En effet, comme indiqué ci-avant, toute personne malade doit en principe financer - totalement ou partiellement - les soins qui lui sont nécessaires, pour autant qu'elle puisse encore y avoir accès. L'intéressé devra donc disposer au moins d'un réseau social et familial sur place et de certaines garanties financières pour couvrir et supporter les frais importants que les problèmes affectant sa santé vont engendrer. De sérieux doutes peuvent toutefois être émis à ce sujet. En effet, si, comme le relève l'autorité de première instance dans sa détermination, l'intéressé dispose d'une importante fratrie au Nigéria, il ne ressort toutefois nullement des pièces du dossier que ses frères et soeurs bénéficieraient de suffisamment de moyens pour subvenir aux frais médicaux élevés engendrés par son traitement. Dans ces circonstances, il n'est donc pas possible de conclure que le recourant dispose d'un réseau tant familial que social suffisant au Nigéria, à même de lui assurer des revenus nécessaires pour lui permettre la poursuite des soins médicaux qui lui sont vitaux. Ainsi, dès son retour au pays, il devra impérativement trouver à court terme non seulement un logement, si possible à Lagos même s'il n'y a vécu que quelques jours - celui-ci ayant en effet toujours vécu au village de C. \_\_\_\_\_, qui se situe selon ses dires à trois heures de voiture de D. \_\_\_\_\_, chef-lieu de E. \_\_\_\_\_ - pour lui éviter de fréquents déplacements entre son village d'origine et le FNPHY de la capitale économique, l'établissement hospitalier le mieux à même semble-t-il de lui dispenser un certain suivi psychiatrique à caractère régulier (cf. ch. 6.2. ci-dessus). Il devra également trouver un emploi qui lui assure un revenu suffisant lui permettant de continuer, pour autant que cela soit possible, ses traitements médicamenteux et thérapeutiques commencés en Suisse, lesquels font désormais partie intégrante de ses besoins vitaux. Il risque toutefois, compte tenu de la situation socio-économique du Nigéria, de son départ du pays depuis quatre ans, de son faible bagage scolaire, de ses graves problèmes de santé restreignant drastiquement, en l'état, sa capacité de travail, d'être confronté à des difficultés quasi insurmontables pour mener à bien les recherches qu'il aura à entreprendre. De toute évidence, les chances d'intégrer le monde du travail dans son pays d'origine s'avèrent dans ces conditions des plus aléatoires. L'intéressé se trouverait donc face à des obstacles quasiment insurmontables en cas de renvoi dans son pays. Si l'on peut raisonnablement attendre des requérants d'asile déboutés qu'ils assument, en règle générale, les difficultés rencontrées à leur retour dans leur pays jusqu'à l'obtention d'un logement et d'un travail qui leur assure une existence

conforme à la dignité humaine, il en va différemment en la cause. En plus des problèmes médicaux graves dont il souffre, on ne saurait exiger de l'intéressé, en raison d'une conjonction de facteurs propres à influencer négativement sur sa réinstallation au Nigéria, qu'il affronte les difficultés démesurées qu'un retour lui occasionnerait. Son état de santé psychique, l'absence d'un réseau familial effectif à même de lui apporter l'aide financière dont il a impérativement besoin pour payer ses traitements, ainsi que les problèmes liés à la recherche impérative d'un emploi, rendus aléatoires au vu tant de son degré de formation que de la maladie dont il est atteint, en sont quelques illustrations.

