

BVGer E-3730/2014 vom 26. März 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_E-3730_2014

FR: TAF E-3730/2014 du 26 mars 2015

IT: TAF E-3730/2014 del 26 marzo 2015

Regeste

Renvoi et exécution du renvoi (recours réexamen)

Erwägungen

E. 1.1

En vertu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32), le Tribunal connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA (RS 172.021). En particulier, les décisions sur réexamen rendues par l'ODM en matière d'asile et de 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 (à laquelle renvoie l'art. 105 LAsi). Le Tribunal est donc compétent pour connaître du présent litige. Il statue de manière définitive, en l'absence d'une demande d'extradition déposée par l'Etat dont le recourant cherche à se protéger (cf. art. 83 let. d ch. 1 LTF [RS 173.110]).

E. 1.2

La procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que ni la LTAF ni la LAsi n'en disposent autrement (cf. art. 37 LTAF et art. 6 LAsi).

E. 1.3

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

E. 2.1

La demande d'adaptation, qui tend en l'espèce à faire constater l'inexigibilité de l'exécution du renvoi au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr, a été expédiée à l'ODM le 29 avril 2014. L'art. 111b LAsi trouve donc application (cf. Message du Conseil fédéral du 26 mai 2010 concernant la modification de la loi sur l'asile, FF 2010 4035, spéc. p. 4054 et 4086).

E. 2.2

Selon cette disposition légale, la demande de réexamen doit être dûment motivée et déposée par écrit auprès du SEM dans les 30 jours qui suivent la découverte du motif de réexamen.

E. 2.3

La question de savoir si la demande de réexamen a été déposée dans le délai de 30 jours prévu à l'art. 111b al. 1 première phrase LAsi relève de la recevabilité (au contraire de celle de savoir si le requérant a tardé à découvrir le motif de réexamen invoqué qui, elle, relève du fond ; cf. Message du Conseil fédéral du 26 mai 2010 concernant la modification de la loi sur l'asile, FF 2010 4035, 4085 ; voir également mutatis mutandis, arrêt du Tribunal fédéral 4A_688/2012 et 4A_126/2013 du 9 octobre 2013 consid. 4.3). En l'occurrence, la demande ne comporte aucune indication quant au respect du délai prévu à l'art. 111b al. 1

première phrase LAsi. Cette demande s'appuie expressément sur le seul moyen de preuve fourni, c'est-à-dire le nouveau rapport médical daté du 28 mars 2014. Force est toutefois de constater que le moyen de preuve précité est en tous termes identique à un rapport médical précédent, daté du 13 février 2014. Il convient de relever que seuls le dernier paragraphe de la page 3 et l'unique paragraphe de la page 4 du rapport du 28 mars 2014 diffèrent de celui du 13 février 2014. Cependant, ces deux paragraphes ne sont pas déterminants in casu, puisqu'ils traitent de l'insertion professionnelle du recourant, un élément qui ne saurait être invoqué comme constituant un obstacle à l'exécution du renvoi devant l'autorité de céans. Il en découle que l'auteur du rapport du 13 février 2014 avait déjà diagnostiqué que le recourant souffrait de schizophrénie. En tout état de cause, le présent recours apparaît mal fondé pour les motifs qui suivent.

E. 3.1

En l'occurrence, il s'agit d'examiner si c'est à bon droit que l'ODM a rejeté la demande de réexamen, dans la mesure où elle était recevable.

E. 3.2

Conformément à la jurisprudence, la demande d'adaptation tend à faire adapter par l'ODM sa décision parce que, depuis le prononcé par le Tribunal de son arrêt au fond sur recours, s'est créée une situation nouvelle dans les faits ou exceptionnellement sur le plan juridique, qui constitue une modification notable des circonstances (cf. ATAF 2010/27 consid. 2.1, 2.1.1 et réf. cit.).

