

BVGer E-4809/2012 vom 18. September 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_E-4809_2012

FR: TAF E-4809/2012 du 18 septembre 2013

IT: TAF E-4809/2012 del 18 settembre 2013

Regeste

Exécution du renvoi

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 le renvoi peuvent être contestées, par renvoi de l'art. 105 LAsi, devant le Tribunal, lequel statue alors définitivement, sauf demande d'extradition déposée par l'Etat dont le requérant cherche à se protéger (cf. art. 83 let. d ch. 1 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]), exception non réalisée en l'espèce.

E. 1.2

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

E. 2

Les recourants n'ont pas contesté la décision de refus d'asile prononcée par l'ODM de sorte que, sous cet angle, celle-ci a acquis force de chose décidée.

E. 3.1

Lorsqu'il rejette la demande d'asile ou qu'il refuse d'entrer en matière à ce sujet, l'ODM prononce, en règle générale, le renvoi de Suisse et en ordonne l'exécution ; il tient compte du principe de l'unité de la famille (art. 44 al. 1 LAsi). Le renvoi ne peut être prononcé, selon l'art. 32 de l'ordonnance 1 du 11 août 1999 sur l'asile relative à la procédure (OA 1, RS 142.311), lorsque le requérant d'asile dispose d'une autorisation de séjour ou d'établissement valable, ou qu'il fait l'objet d'une décision d'extradition ou d'une décision de renvoi conformément à l'art. 121 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101).

E. 3.2

Aucune exception à la règle générale du renvoi n'étant en l'occurrence réalisée, le Tribunal est tenu, de par la loi, de confirmer cette mesure.

E. 4

L'exécution du renvoi est ordonnée si elle est licite, raisonnablement exigible et possible (art. 44 al. 2 LAsi). Si ces conditions ne sont pas réunies, l'admission provisoire doit être prononcée. Celle-ci est réglée par l'art. 84 de la loi fédérale sur les étrangers du 16

décembre 2005 (LEtr, RS 142.20).

E. 5.1

L'exécution n'est pas licite lorsque le renvoi de l'étranger dans son Etat d'origine ou de provenance ou dans un Etat tiers est contraire aux engagements de la Suisse relevant du droit international (art. 83 al. 3 LEtr). Aucune personne ne peut être contrainte, de quelque manière que ce soit, à se rendre dans un pays où sa vie, son intégrité corporelle ou sa liberté serait menacée pour l'un des motifs mentionnés à l'art. 3 al. 1 LAsi, ou encore d'où elle risquerait d'être astreinte à se rendre dans un tel pays (art. 5 al. 1 LAsi). Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants (art. 3 de la Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales [CEDH, RS 0.101] et art. 3 de la Convention du 10 décembre 1984 contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [Conv. torture, RS 0.105]).

E. 5.2

Dans la mesure où les recourants n'ont pas remis en cause le rejet de leur demande d'asile, le principe de non-refoulement ancré à l'art. 5 LAsi ne trouve pas directement application.

E. 5.3

En ce qui concerne les autres engagements de la Suisse relevant du droit international, il sied d'examiner particulièrement si l'art. 3 CEDH, qui interdit la torture, les peines ou traitements inhumains, trouve application dans le présent cas d'espèce.

E. 5.3.1

Si l'interdiction de la torture, des peines et traitements inhumains (ou dégradants) s'applique indépendamment de la reconnaissance de la qualité de réfugié, cela ne signifie pas encore qu'un renvoi ou une extradition serait prohibée par le seul fait que dans le pays concerné des violations de l'art. 3 CEDH devraient être constatées ; une simple possibilité de subir des mauvais traitements ne suffit pas. Il faut au contraire que la personne qui invoque cette disposition démontre à satisfaction qu'il existe pour elle un véritable risque concret et sérieux, allant au-delà de tout doute raisonnable, d'être victime de tortures, ou de traitements inhumains ou dégradants en cas de renvoi dans son pays. Il en ressort qu'une situation de guerre, de guerre civile, de troubles intérieurs graves ou de tension grave accompagnée de violations des droits de l'homme ne suffit pas à justifier la mise en oeuvre de la protection issue de l'art. 3 CEDH, tant que la personne concernée ne peut rendre hautement probable qu'elle serait visée personnellement - et non pas simplement du fait d'un hasard malheureux - par des mesures incompatibles avec la disposition en question (Jurisprudence et informations de la Commission suisse de recours en matière d'asile [JICRA] 1996 n° 18 consid. 14b let. ee p. 186 ss).