#### **E. 6.4**

Le Tribunal estime que, dans le cadre d'une pondération de l'ensemble des éléments du cas d'espèce ayant trait à l'examen de l'exigibilité de l'exécution du renvoi du recourant, cette mesure l'exposerait à une mise en danger concrète au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr en cas de retour dans son pays, de sorte que le prononcé d'une admission provisoire se justifierait. Toutefois, l'art. 83 al. 7 LEtr prévoit que l'admission provisoire visée aux al. 2 et 4 (impossibilité et inexigibilité de l'exécution du renvoi) n'est pas ordonnée - respectivement, peut être levée - si l'étranger a été condamné à une peine privative de liberté de longue durée en Suisse ou à l'étranger ou a fait l'objet d'une mesure pénale au sens des art. 64 ou 61 CP (let. a), si l'étranger attend de manière grave ou répétée à la sécurité et à l'ordre publics en Suisse ou à l'étranger, les met en danger ou représente une menace pour la sûreté intérieure ou extérieure de la Suisse (let. b), ou si l'impossibilité d'exécuter le renvoi ou l'expulsion est due au comportement de l'étranger (let. c). En l'occurrence, la peine prononcée n'étant pas de longue durée (cf. let. A.b. ci-dessus et ATF 135 II 377 consid. 4.2 p. 380s.), seule entre en considération l'hypothèse de la menace grave pour la sécurité et l'ordre public qu'incarnerait le recourant. Or, selon la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien art. 14a al. 6 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE de 1931, RS 1 113), cette disposition devait s'appliquer dans le respect du principe de la proportionnalité, l'ampleur du danger présenté par l'étranger et sa propension à poursuivre son activité délinquante constituant des critères décisifs ; en revanche, la quotité et la nature (ferme ou assortie du sursis) de la peine n'avaient pas la même portée (JICRA 2004 n° 39 consid. 5.3 p. 271 ; 1995 n° 10 consid. 5b p. 100-101). Dans le cas d'espèce, il apparaît que les actes perpétrés par le recourant ne sont pas anodins, puisqu'il a vendu deux boulettes de cocaïne pour la somme de 200 francs. On ne peut cependant qualifier son comportement, qui lui a valu une peine de 30 jours-amende avec sursis, de gravement attentatoire à la sécurité publique au sens tel que défini ci-dessus. De plus, les faits incriminés, qui se sont déroulés en mai 2009, remontent maintenant à trois ans, et il ne ressort pas du dossier que l'intéressé ait depuis lors occupé à nouveau la justice pénale ; cela tend à démontrer qu'il ne représente pas à ce jour un risque majeur pour la société et l'ordre public suisse. Sur un autre plan, il y a lieu d'admettre, comme constaté dans les considérants ci-avant, qu'une exécution du renvoi dans un pays comme le Nigéria n'offrant aucune garantie de pouvoir poursuivre un traitement médical bien spécifique entrepris en Suisse pour soigner une schizophrénie aurait pour le recourant des conséquences très sérieuses, voire dramatiques ; ces conséquences seraient hors de proportion avec un éventuel intérêt public à son départ de Suisse.

#### **E. 6.5**

Dans ces circonstances, les conditions d'application de l'art. 83 al. 7 LEtr n'étant pas remplies, l'exécution du renvoi n'apparaît plus raisonnablement exigible. Il s'ensuit que le

recours doit être admis et la décision du 5 octobre 2010 annulée, l'ODM étant invité à prononcer l'admission provisoire de l'intéressé.

#### **E. 7**

Enfin, s'agissant de la requête de l'intéressé tendant à l'annulation du chiffre 3 du dispositif de la décision du 5 octobre 2010 (émolument de 600 francs mis à sa charge par l'autorité de première instance), elle est admise. En effet, l'annulation de cette décision porte sur l'entier de son dispositif, y compris son chiffre 3.

#### **E. 8.1**

Le recourant ayant obtenu gain de cause, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 PA).

#### **E. 8.2**

A. \_\_\_\_\_ a par ailleurs droit à des dépens pour les frais nécessaires causés par le litige (art. 64 al. 1 PA et art. 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). Vu le décompte de prestations du 3 novembre 2010 et les trois interventions ultérieures du mandataire en date des 7 décembre 2010 et 27 février 2012 (production de deux certificats médicaux) et du 21 mai 2012 (prise de position), le montant de l'indemnité due à ce titre est fixé à 1000 francs. (dispositif page suivante)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.