

BVGer E-2148/2013 vom 14. Januar 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_E-2148_2013

FR: TAF E-2148/2013 du 14 janvier 2014

IT: TAF E-2148/2013 del 14 gennaio 2014

Regeste

Exécution du renvoi

Erwägungen

E. 1.1

En vertu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal 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). En particulier, les décisions rendues par l'ODM concernant l'asile et le renvoi lesquelles n'entrent pas dans le champ d'exclusion de l'art. 32 LTAF peuvent être contestées devant le Tribunal conformément à l'art. 33 let. d LTAF (en vertu du renvoi figurant à l'art. 105 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile [LAsi, RS 142.31]). Le Tribunal est donc compétent pour connaître du présent litige. Il statue de manière définitive (cf. 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 requérant a qualité pour recourir (cf. art. 48 al. 1 PA). La décision de l'ODM lui a été notifiée le 22 mars 2013 comme en atteste le sceau postal sur l'accusé de réception qu'il a signé. Le délai de recours de cinq jours ouvrables (cf. art. 108 al. 2 LAsi, dans sa teneur alors en vigueur) est donc arrivé à échéance le 2 avril 2013. Dans son recours du 17 avril 2013, l'intéressé a demandé la restitution du délai de recours en invoquant son hospitalisation en psychiatrie du 22 mars au 11 avril 2013. Aux termes de l'art. 24 al. 1 PA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis ; l'art. 32 al. 2 PA est réservé. En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le requérant a établi par certificat médical du 21 mai 2013 avoir été privé de la faculté d'agir en temps utile (y compris de la faculté de charger un tiers d'agir à sa place), en raison de l'intensité de l'état dépressif (épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, F32.3) ayant conduit à son admission dans un hôpital psychiatrique le jour même de la notification de la décision attaquée, de la persistance de la symptomatologie les premières semaines de l'hospitalisation, et de sa capacité d'agir limitée pendant la période du 22 mars au 2 avril 2013. Par conséquent, la demande de restitution du délai de recours doit être admise. Le recours présenté le 17 avril 2013 dans la forme prescrite par la loi (cf. art. 52 al. 1 PA) est donc recevable.

E. 2

Seul l'ordre d'exécuter le renvoi est contesté. Le requérant a fait valoir en référence à un arrêt E-3752/2007 du 23 septembre 2010 du Tribunal que l'exécution de son renvoi au

Pakistan ne pouvait pas (ou plus) être raisonnablement exigé faute de pouvoir y accéder à un traitement idoine de ses troubles psychiatriques.

E. 3

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 (art. 83 al. 4 LEtr).

E. 3.1

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'objectivement, au regard des circonstances d'espèce, elles seraient, selon toute probabilité, conduites irrémédiablement à un dénuement complet, exposées à la famine, et ainsi à une dégradation grave de leur état de santé, à l'invalidité, voire à la mort (cf. ATAF 2009/52 consid. 10.1, ATAF 2007/10 consid. 5.1 ; voir aussi Jurisprudence et informations de la Commission suisse de recours en matière d'asile [JICRA] 2003 no 24). En revanche, les difficultés socio-économiques qui sont le lot habituel de la population locale, en particulier en matière de pénurie de logements et d'emplois, ne suffisent pas en soi à réaliser une telle mise en danger (cf. ATAF 2010/41 consid. 8.3.6, ATAF 2009/52 consid. 10.1, ATAF 2008/34 consid. 11.2.2). 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 (cf. ATAF 2009/52 consid. 10.1).

