

BVGer E-2070/2014 vom 19. September 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_E-2070_2014

FR: TAF E-2070/2014 du 19 septembre 2017

IT: TAF E-2070/2014 del 19 settembre 2017

Regeste

Exécution du renvoi

Erwägungen

E. 1.1

Le Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal), en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En particulier, les décisions rendues par le SEM concernant l'asile peuvent être contestées, par renvoi de l'art. 105 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 LTF).

E. 1.2

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

E. 2

Le recourant n'a pas contesté la décision du SEM en tant qu'elle refuse de reconnaître sa qualité de réfugié, rejette sa demande asile et prononce son renvoi de Suisse. Sur ces points, celle-ci a acquis force de chose décidée. Par ailleurs, l'intéressé ne conteste ni la licéité ni la possibilité de l'exécution de son renvoi. Partant, il ne reste à examiner que si l'exécution de cette mesure est raisonnablement exigible.

E. 3.1

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.

E. 3.2

Il est notoire que la Gambie ne connaît pas une situation de guerre, de guerre civile ou de violence généralisée qui permettrait d'emblée - et indépendamment des circonstances du cas d'espèce - de présumer, à propos de tous les ressortissants du pays, l'existence d'une mise en danger concrète au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr.

E. 3.3

S'agissant 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 2011/50 consid. 8.3 ; 2009/2 consid. 9.3.2).

E. 3.4

Selon les derniers rapports médicaux, produits début 2017, l'intéressé souffre d'un diabète de type II, d'une hypertension artérielle, d'une rétinopathie diabétique de l'oeil droit ainsi que d'une maculopathie oedémateuse de l'oeil gauche. Le traitement médicamenteux se compose des deux antidiabétiques suivants : Janumet et Glimépiride, pris deux fois par jour et quotidiennement respectivement. A cela s'ajoute la prise journalière d'un antihypertenseur (Lisinopril) ainsi que du médicament « Aspirine cardio ». Si le Glimépiride n'est actuellement pris qu'une fois par jour, au lieu de deux fois par jour selon le plan de traitement du 6 juin 2016, la dose quotidienne totale demeure inchangée, à savoir 4 mg par jour (cf. rapport médical du 19 janvier 2017, ch. 3.1 et plan de traitement du 6 juin 2016) ; il s'agit de la dose maximale qui peut être administrée. Il y a lieu de préciser que les principes actifs du Janumet sont la sitagliptine ainsi que la metformin ; le Glimépiride appartient pour sa part au groupe des sulfonyles. Ces trois principes actifs doivent être combinés (« triple association thérapeutique ») chez les patients atteints d'un diabète de type II d'une certaine gravité, où un régime alimentaire et une activité physique régulière ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant de la glycémie (cf. Compendium Suisse des Médicaments, Janumet - Information professionnelle, <https://compendium.ch/mpro/mnr/19525/html/fr> >, avril 2017 ; le même, Glimépiride Sandoz - Information professionnelle, <https://compendium.ch/mpro/mnr/15504/html/fr> >, février 2017, consultés le 19.09.2017). En outre, des contrôles réguliers de la glycémie, de la tension artérielle, de la fonction rénale ainsi que du poids sont requis. S'agissant des affections oculaires du recourant, qui découlent de son diabète chronique, il est suivi pour une maculopathie diabétique, qui a nécessité plusieurs injections intra-vitréennes de Lucentis. La dernière injection a eu lieu au mois de juillet 2016. Afin de détecter de manière précoce une rechute de la maculopathie oedémateuse, un suivi clinique ainsi qu'une tomographie en cohérence optique (OCT) trimestriels sont nécessaires.