E. 3.3

En l'espèce, lors de la procédure ordinaire close par l'arrêt E-7122/2008 du 22 novembre 2010, le recourant avait allégué être atteint de troubles psychiques. Il ressort de la procédure de première instance que l'intéressé souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM 10, F32.2) et qu'il a bénéficié, depuis le 1er avril 2008, de consultations pédopsychiatriques bimensuelles et d'une médication antidépressive, et ce a priori jusqu'à fin septembre 2008 (cf. let. A.c supra, rapport médical du 11 juin 2008). Par la suite, en août 2010, un médecin de I._____ a diagnostiqué chez le recourant une hypertrophie ventriculaire, une probable céphalée "en grappe", une sinusite chronique possible, ainsi qu'un potentiel trouble psychique. Le patient devait consulter une fois par semaine et faire l'objet d'investigations sur les plans cardiologique et psychiatrique. Il ne prenait aucun remède et semblait donc avoir mis un terme à la médication antidépressive préconisée par l'auteur du rapport du 11 juin 2008 précité (cf. rapport médical du 19 août 2010 classé dans le dossier du SEM).

E. 3.4

A l'appui de sa demande d'adaptation du 29 avril 2014, le recourant a invoqué une dégradation de son état de santé psychique. Il a produit un rapport médical du 28 mars 2014 émanant d'un spécialiste auprès d'une policlinique psychiatrique, établissant qu'il était atteint de schizophrénie paranoïde (CIM 10, F 20.0).

E. 3.5

Partant, en tenant compte de la maladie dont souffre désormais le recourant sur le plan psychiatrique, il faut admettre que son état de santé s'est dégradé depuis l'arrêt du Tribunal E-7122/2008 du 22 novembre 2010.

E. 3.6

Dès lors, le Tribunal examine ci-après si la péjoration de l'état de santé de l'intéressé constitue un fait nouveau déterminant depuis la clôture de la procédure ordinaire où le renvoi avait été déclaré exigible par arrêt du 22 novembre 2010.

E. 4.1

Aux termes de 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 nécessité médicale.

E. 4.2

S'agissant particulièrement des personnes en traitement médical en Suisse, l'exécution du renvoi ne devient inexigible, selon 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 est une disposition exceptionnelle tenant en échec une décision d'exécution du renvoi et ne saurait 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 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, ATAF 2009/2 consid. 9.3.2 p. 21).

E. 4.3

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. 4.4

En l'espèce, le recourant souffre de schizophrénie paranoïde (CIM 10, F 20.0). Il bénéficie d'une psychothérapie à raison d'une séance mensuelle environ et son traitement médicamenteux est composé d'injections intramusculaires de Clopixol 400mg tous les quinze jours. A cela s'ajoute une prescription de Valium, de Kemadrin (selon le Compendium Suisse, "améliore l'humeur et le bien-être général, agit favorablement sur la fatigue et les états dépressifs qui en résultent") et d'Imovane (contre les troubles du sommeil). Le spécialiste estime que la prise de Clopixol est un traitement à long terme, voire à vie. L'état du recourant est actuellement stabilisé et il n'a pas allégué avoir eu de nouvelles crises depuis qu'il suit son traitement, depuis maintenant une année. De plus, il est depuis lors capable d'affirmer ne plus vouloir écouter ses hallucinations auditives. Il ne ressort en outre pas du dossier que le recourant aurait verbalisé des idées suicidaires durant son hospitalisation entre mi-septembre 2013 et mi-février 2014 ou ultérieurement, de sorte que les craintes de son précédent médecin à ce sujet ne sont plus d'actualité (cf. let. A.c supra). A ce sujet, il faut rappeler que le recourant n'a pas donné suite à l'ordonnance du Tribunal du 24 février 2015 lui demandant un rapport médical actualisé de son état de santé psychique et du traitement prodigué ; l'intéressé, invité à signaler tout changement dans sa situation ou son suivi médical, n'a rien communiqué. En outre, il ressort du rapport du 13 juin 2014 que les phases de péjoration de l'état psychique sont observées principalement lorsque le recourant refuse la médication ou lors d'un "état de tension psychique important avec des difficultés à supporter la frustration". Le spécialiste précise que le recourant est un consommateur régulier de cannabis, ce qui a un effet néfaste direct sur l'efficacité du traitement neuroleptique. Le pronostic demeure réservé, puisqu'une absence ou une rupture du traitement comporterait un risque important de décompensation psychotique, "notamment sous forme de délire de persécution et une agitation psychomotrice". Le spécialiste ajoute que des gestes de violence auto- et hétéro-agressifs ne seraient pas exclus en cas de rupture du traitement. Le Tribunal considère que, la consommation intentionnelle et régulière de cannabis par le recourant ayant des répercussions négatives sur le traitement de la schizophrénie dont il souffre, cette affection ne constitue pas une situation de nécessité médicale au sens de l'art. 83 al. 4 LETr de nature à faire obstacle à l'exécution du renvoi (cf. arrêt du Tribunal D-5708/2010 du 22 août 2012 consid. 4.5.3).