E. 3.2

S'agissant plus spécifiquement des personnes en traitement médical en Suisse, l'exécution du renvoi ne devient inexigible, en cas de retour dans leur pays d'origine ou de provenance, que dans la mesure où elles pourraient ne 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 (cf. ATAF 2011/50 consid. 8.3) ; cette définition des soins essentiels vise clairement à exclure les soins coûteux, les soins devant consister en des actes relativement simples (cf. Gabrielle Steffen, Droit aux soins in : Guillod / Sprumont / Despland [éd.], 13ème Journée de droit de la santé de l'institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, Berne 2007 [éd. Weblaw], Zurich / Bâle / Genève 2007 [Schulthess], spéc. p. 50 ss ; Gabrielle Steffen, Droit aux soins et rationnement, Berne 2002, p. 81 s. et 87). L'art. 83 al. 4 LEtr, disposition exceptionnelle tenant en échec une décision d'exécution du renvoi, ne saurait en revanche être interprété 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 les structures hospitalières et le savoir-faire médical dans le pays d'origine ou de destination de l'intéressé n'atteignent pas le standard élevé qu'on trouve en Suisse (cf. ATAF 2011/50 consid. 8.3, ATAF 2009/2 consid. 9.3.2 ; JICRA 1993 n° 38).

E. 3.2.1

Ce qui compte ce sont, d'une part, la gravité de l'état de santé et, d'autre part, l'accès à des soins essentiels. Ainsi, l'exécution du renvoi demeure raisonnablement exigible si les troubles physiologiques ou psychiques ne peuvent être qualifiés de graves, à savoir s'ils ne sont pas tels que, en l'absence de possibilités de traitement adéquat, l'état de santé de l'intéressé se dégraderait très rapidement au point de conduire d'une manière certaine à la mise en danger concrète de sa vie ou à une atteinte sérieuse, durable, et notablement plus grave de son intégrité physique. De même, l'exécution du renvoi est raisonnablement exigible si l'accès à des soins essentiels, au sens défini ci-dessus, est assuré dans le pays d'origine ou de provenance. Il pourra s'agir, cas échéant, de soins alternatifs à ceux prodigués en Suisse, qui - tout en correspondant aux standards du pays d'origine - sont adéquats à l'état de santé de l'intéressé, fussent-ils d'un niveau de qualité, d'une efficacité de terrain (ou clinique) et d'une utilité (pour la qualité de vie) moindres que ceux disponibles en Suisse ; en particulier, des traitements médicamenteux (par exemple constitués de génériques) d'une génération plus ancienne et moins efficaces, peuvent, selon les circonstances, être considérés comme adéquats.

E. 3.2.2

Cela dit, il sied de préciser que si, dans un cas d'espèce, le mauvais 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 2011/50 consid. 8.3 ; JICRA 2003 n° 24 consid. 5b).

E. 3.3

En l'espèce, il convient d'examiner la situation au Pakistan sur le plan des soins de santé en général et des soins de santé mentale plus particulièrement.

E. 3.3.1

Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), presque tous les troubles de santé et maladies et peuvent être traités au Pakistan, également dans les établissements publics (cf. Bundesasylamt der Republik Österreich, Bericht zur Fact Finding Mission, Pakistan 2013, Mit den Schwerpunkten Sicherheitslage Religiöse Minderheiten, Landrechte, Medizinische und soziale Versorgung, Afghanische Flüchtlinge, juin 2013, p. 60). L'insuffisance des ressources humaines dans le domaine de la santé pose toutefois problème. Le rapport médecin-population de 1:1127 est beaucoup plus petit que le ratio recommandé par l'Organisation mondiale de la santé de 1:1000. Les insuffisances numériques sont encore plus prononcées pour les autres professionnels de la santé (cf. Sania Nishtar, Ties Boerma, Sohail Amjad, Ali Yawar Alam, Faraz Khalid, Ihsan ul Haq, Yasir A Mirza, Health Transitions in Pakistan 1, Pakistan's health system : performance and prospects after the 18th Constitutional Amendment, publié le 17 mai 2013 en ligne sur www.thelancet.com, p. 10). Pose également problème la disproportion des ressources humaines affectées aux zones urbaines par rapport à celles affectées aux zones rurales. Il existe également des différences dans la couverture des soins entre les provinces (celle du Pendjab étant mieux desservie) et à l'intérieur même des provinces (cf. Bundesasylamt der Republik Österreich, op. cit., p. 61 ; Zulfi qar A Bhutta, Assad Hafeez, Arjumand Rizvi, Nabeela Ali, Amanullah Khan, Faatehuddin Ahmad, Shereen Bhutta, Tabish Hazir, Anita Zaidi, Sadequa N Jafarey, Health Transitions in Pakistan 2, Reproductive, maternal, newborn, and child health in Pakistan : challenges and opportunities, publié le 17 mai 2013

