



Cour IV
D-5569/2011

Arrêt du 27 novembre 2013

Composition

Gérald Bovier (président du collège),
William Waeber, Robert Galliker, juges,
Alexandre Dafflon, greffier.

Parties

A. _____, né le (...),
Maroc,
représenté par (...),
recourant,

contre

Office fédéral des migrations (ODM),
Quellenweg 6, 3003 Berne,
autorité inférieure.

Objet

Exécution du renvoi (recours contre une décision en matière
de réexamen) ; décision de l'ODM du 14 septembre 2011 /
N (...).

Faits :**A.**

A._____ a déposé une demande d'asile en Suisse le 28 juin 2007.

A l'appui de sa demande, il a essentiellement invoqué des motifs d'ordre médical (hépatite C, problèmes au niveau de son foie et de ses reins, ainsi qu'une calcification dans l'un de ses testicules).

Par décision du 6 novembre 2007, l'ODM a rejeté cette demande, a prononcé le renvoi et ordonné l'exécution de cette mesure.

B.

Le 17 novembre 2008, l'intéressé a demandé à l'ODM de reconsidérer sa décision du 6 novembre 2007, invoquant l'inexigibilité de l'exécution de son renvoi eu égard à la dégradation de son état de santé. Il a produit pour en attester un certificat médical du 9 septembre 2008. Ce certificat mentionne notamment qu'en septembre 2008, une nouvelle affection a été découverte, à savoir une glomérulonéphrite membraneuse, qui entraîne une insuffisance rénale et nécessite un traitement par immunosuppresseurs.

Par décision du 27 août 2009, l'ODM a rejeté cette demande, dans la mesure où l'insuffisance rénale était déjà connue en procédure ordinaire et que ce problème pouvait être traité au Maroc, pays disposant d'une infrastructure médicale suffisante.

Le 28 septembre 2009, l'intéressé a recouru contre cette décision, recours complété par la production des certificats médicaux des 14 janvier, 1^{er} septembre et 9 octobre 2009. Ces certificats établissent en outre qu'il est atteint de problèmes psychiques, qui nécessitent une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Par arrêt du 21 octobre 2009, le Tribunal administratif fédéral (le Tribunal) a admis ce recours, l'a considéré comme manifestement fondé, et a renvoyé la cause à l'ODM pour complément d'instruction et prise d'une nouvelle décision. Le Tribunal a pour l'essentiel estimé que l'autorité inférieure n'avait pas suffisamment instruit le point de savoir si le recourant pouvait effectivement compter sur une infrastructure médicale appropriée au Maroc pour le traitement de l'ensemble des affections présentées et n'avait pas éclairci la question du financement des soins nécessaires.

C.

En date du 26 novembre 2010, l'ODM a repris l'instruction de la cause.

Le 27 décembre 2010, l'intéressé a produit le rapport médical du 21 décembre 2010 du (...), qui confirme le diagnostic d'insuffisance rénale sur glomérulonéphrite membraneuse, conditionnée à un traitement sous immunosuppresseurs.

Par décision du 10 janvier 2011, l'ODM a rejeté la demande de réexamen, considérant que rien ne s'opposait à un renvoi et qu'une prise en charge suffisante existait au Maroc.

Le 7 février 2011, l'intéressé a recouru contre cette décision.

Par arrêt du 28 février 2011, le Tribunal a admis ce recours, considéré comme manifestement fondé, et a renvoyé la cause à l'ODM pour complément d'instruction et prise d'une nouvelle décision, dans le sens des considérants de l'arrêt du 21 octobre 2009.

D.