E. 5.3.2

L'art. 3 CEDH s'applique principalement lorsque le risque pour la personne menacée de refoulement d'être soumise à des mauvais traitements dans le pays de destination découle d'actes intentionnels des autorités 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. Dans l'arrêt D. c. Royaume-Uni du 2 mai 1997 (requête no 30240/96, § 49ss), la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH), compte tenu de l'importance fondamentale de l'art. 3 CEDH, s'est réservé une souplesse suffisante pour étendre la portée de cette

norme conventionnelle à des situations dans lesquelles le risque de mauvais traitements était lié à des facteurs n'engageant pas (directement ou indirectement) la responsabilité des autorités du pays de destination, par exemple à une maladie grave survenue naturellement ne pouvant être soignée dans ce pays en l'absence de ressources suffisantes pour y faire face. Elle a néanmoins jugé que, dans cette hypothèse, le seuil à partir duquel un risque d'être exposé à un mauvais traitement prohibé par l'art. 3 CEDH pouvait être admis était élevé. Ainsi, depuis l'adoption de l'arrêt D. c. Royaume-Uni, la CourEDH a retenu, dans sa jurisprudence constante, que la décision de renvoyer un étranger atteint d'une maladie (physique ou mentale) grave dans un pays disposant de possibilités de traitement inférieures à celles offertes par l'Etat contractant ne pouvait justifier la mise en oeuvre de l'art. 3 CEDH que dans des circonstances très exceptionnelles et pour autant que des considérations humanitaires impérieuses militaient contre le renvoi, estimant par ailleurs que le fait que l'étranger doive s'attendre à une dégradation importante de sa situation (et notamment à une réduction significative de son espérance de vie) dans le pays de destination n'était en soi pas suffisant. Cette jurisprudence a été confirmée par l'arrêt N. c. Royaume-Uni du 27 mai 2008, dans lequel la Grande Chambre de la CourEDH a considéré qu'il se justifiait de conserver le seuil élevé fixé dans l'arrêt D. c. Royaume-Uni du 2 mai 1997 (sur l'ensemble de ces questions, cf. l'arrêt N. c. Royaume-Uni précité, requête no 26565/05, § 42 à 44, qui contient par ailleurs un aperçu de la jurisprudence de la CourEDH relative à l'expulsion des personnes gravement malades - en particulier des personnes vivant avec le VIH/Sida - aux § 29 à 41). A ce propos, on relèvera que, dans l'arrêt D. c. Royaume-Uni, qui concernait le cas d'un ressortissant de Saint-Kitts atteint du Sida en phase terminale, les circonstances très exceptionnelles et considérations humanitaires impérieuses en jeu résidaient dans le fait que le recourant était proche de la mort et ne pouvait espérer bénéficier de soins médicaux ou d'un quelconque soutien familial dans son pays, n'ayant aucun parent proche sur place en mesure de l'héberger, de s'occuper de lui et de lui fournir un minimum de nourriture. La CourEDH avait dès lors jugé que la mise à exécution de la décision d'expulsion, qui exposait l'intéressé à un risque réel de mourir dans des circonstances particulièrement douloureuses, constituait un traitement inhumain contraire à l'art. 3 CEDH (cf. les commentaires figurant à ce sujet dans l'arrêt N. c. Royaume-Uni précité, § 42).