en ligne sur www.thelancet.com, p. 1, 3 et 8 ; World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems [WHO-AIMS], WHO-AIMS Report on mental Health System in Pakistan, 2009, p. 19). La position socio-économique constitue un facteur déterminant sur les taux de la couverture de santé et de mortalité dans un pays où 25 % de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté - avec moins d'un dollar par jour - et où seule une part de 21,92 % de la population est affiliée à un des systèmes d'assurance sociale. La majorité de la population (78,08 %), non couverte, doit payer elle-même les traitements (cf. Sania Nishtar, Ties Boerma, Sohail Amjad, Ali Yawar Alam, Faraz Khalid, Ihsan ul Haq, Yasir A Mirza, Health Transitions in Pakistan 1, Pakistan's health system : performance and prospects after the 18th Constitutional Amendment, publié le 17 mai 2013 en ligne sur www.thelancet.com, p. 4 s.). Bien que les hôpitaux publics soient tenus de dispenser gratuitement des soins aux indigents, cette obligation n'est souvent respectée que pour les soins strictement nécessaires, en raison notamment de la surcharge de travail des médecins, fréquemment actifs également dans le secteur privé. Il existe également des programmes publics d'aide sociale fournissant une assistance médicale aux indigents. Le réseau familial constitue toutefois le premier pilier à disposition des personnes incapables de payer seules leurs frais médicaux (cf. Bundesasylamt der Republik Österreich, op. cit., p. 65). Les patients appartenant aux classes moyenne et supérieure cherchent à se faire soigner par des prestataires privés en raison de la qualité généralement meilleure des soins. En effet, si le personnel exerçant dans les établissements publics est qualifié, la plupart des hôpitaux du secteur public sont fortement surchargés, avec des temps d'attente importants faute de filtrage des patients en amont, et présentent des lacunes sur le plan de la qualité des équipements et des conditions d'hygiène. Il existe cependant des hôpitaux modernes également dans le secteur public (cf. Bundesasylamt der Republik Österreich, op. cit., p. 62 s.). D'une manière générale, un large éventail de médicaments est disponible au Pakistan, du moins sous leur forme générique. Dans le secteur privé, comme d'ailleurs sur le marché noir, tous les médicaments sont disponibles. A noter que des médicaments contrefaits peuvent se retrouver sur le marché (cf. Bundesasylamt der Republik Österreich, op. cit., p. 63).

E. 3.3.2

Le Pakistan compte cinq hôpitaux psychiatriques. Ceux-ci sont intégrés sur le plan organisationnel à des structures offrant des soins psychiatriques ambulatoires. Ces cinq hôpitaux disposent tous d'au moins un médicament psychotrope de chaque classe thérapeutique (médicaments antipsychotiques, antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, anxiolytiques et antiépileptiques). Des lits sont également disponibles pour les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement, principalement dans des services de soins psychiatriques communautaires et, en nombre plus limité, dans d'autres établissements destinés aux soins stationnaires (par exemple des foyers pour des personnes souffrant de retard mental, des établissements de désintoxication, et des foyers pour personnes indigentes), voire dans des services de soins médico-légaux. La plupart des patients souffrant de troubles mentaux et du comportement sont traités dans des centres de soins ambulatoires. 34 % des services de soins psychiatriques communautaires et 33 % des centres de soins ambulatoires disposent d'au moins un médicament psychotrope de chaque classe thérapeutique. Aucun des troubles mentaux n'est couvert par les systèmes d'assurance sociale. 5 % de la population a accès gratuitement ou presque (couverture des coûts à raison de 80 % au moins) aux médicaments psychotropes essentiels. Pour le reste de la population, le coût journalier du traitement antipsychotique est de deux dollars, soit 3 % du revenu