Par décision du 14 septembre 2011, l'ODM a une nouvelle fois rejeté la demande de réexamen. Se fondant notamment sur un rapport médical du 6 septembre 2011 concernant l'intéressé, l'autorité inférieure a constaté que celui-ci souffrait d'un état dépressif et d'une insuffisance rénale. S'agissant de la première affection, elle a considéré que l'intéressé ne faisait plus l'objet d'une hospitalisation psychiatrique et qu'il suivait un traitement léger par antidépresseurs, à savoir un demi-comprimé de Remeron à raison de 30mg par jour. En outre, l'affection psychique ne serait pas suffisamment grave pour justifier une hospitalisation ou un traitement d'importance sur le long terme. De plus, si l'état de santé devait se péjorer à l'avenir, l'intéressé conserverait l'opportunité de consulter un médecin à (...) en vue d'une éventuelle adaptation du traitement. Quant à l'insuffisance rénale, l'ODM a constaté qu'elle demeurait en l'état stabilisée (avec médication) et qu'elle ne nécessitait aucune hospitalisation à moyen terme. Il a relevé que des contrôles réguliers étaient certes exigés, mais qu'ils étaient parfaitement praticables dans la plupart des hôpitaux et cliniques de la région de provenance de l'intéressé (établissements médicaux de [...],[...],[...] et [...]). Par ailleurs, l'office a indiqué que le Centre de néphrologie et d'hémodialyse (...) à (...) (à [...] kilomètres de [...]) était en mesure de faire face à une éventuelle péjoration de l'état de santé de l'intéressé. Au demeurant, ce dernier pouvait toujours requérir une aide médicale au retour. L'office a dès lors conclu que le retour de

l'intéressé dans son pays n'était pas susceptible de l'exposer à une mise en danger concrète pour des motifs médicaux.

E.

Par recours du 7 octobre 2011 (date du timbre postal), complété le 13 suivant, l'intéressé a contesté l'appréciation de l'ODM. A l'appui de son pourvoi, il a produit un certificat médical du 3 octobre 2011, attestant qu'il avait été hospitalisé à (...) le 26 septembre 2011. Il a également allégué avoir été transféré, à une date indéterminée, à (...), mais devoir retourner à (...) au terme de son hospitalisation en milieu psychiatrique.

Il a conclu à l'octroi de l'admission provisoire.

F.

Par décision incidente du 26 octobre 2011, le juge instructeur a ordonné à titre de mesures superprovisionnelles la suspension de l'exécution du renvoi,

G.

Invité à se déterminer sur le recours, l'ODM en a proposé le rejet en date du 6 décembre 2011, en l'absence d'élément nouveau susceptible de modifier la décision querellée.

H.

Par la suite, l'intéressé a produit des rapports médicaux datés des 1^{er} et 21 novembre 2011, 28 janvier ainsi que des 9 et 22 février 2012, et 15 février 2013.

En particulier, le rapport du 15 février 2013 de (...) mentionne que l'intéressé est hémodialysé depuis le 20 octobre 2011 trois fois par semaine, pendant quatre heures, en raison de son insuffisance rénale complète. Ces dialyses sont vitales pour l'intéressé et devront être poursuivies sans interruption, sous réserve d'une transplantation des reins. (...). La phase terminale de son insuffisance rénale a provoqué des maladies comorbidées, à savoir de l'anémie, de l'hypertension et de l'ostéoporose. Ces maladies nécessitent un suivi médical régulier et une prise en charge médicamenteuse (notamment de l'Aranesp, du Venofer, des composés liant les phosphates, du Calcitrol et des antihypertenseurs). En vue d'une transplantation, une thérapie médicamenteuse (Rifampicin) de quatre mois contre la tuberculose est également nécessaire. Souffrant de dépression, l'intéressé suit un traitement antidépresseur (Cipralax), ainsi

qu'une psychothérapie. Il présente également une hépatite C inactive, de même que des hémorragies intestinales d'origine indéterminée.

Le rapport précise enfin que l'intéressé, sous dialyse, dispose d'environ 50% de chances de survivre les cinq prochaines années. Son espérance de vie serait considérablement augmentée en cas de transplantation de reins. Si les dialyses devaient être interrompues, l'intéressé décéderait de sa maladie.