E. 5.3.3

En l'occurrence, A. _____ souffre d'un état de stress post-traumatique, d'un trouble panique et d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Il suit une psychothérapie individuelle et de couple et prend notamment un anxiolytique. Son épouse est atteinte d'un état de stress post-traumatique, d'un trouble anxieux et dépressif mixte, de troubles de l'alimentation et d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Son traitement est composé d'un antidépresseur et d'un anxiolytique ; elle bénéficie d'un suivi psychothérapeutique individuel et en couple. Quant à leur fille aînée, elle est suivie, pour un état de stress post-traumatique, en consultations thérapeutiques individuelles et familiales. Au vu toutefois des affections dont souffrent les recourants, l'exécution du renvoi n'a pas pour conséquence de les exposer à un risque de mort en cas de retour en Bosnie et Herzégovine. Ils ne se trouvent pas, en effet, dans une situation comparable à celle à la base de l'arrêt D. c. Royaume-Uni du 2 mai 1997 précité. Faute de circonstances tout à fait extraordinaires (au sens de la jurisprudence en la matière) commandant impérativement la poursuite de leur séjour sur le territoire helvétique pour des motifs médicaux, une éventuelle illicéité de l'exécution de leur renvoi ne peut être retenue.

E. 5.4

Dès lors, l'exécution du renvoi des recourants sous forme de refoulement ne transgresse aucun engagement de la Suisse relevant du droit international (art. 44 al. 2 LAsi et 83 al. 3 LEtr).

E. 6.1

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. 6.2

Il est notoire que la Bosnie et Herzégovine 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. D'ailleurs, ce pays a été considéré par le Conseil fédéral comme en Etat sûr (safe country) et exempt de persécution, depuis le 1er août 2003 (cf. art. 6a al. 2 let. a LAsi).

E. 6.3

Il faut encore déterminer si la situation personnelle des recourants est à même de les mettre concrètement en danger en cas de retour dans leur pays.

E. 6.4

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).

E. 6.5

En ce qui concerne les possibilités de traitement en Bosnie et Herzégovine, le Tribunal a procédé à une analyse détaillée de la situation médicale dans ce pays (cf. arrêt du Tribunal D-7122/2006 du 3 juin 2008 consid. 8.3.3 à 8.3.5), mettant ainsi à jour une précédente analyse effectuée par la Commission suisse de recours en matière d'asile (ci-après : la CRA ; cf. JICRA 2002 n°12 p. 102ss ; cf. également arrêts du Tribunal D-4556/2009 du 31 octobre 2012 consid. 5.5 et 5.7, D-7597/2007 du 14 avril 2011 consid. 5.4).

E. 6.5.1

Concernant la situation médicale générale en Bosnie et Herzégovine, le Tribunal retient que les soins simples ou courants sont généralement accessibles dans toutes les régions de ce pays (cf. International Organization of Migration [IOM] / Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF], Country Fact Sheet Bosnia and Herzegovina, octobre 2011, p. 11 ss et European Commission against Racism and Intolerance, ECRI Report on Bosnia and Herzegovina du 8 février 2011 p. 29 s.). Les personnes nécessitant un suivi médical plus complexe doivent en général se rendre dans les grands centres médicaux présents, en particulier, dans les villes de M._____, Tuzla, Mostar, Travnik et Zenica. Toutefois, même dans ces centres, diverses pathologies graves nécessitant un suivi médical approfondi ne peuvent en règle générale pas être soignées convenablement. L'approvisionnement en médicaments autres que les remèdes de base est dans l'ensemble toujours assuré, du moins dans les grands centres urbains, pour les personnes disposant de ressources financières suffisantes. En outre, le caractère aléatoire des possibilités de traitement pour les personnes souffrant de graves troubles psychiques nécessitant impérativement un suivi médical spécifique important et de longue durée est toujours d'actualité (cf. arrêts du Tribunal D-7122/2006 susmentionné, plus particulièrement consid. 8.3.5.2, D-4556/2009 susmentionné consid. 5.5 et réf. cit.).

