



---

Cour IV  
D-5655/2006  
{T 0/2}

## **Arrêt du 20 septembre 2010**

---

Composition

Gérald Bovier (président du collège),  
Blaise Pagan, Robert Galliker, juges,  
Jean-Bernard Moret-Grosjean, greffier.

---

Parties

**A.**\_\_\_\_\_, Bosnie et Herzégovine,  
représenté par **B.**\_\_\_\_\_,  
recourant,

contre

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

---

Objet

Exécution du renvoi (recours contre une décision en  
matière de réexamen) ; décision de l'ODM du  
7 août 2006 / (...).

**Faits :****A.**

**A.a** Le 30 août 2005, l'intéressé, un Bosniaque originaire de C.\_\_\_\_\_, ville située dans le canton de D.\_\_\_\_\_, dans la Fédération croato-musulmane, a déposé une demande d'asile. Il a été entendu sur ses motifs en date des (...), avant d'être attribué au canton E.\_\_\_\_\_ par décision de répartition du (...).

**A.b** Le 24 octobre 2005, l'ODM, après avoir estimé que ses déclarations ne satisfaisaient pas aux exigences requises pour la reconnaissance de la qualité selon l'art. 3 de la loi sur l'asile du 26 juin 1998 (LAsi, RS 142.31), a rejeté sa requête, prononcé son renvoi et ordonné l'exécution de cette mesure.

**A.c** Le 24 novembre 2005, l'intéressé a recouru auprès de la Commission suisse de recours en matière d'asile (la Commission), autorité de recours de dernière instance compétente en la matière jusqu'au 31 décembre 2006, en soutenant pour l'essentiel que ses déclarations étaient fondées et qu'il encourait de sérieux préjudices en cas de renvoi, en invoquant par ailleurs ses problèmes de santé psychique et en produisant deux rapports médicaux des (...) dont il ressort notamment qu'il est suivi depuis le (...) en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2), et d'une personnalité borderline (F60.31).

**A.d** Par décision du 21 avril 2006, la Commission a rejeté son recours en retenant, sous l'angle de l'exigibilité de l'exécution du renvoi, que son état de santé psychique ne pouvait être qualifié de précaire, que ses affections ne nécessitaient manifestement pas un traitement médicamenteux conséquent et complexe, voire stationnaire, et que les infrastructures médicales disponibles en Bosnie et Herzégovine étaient tout à fait suffisantes pour soigner les troubles diagnostiqués et dispenser un traitement de base adéquat.

**A.e** Le 27 avril 2006, l'ODM lui a imparti un délai au 19 juin 2006 pour quitter la Suisse, en lui rappelant qu'il était tenu de collaborer à l'obtention de documents de voyage valables, conformément à l'art. 8 al. 4 LAsi.

**A.f** Par décision du 30 mai 2006, la Commission a déclaré irrecevable sa demande de révision du 8 mai 2006, faute d'avance de frais versée dans le délai imparti à cet effet.

**B.**

**B.a** Le 17 juillet 2006, l'intéressé a demandé à l'ODM de reconsidérer partiellement la décision du 24 octobre 2005, en invoquant l'inexigibilité de l'exécution de son renvoi compte tenu de l'aggravation de ses problèmes de santé psychique.

**B.b** A l'appui de sa requête, il a produit un rapport médical (...) du (...). Il en ressort qu'il est suivi par (...) depuis le (...) pour un état de stress post-traumatique sévère (PTSD, F43.1) et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Le traitement se compose d'entretiens psychiatriques et psychothérapeutiques ainsi que d'une médication psychotrope. Sans celui-ci, le pronostic s'avère défavorable. Il est en outre signalé que l'intéressé a dû être hospitalisé en mode non volontaire du (...) au (...) à (...) en raison d'idéation suicidaire, et qu'une adaptation de son traitement médicamenteux (augmentation de la dose d'antidépresseurs, diminution de celle d'anxiolytiques et adjonction de somnifères) a été rendue nécessaire. A sa sortie, il a repris son suivi psychiatrique auprès de (...). Il présente toutefois depuis quelque temps une nouvelle péjoration de ses symptômes sous forme d'une anxiété majeure, de troubles du sommeil et d'une incapacité à se projeter dans l'avenir, et fait clairement état de projets suicidaires s'il devait être renvoyé dans son pays.