Droit :

1.

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 peuvent être contestées, par renvoi de l'art. 105 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile (LAsi, RS 142.31), devant le Tribunal, lequel, sauf l'exception visée à l'art. 83 let. d ch. 1 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110] et non réalisée en l'espèce, statue définitivement.

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

2.

La demande de réexamen (aussi appelée demande de nouvel examen ou de reconsidération), définie comme une requête non soumise à des exigences de délai ou de forme, adressée à une autorité administrative en vue de la reconsidération de la décision qu'elle a prise et qui est entrée en force, n'est pas expressément prévue par la PA. La jurisprudence et la doctrine l'ont cependant déduite de l'art. 4 de la Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst), qui correspond, sur ce point, à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101) et de l'art. 66 PA, qui prévoit le droit de demander la révision des décisions (cf. ATF 127 I 133 consid. 6 p. 137, ATF 109 Ib 246 ss; KARIN SCHERRER, commentaire ad art. 66 PA, in : Bernhard Waldmann/Philippe Weissenberger (éd.), VwVG, Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zurich Bâle Genève 2009, n^{os} 16 ss p. 1303 s; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, p. 156 ss, spéc. p. 160; URSINA BEERLI-BONORAND, Die ausserordentlichen Rechtsmittel in der Verwaltungsrechtspflege des Bundes und der Kantone, Zurich 1985, p. 171 ss, spéc. p. 179 et 185 s., et réf. cit.; ANDRÉ GRISEL, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, vol. II, p. 947 ss).

L'ODM n'est tenu de se saisir d'une demande de réexamen que lorsqu'elle constitue une demande d'adaptation, à savoir lorsque le requérant se prévaut d'un changement notable de circonstances postérieur au prononcé de sa décision ou, en cas d'absence de recours ou de décision d'irrecevabilité du recours interjeté contre cette décision, lorsque le requérant invoque un des motifs de révision prévus à l'art. 66 PA, applicable par analogie (cf. Arrêt du Tribunal fédéral suisse du 13 janvier 2003 en l'affaire 2P.223/2002 consid. 3.1; JICRA 2006 n^o 20 consid. 2.1 p. 213, JICRA 2003 n^o 17 consid 2a p. 103 s. et réf. citées; ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX HULMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^{ème} éd., Zurich 2006, n. 1833, p. 392; K. SCHERRER, op. cit., n^{os} 16 s. ad art. 66 PA, p. 1303 s.).

3.

En l'espèce, la dernière dégradation de l'état de santé de l'intéressé est survenue après la clôture de la procédure d'asile ordinaire, de sorte qu'elle doit être prise en considération dans le cadre d'une procédure de réexamen, comme l'a fait à juste titre l'ODM.

4.

En procédure de réexamen, l'autorité saisie doit s'en tenir strictement aux motifs et arguments invoqués. Dès lors que l'intéressé a uniquement remis en cause le caractère raisonnablement exigible de l'exécution de son renvoi en raison de motifs médicaux, le Tribunal limitera donc son examen à cette seule question.

5.

5.1. Selon l'art. 83 al. 4 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr, RS 142.20), 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).

5.2. De façon générale, s'agissant des personnes en traitement médical en Suisse, l'exécution du renvoi ne devient inexigible 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. 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 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 qu'on trouve en Suisse (cf. JICRA 1993 n°38 p. 274 s.). Si les soins essentiels nécessaires peuvent être assurés dans le pays d'origine ou de provenance de l'étranger concerné, le cas échéant avec d'autres médications que celles prescrites en Suisse, l'exécution du renvoi dans l'un ou l'autre de ces pays sera raisonnablement exigible. Elle ne le serait plus, au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr 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 dégraderait très rapidement, au point de conduire, d'une manière certaine, à la mise en danger concrète de l'intégrité physique ou psychique (cf. JICRA 2003 n°24 p. 158).