E. 3.5.1

D'une manière générale, les structures de soins publiques en Gambie sont articulées sur trois niveaux. Le niveau primaire, à l'échelle villageoise, prodigue des soins de base et s'occupe de la promotion de la santé ; il y a 546 dispensaires. Le niveau secondaire est constitué de polycliniques, dont six d'importance mineure (avec 20 à 40 lits pour 15'000 habitants) et 38 d'importance majeure (110 à 150 lits pour 150'000 à 200'000 habitants). Ces infrastructures ne disposent pas d'électricité et d'eau de manière constante. Enfin, le niveau tertiaire se compose de cinq hôpitaux généraux, d'un hôpital universitaire (Royal Victoria Teaching Hospital), sis dans la capitale, ainsi que d'un hôpital ophtalmique (cf. consid. 3.5.3). A cela s'ajoute le secteur privé, d'importance restreinte, avec moins de vingt institutions, de taille modeste. Par ailleurs, la Gambie fait face à une pénurie de personnel médical. Ainsi, dans la division de E._____, dont provient le recourant, il n'y a qu'un membre du personnel de santé (toutes catégories confondues) pour mille habitants ; de plus, le taux d'absentéisme est conséquent, avec près d'un quart des employés absents sans autorisation le jour de l'enquête. S'agissant spécifiquement du nombre de médecins, il n'y en a, sur l'ensemble du pays, que 0,11 pour 1'000 habitants. Par conséquent, une part significative de la population gambienne continue à faire appel à la médecine traditionnelle. Cette dernière n'étant pas régulée, des charlatans sévissent. En ce qui concerne l'accès aux médicaments, quelques-uns, comme le paracétamol et quelques antipaludéens, sont en principe disponibles, tandis que d'autres sont fréquemment en rupture de stock (cf. The World Bank / Government of The Gambia, Technical Brief: The Gambia - Impact Evaluation Baseline Report: Health System, décembre 2015, p. 2 s. ; UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), The Gambia: Humanitarian Needs Overview 2016, novembre 2015, p. 8 et 14 ; Ministry of Health & Social welfare [The Gambia], Health policy 2012-2020, avril 2012, pp. 14 s., 27 ss, 41 et 47, < http://statehouse.gov.gm/wp-content/uploads/2016/04/National_Health_Policy_2012-2020_MoHSW-Gambia.pdf > ; OMS, Density per 1000: Data by country, < <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444> >, consultés le 19.09.2017).

E. 3.5.2

S'agissant du traitement contre le diabète, ni les principaux médicaments (insuline, metformine et sulfonylurée), ni les technologies de base (dont la mesure de la glycémie), ni les principaux traitements (photocoagulation rétinienne, traitement substitutif rénal par dialyse, transplantation rénale) ne sont disponibles dans les établissements de soins de santé primaires en Gambie (cf. OMS, Profils des pays pour le diabète : Gambie, 2016, < http://www.who.int/entity/diabetes/country-profiles/gmb_fr.pdf >, consulté le 19.09.2017).

E. 3.5.3

Il n'existe qu'un seul hôpital ophtalmique en Gambie, le Zayed Regional Eye Care Centre à Kanifing (cf. The Point, Sheikh Zayed Regional Eye Care briefs media on new project, 10.07.2014, <http://thepoint.gm/africa/gambia/article/sheikh-zayed-regional-eye-care-briefs-media-on-new-project> > ; Wade Patricia D. et al., Allergic Conjunctivitis at Sheikh Zayed Regional Eye Care Center, Gambia, in : Journal of Ophthalmic and Vision Research, 7 (1), 2012, p. 24-28, p. 25, < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381103/pdf/jovr-07-24.pdf> , consultés le 19.09.2017). Selon les sources à disposition du Tribunal, le Lucentis n'est pas disponible en Gambie.

E. 3.5.4

En ce qui concerne le financement des soins, il n'existe pas d'assurance-maladie étatique en Gambie (cf. Johanne Sundby, A rollercoaster of policy shifts: Global trends and reproductive health policy in The Gambia, in: *Global Public Health*, 9(8), septembre 2014, pp. 894-909, p. 898, < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166968/> >, consulté le 19.09.2017 ; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Beantwortete Rückkehrfragen [ZIRF-Counselling], Gambia, Medizinische Versorgung, ZC72/21.05.2013, 21 mai 2013).