**C.**

Par décision du 7 août 2006, l'ODM a rejeté cette demande de réexamen, considérant qu'il n'existait aucun motif propre à annuler l'entrée en force de la décision du 24 octobre 2005. Il a rappelé, entre autres, que la Commission avait déjà précisé dans sa décision du 21 avril 2006 qu'il existait des possibilités de traitement en Bosnie et Herzégovine pour les troubles affectant la santé psychique de l'intéressé et que ni une anxiété majeure, ni des troubles du sommeil, ni la présence d'idées suicidaires ne suffisaient à constituer un obstacle à l'exécution du renvoi.

**D.**

Le 6 septembre 2006, l'intéressé a recouru contre cette décision. Il a fait valoir que sa situation, contrairement à ce l'ODM a retenu, avait

changé depuis la clôture de la procédure ordinaire : ses troubles se sont aggravés, il a dû être hospitalisé en milieu psychiatrique à plusieurs reprises, soit du (...) au (...) et du (...) au (...), le diagnostic a évolué et les traitements désormais suivis sont nettement plus lourds que les précédents (fréquence des consultations à la hausse, augmentation et réadaptation à plusieurs reprises de sa médication). Il a d'ailleurs soutenu que ceux-ci, ainsi que la surveillance dont il a besoin, n'étaient pas possibles dans son pays, même à supposer qu'il puisse bénéficier d'une quelconque couverture d'assurance. Les traitements psychothérapeutiques seraient très difficiles à obtenir et la médication payante, du moins partiellement, même dans les structures publiques. En l'état, il a considéré qu'il n'était pas à même de s'installer seul dans son pays, de subvenir à ses besoins et de financer de surcroît un éventuel traitement médical, d'autant que sa famille ne disposait pas non plus de moyens financiers. Il a encore annoncé la production d'un rapport médical concernant son hospitalisation du mois (...). Il a conclu à l'annulation de la décision de l'ODM, requis l'octroi de mesures provisionnelles et demandé à être exempté du paiement d'une avance de frais ainsi que de celui des frais de procédure.

#### **E.**

Par décision incidente du 14 septembre 2006, le juge de la Commission chargé de l'instruction de la cause a accordé l'effet suspensif au recours, permettant à l'intéressé d'attendre en Suisse l'issue de la procédure, et renoncé à percevoir une avance de frais.

#### **F.**

Par courrier du 18 septembre 2006, l'intéressé a produit une copie du rapport médical de (...) du (...), dont l'original est parvenu directement à la Commission, relatif à sa seconde hospitalisation en milieu psychiatrique. Il en ressort qu'avec l'augmentation du traitement antidépresseur et grâce au cadre de soins en milieu hospitalier, une amélioration des symptômes dépressifs a été constatée, avec la disparition de toute idéation suicidaire. En revanche, la symptomatologie liée au PTSD a persisté durant toute l'hospitalisation, sous forme de cauchemars importants avec des cris nocturnes, des flashbacks ainsi qu'une hypervigilance au moindre stimuli. Une psychothérapie de soutien ainsi que le maintien du traitement médicamenteux sont clairement indiqués pour une longue période. Selon les médecins, il importe de s'assurer avant tout renvoi en Bosnie et

Herzégovine que l'intéressé pourra bénéficier d'un suivi psychothérapeutique régulier et poursuivre son traitement médicamenteux, afin d'éviter toute récurrence de la symptomatologie dépressive ou toute aggravation des symptômes liés à son PTSD.

Par ailleurs, l'intéressé a signalé qu'il était à nouveau hospitalisé en milieu psychiatrique depuis le (...).