E. 6.5.2

S'il est exact que l'accès aux soins est théoriquement garanti pour tous les citoyens bosniaques et que le coût de la plupart des traitements est couvert par l'assurance-maladie, la réalité est toutefois bien différente : le pays manque de spécialistes formés et le système d'assurance-maladie doit faire face à des problèmes insurmontables liés à une mauvaise situation socio-économique, un financement insuffisant et des besoins énormes de la population en matière de soins. Le système de santé bosniaque souffre en outre toujours de sa décentralisation. Ainsi, la situation est particulièrement complexe pour les personnes qui retournent dans la Fédération croato-musulmane où chacun des dix cantons définit les catégories de personnes qui peuvent contracter une assurance-maladie, et les conditions pour ce faire. Les rapatriés doivent en particulier faire face à quantité de démarches administratives pour contracter une telle assurance, en devant notamment s'inscrire au préalable, et dans un délai défini, auprès du Bureau de l'emploi. Faute de temps ou d'information, bien des personnes rapatriées manquent ainsi l'enregistrement auprès de ce bureau (cf. arrêt du Tribunal D-7122/2006 susmentionné, en particulier consid. 8.3.5.1 p. 19s.).

E. 6.5.3

Les difficultés pratiques liées à l'accès à l'assurance-maladie ayant été précisées, se pose ensuite la question des prestations qu'elle offre, tant du point de vue des traitements médicamenteux que des thérapies. De plus, les systèmes diffèrent d'un canton à l'autre, dans la mesure où chacun des dix cantons de la Fédération possède sa propre liste des médicaments remboursés (totalement ou en partie) par le fonds d'assurance. Quant aux traitements thérapeutiques prodigués dans le cadre du système public, ils ne sont plus gratuits, le patient devant payer une participation aux frais, y compris pour son hospitalisation, à l'exception toutefois de certaines catégories, comme par exemple les enfants, les femmes enceintes ou encore les bénéficiaires de prestations sociales. De surcroît, la couverture des soins n'est possible que dans le canton où les cotisations ont été payées (cf. arrêt du Tribunal D-7122/2006 susmentionné, en particulier consid. 8.3.5.1 p. 19).

E. 6.5.4

Partant, le Tribunal constate que les difficultés d'accès aux soins - et plus particulièrement dans la Fédération - ainsi que la question des prestations offertes ne se sont pas modifiées depuis la dernière analyse effectuée par la CRA en 2002. Ainsi, le constat selon lequel un malade qui ne peut se faire inscrire auprès des autorités communales sera forcé de financer lui-même les soins qui lui sont nécessaires est toujours d'actualité (cf. JICRA 2002 n° 12 consid. 10 let. d p. 106). Il en va de même s'agissant du constat selon lequel l'inscription officielle auprès des autorités de sa commune - et donc l'accès à l'assurance-maladie - ne signifie pas pour autant que le malade ne devra pas supporter les frais occasionnés par des traitements médicaux importants. En outre, et malgré plusieurs tentatives des autorités bosniaques pour modifier cette situation, la couverture des soins par l'assurance-maladie est toujours limitée à la région (soit la commune ou le canton) où la personne est enregistrée. Cette particularité a donc pour conséquence que, si un traitement n'est pas disponible dans le canton où la personne concernée est enregistrée, et qu'elle doit se rendre dans un autre canton, voire à l'étranger, pour se faire soigner, la totalité des frais seront à sa charge (cf. arrêt du Tribunal D-7122/2006 susmentionné, en particulier consid. 8.3.5.1 p. 20s.).