E. 3.6.1

En l'occurrence, le recourant souffre d'un diabète de type II depuis 2010, alors qu'il se trouvait encore en Gambie. Suite à une crise de vertiges, il avait dû être hospitalisé ; deux paquets de médicaments lui avaient alors été remis. Ensuite, il aurait toutefois dû interrompre ce traitement, faute de moyens financiers, et recourir à la médecine traditionnelle. N'ayant pas pu se soigner correctement dans son pays d'origine, l'intéressé est arrivé malade en Suisse, en 2011, et a aussitôt dû consulter à l'hôpital en raison de son diabète (cf. pv de l'audition sommaire, p. 9 ; pv de l'audition sur les motifs, Q69 ss ; voir aussi pièces A4, A5, A12 et A13). Depuis lors, il est régulièrement suivi pour cette maladie. A partir de 2012, ce diabète mal contrôlé a entraîné de graves troubles oculaires, à savoir une rétinopathie diabétique de l'oeil droit ainsi qu'une maculopathie oedémateuse de l'oeil gauche. Afin de les traiter, des injections intra-vitréennes de Lucentis, dans les deux yeux, ont régulièrement été nécessaires du 17 décembre 2013 au 16 août 2016. Il convient de relever que ce traitement ophtalmologique est très spécifique. Fin 2016, il y a néanmoins eu une « rechute de l'oedème maculaire ». Outre le traitement du diabète, un contrôle étroit, constitué d'un suivi clinique et d'une tomographie en cohérence optique (OCT) tous les trois mois, sont nécessaires afin de « détecter de manière précoce une rechute de [l]a maculopathie oedémateuse ». En cas de rechute et d'apparition d'un oedème maculaire, l'intéressé risque de perdre définitivement sa vision centrale, en l'absence de traitement, voire une cécité, suite à une baisse progressive de l'acuité visuelle. Bien que les injections intra-vitréennes de Lucentis ne soient actuellement plus nécessaires, ses affections oculaires, qui remontent à 2013 et découlent de son diabète chronique, ont également un caractère durable et son état de santé oculaire demeure préoccupant (cf. rapports médicaux des 19 septembre 2016, 19 janvier 2017 et 7 février 2017).

E. 3.6.2

Force est de constater que le diabète dont souffre l'intéressé est devenu chronique et nécessite une prise en charge médicamenteuse importante. Celle-ci se compose de deux antidiabétiques, à savoir le Janumet et le Glimépiride, pour lesquels le dosage maximal lui a été prescrit, comportant en tout trois principes actifs. A cela s'ajoute la prise journalière d'un antihypertenseur (Lisinopril) ainsi que du médicament « Aspirine cardio ». Bien que de type 2, le diabète, chronique, du recourant ne peut pas être jugulé uniquement par des mesures hygiéno-diététiques (régime alimentaire et activité physique) mais nécessite impérativement et durablement ce traitement médicamenteux.

E. 3.6.3

Or les deux antidiabétiques que le recourant doit prendre, à savoir le Janumet et le Glimépiride ne sont pas disponibles en Gambie. Selon le profil de la Gambie pour le diabète réalisé par l'OMS en 2016 (cf. supra consid. 3.5.2), ni la metformine, l'un des deux principes actifs du Janumet ni les sulfonylurées (dont fait partie le Glimépiride) n'y sont disponibles. Par ailleurs, le contrôle régulier du diabète requis (contrôle de glycémie ;