### **G.**

Le 22 janvier 2008, l'intéressé a adressé au Tribunal administratif fédéral (le Tribunal), autorité de recours compétente en matière d'asile depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, un rapport médical intitulé "Évaluation et bilan psychiatrique", établi le (...) par le psychiatre (...) auquel il a été adressé en (...). Le diagnostic posé est celui d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), d'un état de stress post-traumatique (F43.1), d'une cible d'une discrimination ou d'une persécution (Z60.5) et de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). L'intéressé bénéficie d'un traitement médicamenteux, dont l'objectif est une réduction et une maîtrise de la symptomatologie PTSD ainsi qu'une réhabilitation sociale progressive, et d'un soutien psychothérapeutique hebdomadaire de durée indéterminée. L'évolution est favorable sur le plan de la compliance et de l'alliance thérapeutiques. L'intéressé bénéficie également de l'encadrement favorable du réseau construit autour de lui, en particulier de son assistant social qui lui accorde quelques entretiens par semaine et lui permet ainsi de structurer sa pensée et son emploi du temps ainsi que de se mobiliser de manière adéquate. Son réseau social est toutefois inexistant en raison d'un retrait majeur et d'une phobie sociale. La symptomatologie anxieuse qui l'affecte est très invalidante, caractérisée par un sentiment d'insécurité, des sursauts, des cauchemars, de la méfiance, une perte de la concentration et une tendance au retrait social.

Sans traitement, l'évolution de la psychopathologie présentée par l'intéressé est très défavorable, avec la persistance de symptômes de stress post-traumatique sévères et des risques de décompensation psychotique. Des séquelles sous forme de troubles de la personnalité et d'un état dépressif récurrent sont d'ores et déjà présentes. En outre, des risques d'actes autoagressifs (suicide, autonégligence), mais surtout hétéroagressifs sont à prévoir. Selon l'auteur de ce rapport médical, la psychopathologie que l'intéressé présente rend impossible tout retour au pays, dans la mesure où elle empêche toute réimmer-

sion dans le contexte de violences subies et des risques de représailles qu'il pourrait subir. Le traitement dont il bénéficie en Suisse, qui lui assure une stabilité toute précaire et relative, serait d'ailleurs totalement inenvisageable dans son pays d'origine.

## **H.**

**H.a** Le 24 juin 2008, par le biais du mandataire auquel il a confié la défense de ses intérêts selon procuration du 16 avril 2008, l'intéressé a informé le Tribunal qu'il était astreint depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 au régime de l'aide d'urgence, lequel avait entraîné un retrait de son encadrement social et la cessation des activités mises en place pour structurer son emploi du temps, et que dans ce contexte de grande précarité, une péjoration significative de son état de santé était survenue.

**H.b** Pour étayer ses propos, il a produit une attestation médicale du (...), rédigée par le psychiatre de (...). Ce dernier confirme que l'intéressé, dans le cadre de sa procédure d'asile, a bénéficié d'un suivi et d'un aménagement de ses conditions d'hébergement en fonction de sa vulnérabilité psychique : une chambre individuelle lui avait été accordée, laquelle semblait parfaitement lui convenir, il était parvenu dans ce contexte à se mobiliser progressivement et à s'investir dans des cours de français et des activités de jardinage, il se sentait en sécurité et soulagé par ce cadre ainsi que par la présence ponctuelle de son infirmière et de son assistant social. Le médecin relève cependant que l'instauration de l'aide d'urgence et le retrait de l'encadrement mis en place ont très certainement leur part dans la péjoration dramatique du point de vue clinique à laquelle il assiste. Le bénéfice du traitement et les efforts d'intégration sont ainsi pratiquement réduits à néant, et l'intéressé peut présenter un réel danger pour lui-même ou pour son entourage.

## **I.**

Le 6 avril 2009, à la requête du Tribunal, l'intéressé a déposé un rapport médical complémentaire du (...), rédigé par le psychiatre de (...). Celui-ci note que le travail thérapeutique évolue lentement sur le plan du retrait social, où l'on assiste tout de même progressivement à quelques essais et mouvements de rapprochement social autour d'activités médiatisées. Les capacités introspectives et l'expression des affects restent très précaires, rendant difficile le travail sur le traumatisme. L'anxiété est la plupart du temps gérée sur le mode de