E. 6.5.5

En ce qui concerne l'accès aux soins, en particulier pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves, la situation n'est toujours pas satisfaisante. Les structures adéquates sont rares alors que les besoins sont continuellement en augmentation. Les cliniques psychiatriques sont plutôt orientées vers le traitement des maladies psychiatriques classiques et fondées sur les traitements psychopharmacologiques. Il arrive ainsi fréquemment que des personnes atteintes de PTSD se voient prescrire uniquement un traitement médicamenteux, alors qu'une psychothérapie serait nécessaire. En résumé, s'agissant des possibilités de traitement des personnes traumatisées, s'il existe certes des institutions et du personnel spécialisés ainsi que des médicaments, voire des thérapies, il n'en demeure pas moins que le système de soins est surchargé et l'offre trop faible par rapport aux besoins réels. En outre, les patients doivent fréquemment prendre en charge une partie des coûts et un traitement médicamenteux est régulièrement préféré à une psychothérapie, qui s'inscrit sur la durée et requiert du personnel qualifié (cf. arrêt du Tribunal D-7122/2006 susmentionné consid. 8.3.5.2).

E. 6.5.6

En conclusion, pour les personnes atteintes de troubles psychiques d'ordre traumatique d'une telle intensité qu'elles ont impérativement besoin d'un suivi médical spécifique important et de longue durée, les possibilités de traitement sont toujours aléatoires et les frais en découlant sont en partie à leur charge. La situation, sur ce point également, n'a pas non plus évolué de manière significative depuis l'analyse effectuée par la Commission en 2002.

E. 6.6.1

En l'espèce, A. _____ a été hospitalisé à l'Hôpital G. _____, les 5 et 6 novembre 2011, pour un probable syndrome de choc post-traumatique (état anxieux, cauchemars, risque hétéro-, voire auto-agressif). On peut lire dans le rapport du Dr J. _____ du 28 mai 2013 (1ère page), le psychiatre de B. _____, que le recourant souffre, s'agissant des troubles du comportement, d'un état de stress post traumatique (CIM 10, F43.1), d'un trouble panique (F41.0) et d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30). Il doit également gérer une expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance (Z61.7), une expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5), d'autres difficultés liées à l'environnement social (Z60.8) et des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0). Ses troubles somatiques sont chroniques, il se sent fortement dévalorisé et en situation d'échec par rapport à sa situation familiale, ayant le sentiment de ne pas remplir son rôle de père et d'époux. Il suit une psychothérapie individuelle régulière bimensuelle, sauf exception qui justifierait des séances plus rapprochées, ainsi qu'un suivi en couple et en famille. Selon les documents médicaux produits, il prend encore un anxiolytique.

E. 6.6.2

B. _____ souffre quant à elle, s'agissant des troubles du comportement, d'un état de stress post-traumatique (F43.1), d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), ainsi que de troubles de l'alimentation (F50). Elle doit également gérer une expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance (Z61.7), une expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5), d'autres difficultés liées à l'environnement social (Z60.8), des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0) et des difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux-parents (Z63.1). Elle bénéficie d'une psychothérapie depuis son arrivée en Suisse. Son suivi est individuel à raison d'une consultation hebdomadaire depuis le mois de novembre 2011, ainsi qu'un suivi en couple et en famille. En janvier 2012, elle s'est faite retirer un ovaire kystique, ce qui a provoqué un état d'angoisse extrême et l'apparition d'idées paranoïdes nécessitant un suivi intensif. En raison de sa grossesse, elle a dû cesser de prendre sa médication initiale, composée d'un antidépresseur et d'un anxiolytique, en mi-mars 2012. Le 26 avril 2012, elle s'est faite hospitalisée dans le secteur psychiatrique de l'Hôpital de I. _____, en raison d'une décompensation (péjoration du trouble anxio-dépressif et évocation d'idées noires), afin de la protéger contre elle-même et de protéger son entourage. Son état s'est à nouveau dégradé, en été 2012, impliquant une prise en charge encore plus intensifiée. La recourante est très angoissée, a des gestes agressifs et présente des idées suicidaires désormais scénarisées. Le spécialiste a observé l'installation d'un état anxio-dépressif chronique. En outre, B. _____ souffre de troubles alimentaires et du sommeil, ainsi que de douleurs dorsales, en lien avec ses affections somatiques. Elle présente également des idées de type paranoïde, pensant que les personnes responsables du statut de sa famille en Suisse sont malveillantes. Le psychiatre note un risque de