journalier minimum, et celui du traitement antidépresseur de cinq dollars, soit 7 % du revenu journalier minimum (cf. WHO-AIMS, op. cit., p. 8 et 10). L'Institut de santé mentale du Pendjab (Punjab Institute of Mental Health, ci-après : le PIMH) sis dans la ville de Lahore comprend des services d'urgence, de soins ambulatoires, et de soins internes (comprenant des unités de soins psychiatriques, des unités de soins spéciaux, des unités de réadaptation et des unités de désintoxication). Le PIMH, pour le compte du département de la santé du Pendjab, a établi des lignes directrices dans le but de renforcer les capacités des prestataires de soins, en particulier celles des médecins en service dans les zones rurales afin de leur permettre d'identifier les patients nécessitant un traitement psychiatrique, de les traiter avec des moyens simples et disponibles et d'éviter que ceux-ci fassent appel à des guérisseurs. Ce manuel recommande aux médecins d'adresser immédiatement au PIMH les patients souffrant d'épisode dépressif avec des symptômes psychotiques ou suicidaires ou dont les symptômes persistent (cf. Government of Punjab, Health Department, Mental Health in Primary Care, Guidelines for Primary Health Care Physicians, general Practitioners and Doctors in other Disciplines of Medicines, prepared by PIMH, Lahore, [non daté] en ligne sur le site Internet du PIMH, www.pimh.gop.pk/index.html > Services 7. Curriculum of Mental Health in Primary Care [consulté le 11.09.13], spéc. p. 5, 17). Le département de pharmacie du PIMH a établi en 2010 une liste des médicaments essentiels nécessaires pour répondre aux besoins des patients souffrant de troubles mentaux et du comportement (cf. PIMH, Department of Pharmacy, Hospital Formulary, First Edition, April 2010, en ligne sur le site Internet du PIMH, www.pimh.gop.pk/index.html > Services 6. Hospital Formulary [consulté le 11.09.13]).

E. 3.4

Il reste à examiner si le renvoi du recourant dans son pays d'origine le met concrètement en danger au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr.

E. 3.5

Il est établi par pièces (cf. Faits let. E) que le recourant présente le degré de sévérité le plus élevé de la dépression s'accompagnant de symptômes d'une gravité telle que les activités sociales habituelles lui sont impossibles (en conformité à la description de la maladie figurant dans la classification CIM-10 F32.3), qu'il est considéré par les médecins comme un malade non stabilisé, et qu'il présente un risque suicidaire en cas d'interruption du traitement. Dans ces circonstances et compte tenu de la situation au Pakistan sur le plan des soins médicaux et de l'importance dans ce pays du soutien d'un réseau familial pour les personnes incapables de payer seules leurs frais médicaux (cf. consid. 3.3), est déterminante la question de savoir si le recourant pourra compter dès son arrivée au Pakistan, par exemple à l'aéroport international de Lahore, sur le soutien effectif des membres de sa famille (au sens large), ce qui suppose que ceux-ci puissent être considérés comme aptes à le prendre en charge et à pourvoir à son entretien, y compris aux frais médicaux. Cette question n'a pas été tranchée définitivement par le Tribunal dans son arrêt E-931/2012 du 25 avril 2012, celui-ci s'étant limité à considérer que le recourant, qui à l'époque n'avait pas de graves problèmes de santé connus, semblait disposer au Pakistan d'un réseau familial et social à même de l'accueillir et de le prendre en charge à son retour. Le dossier n'est toutefois actuellement pas suffisamment mûr pour se prononcer sur cette question.