l'évitement, de la fuite en avant ou du retrait social. Sont ainsi toujours diagnostiqués un état de stress post-traumatique, un épisode dépressif persistant, un trouble de la personnalité limite et des difficultés liées à l'acculturation, pour lesquels un traitement psychothérapeutique régulier, savoir une à deux séances par semaine pour une durée indéterminée, et psychopharmacologique, composé d'un antidépresseur, de neuroleptiques et d'un somnifère, s'avère toujours nécessaire. Selon l'auteur du rapport médical, les mesures d'encadrement du traitement et le maintien, qui doit demeurer incitatif, d'étayages réguliers et solides ne peuvent être suspendus compte tenu des risques d'aggravation d'une symptomatologie comportementale sévère (violence, crises clastiques, autoagressivité [raptus suicidaire] et hétéroagressivité). Le traitement actuel permet de stabiliser de manière précaire et toujours très relative la psychopathologie de l'intéressé, mais une recrudescence de la symptomatologie post-traumatique est à prévoir selon toute vraisemblance en cas de suspension de celui-ci. La durée prévisible du suivi médical et du traitement médicamenteux se mesure en années. Sans ceux-ci, l'évolution est très défavorable, sans compter qu'un retour au pays invaliderait les acquis actuels ainsi que tout espoir de réhabilitation psychosociale de l'intéressé. En outre, ces traitements ne peuvent être substitués ni poursuivis sous une autre forme, sans faire courir de risques de décompensation psychique ou de dépendance pharmacologique délétère.

#### **J.**

Le 19 mai 2010, à la requête du Tribunal, l'intéressé a déposé un nouveau rapport médical du (...), rédigé par le psychiatre de (...). Ce dernier reprend pour l'essentiel ce qu'il a déjà signalé dans son précédent rapport, savoir que le travail thérapeutique évolue lentement sur le plan du retrait social, que les capacités introspectives et l'expression des affects restent très précaires, et que l'anxiété est le plus souvent gérée sur le mode de l'évitement, de la fuite en avant ou du retrait social. Le diagnostic posé reste le même (état de stress post-traumatique, épisode dépressif persistant, trouble de la personnalité limite et difficultés liées à l'acculturation.) Un traitement psychothérapeutique régulier à raison d'une séance par semaine, ainsi qu'un traitement médicamenteux toujours très conséquent et n'ayant subi aucune modification (prescription d'un antidépresseur, d'un neuroleptique et d'un somnifère), sont toujours d'actualité. La symptomatologie post-traumatique est "enkystée" et évolue vers un

trouble grave et chronique de la personnalité, vulnérable à une comorbidité anxieuse et dépressive. Mais les résultats de stabilisation sont toutefois très positifs. Dans le cadre actuel d'alliance et de suivi psychothérapeutique, les composantes dissociales et l'abus de substance sont écartées. L'étayage psychosocial reste fragile, mais il est d'un bon impact sur la symptomatologie. Le pronostic à moyen et à long terme est égal aux précédentes évaluations avec les mesures thérapeutiques et d'encadrement du traitement actuel. Une interruption de cet environnement thérapeutique engendrerait des risques d'aggravation de la symptomatologie traumatique et comportementale (violence, crises clastiques, auto et hétéroagressivité). Sans traitement, l'évolution d'une telle psychopathologie est très défavorable, et une recrudescence de la symptomatologie est à prévoir de manière certaine. L'auteur de ce rapport médical continue de penser que le traitement actuel permet à son patient de bénéficier d'une certaine stabilisation - certes précaire et relative - de sa psychopathologie, et que des capacités d'intégration partielles peuvent encore intervenir dans ce contexte d'environnement stable et sécurisant. Selon lui, un retour en Bosnie et Herzégovine invaliderait les acquis actuels ainsi que tout espoir de réhabilitation psychosociale de l'intéressé.

#### **K.**

Le 2 août 2010, dans le cadre d'un échange d'écritures engagé selon l'art. 57 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), l'ODM a proposé le rejet du recours, compte tenu de l'argumentation développée dans la décision du 7 août 2006, et en l'état actuel de la situation.

#### **L.**

Les autres faits de la cause seront examinés, si nécessaire, dans les considérants en droit.

### **Droit :**

#### **1.**

**1.1** En vertu de l'art. 53 al. 2 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), les recours encore pendants au 31 décembre 2006 devant les commissions fédérales de recours en particulier sont traités par le Tribunal dans la mesure où celui-ci est compétent et sont jugés sur la base du nouveau droit de procédure.