modification durable de la personnalité ou encore le développement d'un état délirant accru si le trouble de la personnalité paranoïde devait s'installer. Sa patiente a aussi décrit des symptômes de la lignée psychotique (hallucinations visuelles). Le médecin n'exclut pas une grave décompensation, au vu des antécédents de troubles psychiques familiaux (ses parents ayant souffert de schizophrénie), de son impulsivité et des troubles de la personnalité. Son traitement est composé d'un antidépresseur et d'un anxiolytique et une réévaluation est en cours en vue de l'introduction de neuroleptiques. Aux problèmes psychiques de chacun des recourants s'ajoutent des difficultés dans la relation de couple. Celui-ci traverse régulièrement des crises, avec des accès de violence de part et d'autre. Il présente une constellation pathologique, dans laquelle la recourante est une figure puissante, alors que son époux se montre dépendant. Le couple ne dispose pas des ressources nécessaires et adéquates pour faire face à leurs problèmes et nécessite donc un soutien et une prise en charge régulière, faute de quoi un risque de séparation est présent, ce qui engendrerait encore plus de dégâts. Par ailleurs, les recourants présentent tous deux d'importantes difficultés à assurer les soins et l'éducation de leurs enfants. La co-parentalité est dysfonctionnelle et nécessiterait une aide en guidance parentale, dans la mesure où le père est absent de l'éducation, alors que la mère en est le pilier, ce que l'état psychique précaire de celle-ci ne permet pas de supporter et ce qui la fragilise d'autant plus. Le médecin n'exclut pas la nécessité d'hospitaliser la mère et le bébé, afin de protéger la famille du dysfonctionnement qu'elle vit. La recourante se sent dépassée, a le sentiment de ne pas être une bonne mère et se sent responsable de la souffrance de sa fille aînée et craint les séquelles que l'ensemble de ces problèmes et du parcours migratoire laissera sur elle. De l'avis du psychiatre, il est primordial que la situation de vie du couple se stabilise très rapidement, au vu des symptômes de chacun des membres de cette famille. Etant donné leur état d'une extrême fragilité, un retour en Bosnie et Herzégovine engendrerait une réminiscence des événements traumatiques et aggraverait la symptomatologie post-traumatique et dépressive impliquant un réel risque suicidaire. La recourante se trouve dans un tel état de détresse psychique qu'un retour au pays est, en l'état, inenvisageable, puisqu'elle préférerait mettre fin à ses jours plutôt que de rentrer dans son pays. De l'avis du spécialiste, même une psychothérapie soutenue et un traitement médicamenteux approprié en Bosnie et Herzégovine ne suffiraient pas, en l'absence d'un cadre sécurisant et stable, comme en Suisse.

E. 6.6.3

Enfin, l'enfant C._____ est suivie par une pédopsychiatre depuis le 7 octobre 2011 pour des troubles du sommeil, des angoisses et une diminution de l'appétit. Un état de stress post-traumatique (F43.1) a été diagnostiqué, ainsi que des conditions de vie créant une situation psychosociale à risque. Depuis le mois de mars 2012, l'enfant bénéficie de consultations thérapeutiques individuelles et familiales. Il ressort des rapports du Dr J._____ qu'elle souffre d'angoisses massives de séparation et d'abandon de la part de ses parents et il est évident qu'elle a été traumatisée, tant par le parcours migratoire, par l'hospitalisation de sa mère, que par les atteintes psychiques graves de ses parents, qui se répercutent de manière très négatives sur elle.