E. 3.6

Des mesures d'instruction complémentaires s'imposent. En premier lieu, un délai approprié devra être imparti au recourant pour produire un rapport médical complet, précis et actualisé, afin notamment de connaître l'évolution récente de son état de santé et de sa prise en charge, ainsi que le degré de dépendance du recourant par rapport à son entourage et de savoir, dans l'hypothèse de l'introduction du traitement psychiatrique et psychothérapeutique ambulatoire préconisé, si son psychiatre est en mesure de se prononcer sur les pronostics, avec et sans traitement. Ensuite et surtout, dans le cadre d'une nouvelle audition, le recourant devra être questionné sur l'identité exacte ainsi que l'adresse précise, complète et actuelle, de chacun des membres de sa famille au sens large (notamment, selon ses déclarations, sa mère, ses [...] frères, ses [...] soeurs, son oncle paternel, et ses deux oncles maternels, voire d'autres proches). Il devra également être interrogé sur l'état de la fortune, les revenus et les charges financières de chacun d'entre eux, ou plus généralement, sur les éléments de fait permettant d'admettre qu'il pourra à son retour obtenir un soutien effectif de leur part ou qu'au contraire, il ne le pourra pas. Le cas échéant, un délai approprié devra lui être imparti pour obtenir les renseignements requis auprès des membres de sa famille et les communiquer, par écrit, à l'autorité. Un délai approprié devra lui être imparti pour se procurer et produire tous les moyens de preuve qu'il estime utiles pour établir ses allégués au sujet de l'adresse, du niveau de vie, des charges et des moyens de subsistance de chacun des membres de sa famille. Si nécessaire et pour autant que les indications nouvellement fournies par le recourant soient suffisamment précises et circonstanciées à cette fin, il y aura lieu de demander des renseignements supplémentaires à l'Ambassade de Suisse au Pakistan dans le but de vérifier les déclarations du recourant relatives à l'éventuelle inaptitude des membres de sa famille à le prendre en charge et à pourvoir à son entretien à son retour au pays, étant rappelé que la maxime inquisitoire, applicable en procédure administrative, trouve sa limite dans l'obligation qu'a le recourant de collaborer à l'établissement des faits qu'il est le mieux placé pour connaître (cf. JICRA 1995 no 18 p. 183 ss ; Message 90.025 du Conseil fédéral du 25 avril 1990 à l'appui d'un arrêté fédéral sur la procédure d'asile [APA] et d'une loi fédérale instituant un Office fédéral pour les réfugiés, FF 1990 II 537 ss spéc. p. 579 s.). Le cas échéant, l'Ambassade du Pakistan en Suisse devra être questionnée dans le cadre fixé par l'art. 97 al. 2 et 3 LAsi, sur les conditions et possibilités concrètes d'un rapatriement sanitaire en collaboration avec les autorités pakistanaises.

E. 3.7

Ces mesures d'instruction complémentaires dépassant l'ampleur de celles incombant au Tribunal, il y a lieu de prononcer la cassation de la décision attaquée (cf. art. 61 al. 1 PA ; Madeleine Camprubi, commentaire ad art. 61 al. 1 PA in : VwVG - Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Auer/Müller/Schindler [éd.], Zurich/Saint-Gall, 2008, no 11 p. 773 ss ; Philippe Weissenberger, commentaire ad art. 61 PA in : Praxiskommentar VwVG, Waldmann / Weissenberger [éd.], Zurich/Bâle/Genève, 2009, no 16 p. 1210).

E. 3.8

En définitive, il y a lieu d'annuler la décision de l'ODM pour établissement inexact ou incomplet de l'état de fait pertinent (cf. art. 106 al. 1 let. b LAsi), et de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision (cf. art. 61 al. 1 PA).

E. 4

Lorsque, comme en l'espèce, 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 132 V 215 consid. 6.1 ; Marcel Maillard, commentaire ad art. 63 PA, in : Praxiskommentar VwVG, op. cit., n° 14). Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 et 2 PA). Ayant agi en son propre nom, le recourant n'a pas fait valoir de frais de représentation. Il n'a pas non plus fait valoir d'autres frais indispensables et relativement élevés. Il n'y a donc pas lieu de lui allouer des dépens (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF)

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