6.

6.1. S'agissant du système marocain d'assurance maladie, il est marqué par une Assurance maladie obligatoire de base (AMO) qui assure une couverture de base satisfaisante, mais il ne permet une couverture des frais qu'aux personnes exerçant une activité lucrative, aux titulaires de pension et aux étudiants. Le recourant n'appartient cependant à aucune de ces catégories. De plus, il est en incapacité de travail totale. Il est vrai que depuis avril 2013, un nouveau régime de couverture médicale de base (régime d'assistance médicale aux économiquement démunis, RAMED) est opérationnel. Ce régime, fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des personnes économiquement démunies et qui ne sont pas éligibles au régime de l'AMO, propose concrètement une prise en charge totale (pour les personnes en situation de pauvreté) des actes médicaux, à condition toutefois que ces actes soient pratiqués dans les hôpitaux publics et les établissements de santé relevant de l'Etat. Le RAMED compte un panier de soins relativement large, dont ceux liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, y compris les analyses et les médicaments (cf. sur l'ensemble arrêt du Tribunal D-4329/2012 du 25 septembre 2013 consid.6.3.2).

Dans ces conditions, le Tribunal part de l'idée que les frais des traitements que requiert l'état de santé du recourant seront couverts par le régime de santé existant au Maroc. Le cas échéant, il pourrait en outre

faire appel aux membres de sa famille présents sur place ou à ceux qui se trouvent à l'étranger pour couvrir d'éventuels frais supplémentaires.

6.2. Se pose dans un deuxième temps la question de savoir si les infrastructures adéquates sont disponibles au Maroc. Selon les informations à disposition du Tribunal, l'incidence de l'insuffisance rénale chronique est de 100 à 150 cas par million d'habitants par an au Maroc, ce qui rapporté à la population globale du pays correspond à 3'000 à 4'500 nouveaux cas par an. La prévalence est de 300 cas/million d'habitants. Le nombre de patients hémodialysés en 2012 était de 9'000 sur l'ensemble du pays (cf. Kra Kouakou Eugène, Partenariat Ministère de la Santé – société civile dans la prise en charge globale de l'insuffisance rénale chronique terminale : cas du centre médico-social Attakafoul d'Ait Melloul, 07.2012, <http://www.sante.gov.ma/INAS/mem/mem-2012/KRA%20KOUAKOU%20EUGENE.pdf>, consulté le 24.05.2013). En 2006, le pays comptait au total 131 centres d'hémodialyses (publics et privés) (cf. Magharebia.com, Morocco lacks resources to treat kidney patients, 14.12.2006, http://magharebia.com/en_GB/articles//awi/features/2006/12/14/feature-01, consulté le 24.05.2013). Depuis lors, le nombre de centres s'est multiplié dans le cadre d'un programme national d'amélioration des possibilités de traitements de malades chroniques (cf. Allafrika.com, Morocco : Inauguration Haemodialysis Centre in Bouskoura-Firm royal keenness to ensure equal access to health care, 05.12.2012, <http://allafrica.com/stories/201212060398.html>, consulté le 24.05.2013). Pour la seule période de mars 2012 à mai 2013, 11 nouveaux centres de dialyses ont vu le jour au Maroc. Au sein de l'Hôpital régional de Ben Slimane ([...]), un centre de dialyse a été créé en février 2013. Ce centre a une capacité de traitement de 14 patients, capacité qui pourrait être doublée prochainement (cf. Lematin.ma, Un centre d'hémodialyse à Benslimane, 02.02.2013, http://www.lematin.ma/express/Un-centre-d-hemodialyse-a-Benslimane_Sollicitude-royale-permanente-envers-les-personnes-souffrant-de-maladies-chroniques/177461.html, consulté le 23.05.2013). A Casablanca, (...), il existe un département néphrologique au sein de l'Hôpital Ibn Rochd, susceptible de proposer de telles dialyses. Il est vrai que, malgré la multiplication des centres d'hémodialyses dans le pays, les infrastructures étaient encore insuffisantes en 2008 pour pouvoir traiter l'ensemble des patients (sur l'insuffisance des capacités en 2008 : cf. Infirmiersdumaroc.com, Insuffisance rénale, 9'114 personnes atteintes au Maroc, 27.10.2008, <http://www.infirmiersdumaroc.com/actualites/nationales/132-insuffisance-renale-9114-personnes-atteintes-au-maroc>