E. 6.7

En l'occurrence, les affections psychiques que présentent les recourants et leur fille C._____, considérés individuellement et en tant que membres d'une même famille, depuis plusieurs années, sont graves, relèvent d'une situation clinique chronique et sérieuse,

et nécessitent une prise en charge intensive. D'abord, il n'est pas garanti que les traitements instaurés en Suisse puissent être poursuivis en Bosnie et Herzégovine. L'absence de ces traitements, voire des traitements inadéquats, pourraient entraîner selon les psychiatres, de nombreuses complications avec, chez B. _____, un risque de passage à l'acte auto-agressif suicidaire. Or, au vu de la situation médicale prévalant dans ce pays, même en admettant que les recourants pourront s'inscrire auprès de l'assurance-maladie et bénéficier ainsi, à tout le moins, d'une prise en charge partielle des soins médicaux qui leur sont nécessaires, il n'est pas garanti précisément qu'ils puissent accéder de manière raisonnable à ces soins, psychothérapeutiques en particulier, dont ils ont impérativement besoin et dont l'importance, ainsi que la régularité, voire l'intensité sont primordiales. Ensuite, même si les traitements initiés en Suisse pouvaient être poursuivis sur place, ils n'apporteraient pas la stabilité et la sécurité suffisantes à la reconstruction du couple, de la famille et à la lente guérison de chacun de ses membres, au vu de leur état psychique extrêmement fragile. A cela s'ajoute que la problématique psychopathologique de la recourante empêche d'envisager qu'un traitement adapté et efficace à l'amélioration de sa santé puisse être poursuivi dans son pays ; le Tribunal retient surtout qu'il existe un risque sérieux et particulièrement élevé, dans les circonstances actuelles, que l'exécution du renvoi entraîne un danger concret pour sa vie.

E. 6.8

Au surplus, A. _____ ne semble pas apte à exercer une activité lucrative et à subvenir aux besoins de sa femme et de leurs deux filles, en particulier vu son état psychique fragile et les coûts de la santé qu'il devrait supporter pour chacun des membres de sa famille. Par ailleurs, il est sans formation et il n'est pas garanti que sa précédente activité de revendeur de ferraille lui procure un revenu. Son épouse ne pourra pas compter sur son soutien au quotidien pour s'occuper de leurs enfants, en particulier d'un bébé d'un peu plus de (...), eu égard à leurs problèmes de santé et au dysfonctionnement du couple, en particulier quant à la guidance parentale. Certes, les recourants ont des membres de leur famille en Bosnie et Herzégovine, les parents ainsi que les quatre frères et soeurs de A. _____, à E. _____ et à M. _____ (pv de ses auditions sur les données personnelles du 10 décembre 2009 [p. 3] et du 23 juin 2011 [p. 3]), et le demi-frère et la demi-soeur de son épouse. Néanmoins, il n'est pas établi, dans le cas particulier, que ces personnes seraient prêtes et aptes à prendre complètement en charge les quatre recourants, dont deux enfants en bas âge, à leur retour et à leur assurer un encadrement convenable, à savoir un logement et le minimum vital, compte tenu notamment de leur santé psychique défaillante et des coûts liés à leurs traitements.

E. 6.9

En conséquence, l'exécution du renvoi ne saurait être raisonnablement exigée dans le cas d'espèce, sinon au risque de mettre les recourants dans une situation particulièrement rigoureuse qui les exposerait alors à une mise en danger concrète au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr, de sorte que le Tribunal y renonce. Au demeurant, il ne ressort du dossier aucun élément dont on pourrait déduire que les conditions d'application de l'art. 83 al. 7 LEtr sont remplies.

E. 7

Il s'ensuit que le recours du 14 septembre 2012 est admis, la décision du 14 août 2012 annulée, en tant qu'elle porte sur l'exécution du renvoi, et l'ODM invité à régler les

conditions de résidence en Suisse des recourants, conformément aux dispositions de la LEtr régissant l'admission provisoire (art. 44 al. 2 LAsi).

E. 8.1

Vu l'issue de la procédure, il est statué sans frais (cf. art. 63 al. 1 et 2 PA).

E. 8.2

Dans la mesure où les recourants obtiennent gain de cause, ils peuvent prétendre à l'allocation de dépens aux conditions de l'art. 64 al. 1 PA, de l'art. 7 al. 1, de l'art. 8, de l'art. 9 al. 1 et de l'art. 10 al. 1 et 2 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 800 francs à titre d'indemnité, à charge de l'ODM.

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