E. 4.5

S'agissant des possibilités de traitement au Nigéria, le Tribunal retient que toutes les maladies psychiques peuvent être traitées dans les hôpitaux gouvernementaux sis dans plusieurs grandes villes du Nigéria. Il existe trente-cinq hôpitaux psychiatriques ou département de psychiatrie, dont huit hôpitaux neuropsychiatriques fédéraux et six cliniques gérées par les Etats fédéraux, spécialisées dans le traitement des maladies psychiatriques, dont la schizophrénie. Quelques cliniques privées sont également spécialisées dans les traitements psychiatriques. En particulier, l'hôpital fédéral de neuropsychiatrie de Uselu (Benin City) se constitue de deux complexes totalisant 350 lits. Malgré un manque de spécialistes, les professionnels qui exercent au Nigéria sont, en principe, suffisamment qualifiés et formés. S'agissant de l'accès aux soins, il faut préciser que les traitements dans certains hôpitaux gouvernementaux sont gratuits, alors que les médicaments sont à la charge des patients. Des solutions peuvent toutefois être trouvées lorsque le patient n'a pas suffisamment de moyens financiers par le biais d'une "Social Welfare Unit", d'un arrangement avec l'hôpital ou d'une "association des amis de l'hôpital". (cf. UK Home Office and Danish Immigration Service, Report of Joint British-Danish Fact-Finding Mission to Lagos and Abuja, Nigeria, 9-27 September 2007 and 5-12 January 2008, 28

octobre 2010, p. 44-45 ; Organisation suisse d'aide aux réfugiés [OSAR], Alexandra Geiser, Nigeria: Behandlung von Schizophrenie, Asthma bronchiale und Hepatitis B, 18 janvier 2010, p. 2 ; OSAR, Rahel Zürcher, Nigéria: soins psychiatriques, 22 janvier 2014, ch. 2, p. 2 ; Home office, Nigeria - Country of Origin Information [COI], report, 14 juin 2013, reissued on 3 February 2014, 26.38, p. 220 ; Federal Neuro-Psychiatric Hospital, Benin City, Admission, <http://psychospitalusel.com/wp/>, consulté le 17 janvier 2013). En outre, la schizophrénie constitue la maladie mentale la plus fréquente au Nigéria et se traite par voie médicamenteuse (OSAR, rapport du 18 janvier 2010, p. 2 ; cf. arrêt du Tribunal E-2242/2014 du 1er juillet 2014 consid. 3.5.6). Les médicaments psychotropes sont disponibles au Nigéria et dans la majorité des cas, à un coût abordable. Des médicaments antidépresseurs sont au surplus disponibles et abordables (cf. notamment OSAR, Alexandra Geiser, "Nigeria" : Behandlung von PTSD, Auskunft der SFH-Länderanalyse", 9 novembre 2006 ; cf. également arrêt du Tribunal D-5258/2009 du 12 novembre 2009 consid. 6.3.3.4).