**1.2** Sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF (art. 31 LTAF).

**1.3** Il statue en particulier de manière définitive sur les recours formés contre les décisions rendues par l'ODM en matière d'asile et de renvoi de Suisse (art. 105 en relation avec l'art. 6a al. 1 LAsi, art. 33 let. d LTAF et art. 83 let. d ch. 1 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110] ; ATAF 2007/7 consid. 1.1 p. 57), y compris en matière de réexamen.

**1.4** Il examine librement en la matière l'application du droit public fédéral, la constatation des faits et l'opportunité, sans être lié par les arguments invoqués à l'appui du recours (art. 106 al. 1 LAsi et 62 al. 4 PA par renvoi des art. 6 LAsi et 37 LTAF) ni par la motivation retenue par l'autorité de première instance (ATAF 2009/57 consid. 1.2 p. 798 ; cf. dans le même sens Jurisprudence et informations de la Commission suisse de recours en matière d'asile [JICRA] 2002 n° 1 consid. 1a p. 5, JICRA 1994 n° 29 consid. 3 p. 206s.). Il peut ainsi admettre un recours pour un autre motif que ceux invoqués devant lui ou rejeter un recours en adoptant une argumentation différente de celle de l'autorité intimée.

## **2.**

L'intéressé a qualité pour recourir (art. 48 al. 1 PA) et son recours est recevable (art. 50 PA dans sa version introduite le 1<sup>er</sup> juin 1973, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006, et art. 52 al.1 PA).

## **3.**

**3.1** La demande de réexamen n'est pas expressément prévue par la PA. La jurisprudence l'a déduite de l'art. 66 PA, qui prévoit le droit de demander la révision des décisions, et de l'art. 4 de la Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.), actuellement l'art. 29 al. 1 et 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral E-6525/2009 consid. 2.1 [p. 12s.] du 29 juin 2010 ; cf. également dans ce sens JICRA 2003 n° 17 consid. 2a-c p. 103s.).

**3.2** Une autorité est ainsi tenue d'entrer en matière sur une demande de réexamen si les circonstances de fait ont subi, depuis la première décision, une modification notable, ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne connaissait pas lors de

la première décision, ou dont il ne pouvait pas se prévaloir ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque. Si l'autorité estime toutefois que les conditions d'un réexamen de sa décision ne sont pas remplies, elle peut refuser d'entrer en matière sur la requête de reconsidération. Le requérant ne peut alors attaquer la nouvelle décision qu'en alléguant que l'autorité inférieure a nié à tort l'existence des conditions requises (arrêt du Tribunal administratif fédéral E-6525 consid. 2.1 [p. 12ss, spéc. consid. 2.1.1 à 2.1.3 p. 13s.] du 29 juin 2010 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 2A.271/2004 consid. 3.1 du 7 octobre 2004).

**3.3** Au surplus, une demande de réexamen, à l'instar des demandes de révision, ne saurait servir à remettre continuellement en cause des décisions administratives entrées en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 2A.271/2004 consid. 3.1 [et jurispr. cit.] du 7 octobre 2004 ; cf. également dans ce sens JICRA 2003 n° 17 consid. 2b p. 104 [et jurispr. cit.]).

#### **4.**

En l'occurrence, la requête du 17 juillet 2006 sur laquelle l'ODM s'est prononcé le 7 août 2006 porte essentiellement sur le réexamen du caractère raisonnablement exigible de l'exécution du renvoi de l'intéressé en Bosnie et Herzégovine.

#### **5.**

**5.1** Selon l'art. 44 al. 2 LAsi en relation avec 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 ou de violence généralisée ou de nécessité médicale (cf. dans ce sens la jurisprudence rendue en relation avec l'art. 14a al. 4 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers [aLSEE de 1931, RS 1 113], toujours valable pour l'essentiel : JICRA 2006 n° 11 consid. 6 p. 118, JICRA 2006 n° 10 consid. 5.1. p. 106, JICRA 2005 n° 24 consid. 10.1. p. 215, JICRA 2005 n° 13 consid. 7.2. p. 121, JICRA 2005 n° 4 consid. 7.1. p. 43, JICRA 2003 n° 24 consid. 5a p. 157, JICRA 2003 n° 18 consid. 8c p. 119, JICRA 2003 n° 17 consid. 6a p. 107).