évaluation de la fonction rénale) n'est pas non plus disponible en Gambie (cf. supra consid. 3.5.2). Ce n'est que grâce à un suivi médical ainsi qu'à un traitement médicamenteux conséquents, ce dernier consistant en la combinaison de trois principes actifs et ayant été entamé début 2012 déjà (cf. rapport médical du 19 janvier 2017, ch. 1 et ch. 3.1), que la glycémie du recourant a pu être maîtrisée et que les pathologies oculaires se sont stabilisées. En l'absence de ce traitement indispensable et du suivi médical (contrôles) nécessaires à la gestion et au contrôle de son diabète, il y a donc lieu de prévoir un dérèglement important et durable de la glycémie du recourant. Cela aura pour conséquence une rechute, à brève échéance, des graves affections oculaires dont il souffre, nécessitant une reprise des injections intra-vitréennes de Lucentis afin d'empêcher une progression de ces pathologies. Il y a en effet lieu de rappeler que si la dernière injection remonte certes au mois de juillet 2016 (cf. rapport médical du 7 février 2017), les affections oculaires du recourant découlent directement de son diabète. Il apparaît que c'est uniquement grâce à un suivi et un traitement antidiabétiques durables et conséquents que son état de santé oculaire a pu être stabilisé. A cet égard, ses ophtalmologues soulignent expressément l'importance d'un contrôle strict de son diabète (cf. rapports médicaux des 7 février 2017 et 19 septembre 2016). Or, comme déjà relevé ci-dessus, la jugulation et stabilisation de celle-ci nécessitent impérativement un traitement médicamenteux, combinant plusieurs principes actifs, qui ne sont pas disponibles en Gambie. Cette absence de traitement aura pour conséquence une dérégulation de la glycémie, qui entraînera à son tour une rechute des affections oculaires de l'intéressé. Les médecins relèvent également qu'il existe pour le recourant, actuellement déjà, un risque de baisse progressive de l'acuité visuelle. Mais si le diabète n'est pas soigné correctement, le recourant s'expose en outre avec certitude à la perte définitive de la vision centrale, voire à la cécité (cf. rapport médical du 19 janvier 2017, ch. 4.1 ; rapport médical du 7 février 2017). L'intéressé court en outre le risque de souffrir d'autres complications d'un diabète non traité, à savoir : insuffisance rénale, développement d'une artériopathie des membres inférieurs, développement des plaies au niveau des pieds voire d'un infarctus (cf. rapport médical du 19 janvier 2017, ch. 4.1).

E. 3.6.4

Par ailleurs, l'antihypertenseur que le recourant prend actuellement (Lisinopril) n'est pas non plus disponible en Gambie, selon les informations dont le Tribunal dispose. Faute de traitement médicamenteux adéquat des problèmes médicaux du recourant, l'état de santé global de celui-ci s'aggraverait notablement.

E. 3.6.5

Au demeurant, une perte de la vision, centrale ou totale, empêchera rapidement le recourant de travailler comme agriculteur, activité qu'il exerçait avant son départ (cf. pv de l'audition sommaire, ch. 1.17.05), mettant ainsi en péril sa capacité de travailler dans son pays d'origine et de subvenir à ses besoins vitaux tels que se nourrir et se loger.

E. 4.1

Si les médicaments que le recourant prend actuellement ne sont pas disponibles en Gambie, il y a toutefois lieu d'examiner s'il peut y suivre un autre traitement, composé de génériques ou de médicaments de substitution, à base d'autres principes actifs. Le Tribunal relève en outre que différents projets ont récemment été mis sur pied en Gambie, grâce à l'aide internationale, afin d'améliorer la situation médicale, en particulier pour le suivi du diabète, ainsi que, de manière plus générale, la situation des migrants gambiens retournant au pays.

Ainsi, l'association allemande « Diabetes-Projekt The Gambia e.V. » a pour but de renforcer le système gambien de santé publique, et notamment de lutter contre le diabète. A cet effet, elle soutient en particulier la « Pakala Clinic » du Dr. Gaye (cf. Diabetes-Projekt The Gambia e.V., Medische Einrichtungen, < <http://www.diabetes-projekt-gambia.de/was-wir-tun/medizinische-einrichtungen/index.php> >, non daté, consulté le 19.09.2017). Cette clinique traite également les patients diabétiques qui ne sont pas soutenus directement dans le cadre de ce projet, moyennant paiement des consultations (en 2014, le tarif était de 150 Dalasi [correspondant actuellement à 3,12 francs] par consultation ; cf. Alexandra Geiser, Gambia : Behandlung von Diabetes : Auskunft, Organisation suisse d'aide aux réfugiés, 18 août 2014, p. 5). Par ailleurs, au premier semestre 2017, la World Diabetes Foundation (WDF) a lancé un projet, doté au total d'un peu plus d'un million d'euros et prévu jusqu'en 2020, visant à renforcer la lutte contre le diabète, en particulier celui de type II, ainsi que contre l'hypertension en Gambie (cf. < <https://www.worlddiabetesfoundation.org/projects/gambia-wdf16-1368> , consulté le 19.09.2017). Enfin, l'Union européenne, agissant de concert avec l'Organisation internationale des migrations, dispose d'un programme visant à soutenir les migrants gambiens regagnant leur pays d'origine (cf. https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/t05-eutf-sah-gm-02_-_migration.pdf >, consulté le 19.09.2017).