E. 4.6

En l'occurrence, tant l'ODM dans sa décision du 7 octobre 2008, que l'autorité de céans dans son arrêt E-7122/2008 du 22 novembre 2010, ont retenu que le recourant avait violé son obligation de collaborer à l'établissement des faits au sens de l'art. 8 al. 1 LAsi. Ils ont considéré que les allégations de l'intéressé au sujet de son domicile au Nigéria et de l'absence de réseau familial et social étaient invraisemblables. Le Tribunal ne peut donc pas exclure que le recourant puisse être soutenu, également financièrement, par des membres de sa famille au Nigéria à son retour (cf. arrêt du Tribunal D-5708/2010 précité, consid. 4.5.5). En revanche, le recourant a évoqué à plusieurs reprises devant ses médecins le souhait de retourner en Afrique. Dans ces circonstances, il n'appartient pas au Tribunal de vérifier plus avant si la péjoration de l'état de santé invoquée par le recourant est de nature à l'exposer à un danger concret au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr (cf. Patrick L. Krauskopf/Katrin Emmenegger, in : Waldmann/Weissenberger [éd.], Praxiskommentar VwVG, Zurich/Bâle/Genève 2009, ad art. 13 PA, ch. 61 à 64, p. 309s.).

E. 4.7

Ainsi, au vu du considérant qui précède, le rapport de l'OSAR du 22 janvier 2014, cité à l'appui du recours, qui se contente de mettre en lumière les difficultés que peut rencontrer la population nigériane pour accéder à des soins psychiatriques dans le pays, surtout si elle vit en milieu rural (ch. 1 p. 1 et 2), n'est pas déterminant, le recourant n'ayant pas établi in casu vivre en milieu rural au Nigéria. Le Tribunal considère encore que le renvoi à l'arrêt D-7783/2010 du 13 août 2012 auquel s'est référé le recourant n'est pas non plus pertinent. En effet, dans l'arrêt précité, outre le fait que l'intéressé souffrait notamment de schizophrénie paranoïde sans rémission depuis plusieurs années, ses médecins considéraient qu'il n'était pas apte à voyager, qu'aucun soin n'était disponible dans sa région d'origine - un village sis en zone rurale et qu'il n'aurait bénéficié d'aucun soutien social ou familial effectif dans une ville plus importante où il aurait éventuellement pu recevoir des soins. Au vu du considérant 4.6 ci-dessus, le Tribunal ne saurait assimiler la situation particulière du recourant à l'état de fait de l'arrêt D-7783/2010.

E. 4.8

Au demeurant, il n'y a pas lieu d'examiner l'hypertension invoquée par le recourant (ni en conséquence les documents médicaux y relatifs), puisqu'il a expressément admis que cette affection ne constituait pas un obstacle à l'exécution du renvoi (cf. sa réplique du 23

septembre 2014, p. 1).

E. 4.9

Enfin, le recourant aura également la possibilité de demander une aide au retour (cf. art. 93 LAsi et 73ss de l'ordonnance 2 du 11 août 1999 sur l'asile relativement au financement [OA 2, RS 142.312]), ainsi que de préparer, avec l'aide de ses médecins, la suite des éventuels traitements qui lui seraient encore nécessaires une fois rentré dans son pays d'origine.

E. 4.10

Partant, l'exécution du renvoi du recourant au Nigéria demeure raisonnablement exigible en l'état.

E. 5

Il s'ensuit que le recours du 4 juillet 2014 doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision de l'ODM du 6 juin 2014 confirmée.

E. 6

Dans la mesure où la demande d'assistance judiciaire partielle a été admise par décision incidente du 8 septembre 2014, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 65 al. 1 PA). (dispositif : page suivante)

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