[.html](#), consulté le 24.05.2013). Des données statistiques globales plus récentes ne sont pas disponibles. De manière générale cependant, on peut estimer que des infrastructures adaptées existent dans ce pays, même s'il peut parfois être difficile d'y avoir accès. Il faut en effet prendre en considération le développement considérable des possibilités de traitements intervenu au cours des dernières années. En définitive, compte tenu des exigences posées par la jurisprudence pour admettre l'inexigibilité de l'exécution d'un renvoi pour des motifs médicaux (cf. la jurisprudence citée sous consid. 5.2 ci-dessus), on ne saurait admettre que la seule dépendance à des hémodialyses puisse suffire dans l'absolu à réaliser les conditions d'une mise en danger concrète en cas de retour au Maroc.

Se pose encore la question de savoir si les traitements spécifiques que nécessite le recourant sont disponibles dans son pays. Le cas particulier est compliqué par le fait que son groupe sanguin est un groupe rare, qu'il est dialysé depuis octobre 2011 (soit depuis deux ans), qu'il présente un risque marqué d'affections opportunistes comme une anémie, une hypertension artérielle et des perturbations métaboliques (qui supposent un contrôle continu et un traitement particulier adapté), qu'une ancienne tuberculose complique encore le traitement, qu'une hépatite C actuellement asymptomatique est susceptible de se réactiver et que des saignements intestinaux d'origine indéterminée ont été constatés. A cela s'ajoute un contexte psychique dégradé et une espérance de vie réduite à néant en cas d'interruption de la dialyse.

L'intéressé doit impérativement prendre des médicaments contre l'anémie, contre l'hypertension, contre les troubles métaboliques notamment. Au-delà du strict traitement de son insuffisance rénale terminale, il doit faire l'objet d'une attention particulière au vu des nombreuses autres affections qu'il présente et qui compliquent le traitement. Il doit aussi se soumettre à des analyses pointues qui ne sont pas forcément disponibles dans son pays. Les médicaments qu'il prend en Suisse ne sont pas tous disponibles au Maroc et même si des médicaments aux principes actifs comparables sont disponibles, il n'est pas possible d'évaluer la portée de la prise de médicaments comparables sur l'état de santé du recourant au vu du contexte particulier des autres affections qu'il présente.

6.3. Pour ces motifs, l'exécution du renvoi n'apparaît plus raisonnablement exigible. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision du 14 septembre 2011 annulée.

Partant, l'ODM est invité à prononcer l'admission provisoire de l'intéressé.

7.

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

7.2. L'intéressé a par ailleurs droit à des dépens (cf. 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]). En l'absence d'un décompte de prestations, en tenant compte des activités essentielles menées par le mandataire du requérant dans le cadre de la présente procédure de recours, le montant de l'indemnité due à ce titre est arrêté, ex aequo et bono, à 1'000 francs.

(dispositif page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis.

2.

La décision du 14 septembre 2011 est annulée.

3.

L'ODM est invité à prononcer l'admission provisoire du recourant.

4.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

5.

L'ODM est invité à allouer au recourant le montant de 1'000 francs à titre de dépens.

6.

Le présent arrêt est adressé au mandataire du recourant, à l'ODM et à l'autorité cantonale compétente.

Le président du collège :

Le greffier :

Gérald Bovier

Alexandre Dafflon

Expédition :