E. 4.2

Par conséquent, il convient d'examiner concrètement si le recourant pourrait bénéficier d'un traitement contre le diabète dans son pays d'origine au moyen d'une médication de substitution ou dans le cadre de l'un des projets susmentionnés. A défaut de pouvoir intégrer directement l'un de ces projets, en particulier celui soutenant la « Pakala Clinic », il y aura lieu d'envisager la prise en charge financière du suivi médical dont l'intéressé a besoin, compte tenu de l'absence d'assurance-maladie étatique en Gambie (cf. supra consid. 3.5.4). S'agissant des affections oculaires du recourant, il conviendra également d'examiner si le suivi clinique ainsi que les tomographies en cohérence optique (OCT) trimestriels dont le recourant a impérativement besoin sont disponibles en Gambie, en particulier au Zayed Regional Eye Care Centre à Kanifing ; dans l'affirmative, la prise en charge financière de ces contrôles devra également être examinée. Afin d'entreprendre ces mesures d'instruction, le concours de la représentation suisse à Dakar, compétente pour la Gambie, devra, le cas échéant, être sollicité.

E. 4.3

Les recours contre les décisions du SEM en matière d'asile et de renvoi sont en principe des recours en réforme, exceptionnellement des recours en cassation (cf. art. 61 al. 1 PA). Toutefois, la réforme présuppose un dossier suffisamment complet pour qu'une décision puisse être prononcée, étant précisé qu'il n'appartient pas à l'autorité de recours de procéder à des investigations complémentaires d'une trop grande ampleur (cf. ATAF 2015/30 consid. 8.1 ; Weissenberger/Hirzel, in : Waldmann/Weissenberger [éd.], Praxiskommentar VwVG, 2e éd. 2016, nos 15 ss ad art. 61 ; Moser/Beusch/Kneubühler, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2ème éd. 2013, p. 225 nos 3.193 ss).

E. 4.4

Si le Tribunal ne se limitait pas à éclaircir l'état de fait pertinent, mais établissait celui-ci au même titre que l'autorité intimée, la partie se verrait en réalité privée de l'instance de recours

(cf. arrêts du Tribunal A-6192/2015 du 11 janvier 2017 consid. 4 ; E-1091/2014 du 18 janvier 2016 consid. 6.3 ; D-5840/2014 du 21 septembre 2015 consid. 7.2 ; voir aussi Madeleine Camprubi, in : Auer/Müller/Schindler (éd.), VwVG : Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, no 11 ad art. 61 p. 773 s.).

E. 5

Au vu de ce qui précède, le dossier n'est, en l'état, pas suffisamment instruit pour que le Tribunal puisse se prononcer valablement sur la question de l'exigibilité du renvoi de l'intéressé. Les mesures d'instruction dépassant l'ampleur de celles incombant au Tribunal, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler les chiffres 4 et 5 du dispositif de la décision querellée et de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision (art. 61 al. 1 PA).

E. 6.1

Lorsque l'affaire est renvoyée à l'instance précédente pour nouvelle décision, dont l'issue reste ouverte, la partie recourante est considérée comme ayant obtenu gain de cause, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1 ; ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; 133 V 450 consid. 13 ; Marcel Maillard, in : Praxiskommentar VwVG, Waldmann/Weissenberger [éd.], 2e éd. 2016, n° 14 ad art. 63).

E. 6.2

Le recourant ayant obtenu gain de cause, il a droit à des dépens pour les frais nécessaires qui lui ont été occasionnés 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]). Le Tribunal fixant les dépens d'office et selon sa libre appréciation sur la base du dossier en l'absence de toute note détaillée de la partie à cet effet (art. 14 al. 2 FITAF), il s'avère adéquat d'allouer un montant de 450 francs à titre d'indemnité, à charge du SEM. (dispositif : page suivante)

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