**5.2** Depuis l'entrée en force de la décision que l'ODM a rendue le 24 octobre 2005, suite à la décision sur recours de la Commission du

21 avril 2006, la Bosnie et Herzégovine n'a pas connu de situation de guerre, de guerre civile ou de violence généralisée sur l'ensemble de son territoire qui aurait perduré jusqu'à ce jour et qui permettrait de présumer, à propos de tous les requérants en provenant, et quelles que soient les circonstances de chaque cause, l'existence d'une mise en danger concrète au sens des dispositions légales précitées.

**5.3** En ce qui concerne l'intéressé, le Tribunal retient que son état de santé s'est sérieusement aggravé depuis la clôture de la procédure ordinaire, que cette aggravation constitue sans conteste une modification notable des circonstances de fait qui prévalaient jusqu'alors (crises et hospitalisations, état psychique bien plus affecté que précédemment, risques plus aigus en cas d'arrêt du traitement, etc.) et qu'elle justifiait d'entrer en matière sur la demande de reconsidération du 17 juillet 2006 (cf. consid. 3.2 supra). Cela étant, le Tribunal estime, dans le cadre d'une pondération de l'ensemble des éléments ayant trait à l'examen de l'exécution du renvoi en Bosnie et Herzégovine (cf. dans ce sens JICRA 2003 n° 24 consid. 5b i. f. p. 158), et contrairement à ce que soutient l'ODM, que la situation personnelle de l'intéressé s'oppose désormais à une telle exécution.

**5.3.1** L'intéressé est suivi depuis (...) en raison de son état de santé psychique fragile et déficient (cf. rapports médicaux des (...) joints au recours du 24.11.05 [pt A.c supra]). Il présente notamment une agitation et une anxiété parfois aiguës avec de fortes tensions, des troubles du sommeil sévères avec temps de récupération très diminué et cauchemars récurrents concernant la guerre, une phobie sociale, des réminiscences fréquentes de persécutions et de violences subies, une perte de la mémoire et de la concentration, un sentiment d'insécurité quasi-permanent avec une hypervigilance, ainsi que des idées suicidaires occasionnelles (cf. notamment rapports médicaux des (...) [pt B.b supra], (...) [pt F supra], (...) [pt G supra] et (...) [pt I supra]). Le diagnostic initialement posé était celui d'un trouble dépressif récurrent, épisode alors sévère (F33.2) et d'une personnalité borderline (F60.31 ; cf. rapports médicaux des (...) joints au recours du 24.11.05 [pt A.c supra]). Dès (...), il a dû être modifié et surtout complété, un état de stress post-traumatique sévère (F43.1) et un épisode dépressif sévère d'abord sans symptômes psychotiques (F32.2), puis avec de tels symptômes (F32.3) étant notamment apparus (cf. rapports médicaux des (...) [pt B.b supra], (...) [pt G supra] et (...) [pt I supra]). Une médication importante ainsi qu'un suivi

régulier et intense sont nécessaires pour stabiliser au mieux, mais de manière toute relative, l'état psychique de l'intéressé (cf. notamment rapports médicaux des (...) [pt G supra] et (...) [pt I supra]). Ils n'ont cependant pas empêché de nombreuses hospitalisations en milieu psychiatrique et interventions de crise (cf. notamment rapport médical du (...) [pt I supra]). Un arrêt de ces traitements entraînerait de sérieuses complications, dont certaines pourraient avoir une issue fatale (cf. notamment rapport médical du (...) [pt G supra]). En d'autres termes, sans traitement, l'évolution de la psychopathologie présentée par l'intéressé s'avère très défavorable, avec la persistance de symptômes de stress post-traumatiques sévères, des risques de décompensation psychotique ou d'aggravation du trouble de la personnalité. Un passage à l'acte autoagressif suite à la réapparition d'idées suicidaires ainsi qu'un risque hétéroagressif dans un contexte de moment dissociatif ne sont pas exclus (cf. notamment rapports médicaux des (...) [pt F supra] et (...) [pt I supra]).

**5.3.2** Dans ses deux derniers rapports médicaux des (...) et (...), le psychiatre (...) analyse de manière claire et concise le status psychiatrique de l'intéressé. Les sentiments de méfiance et d'insécurité sont au premier plan, accompagnés d'agitation et d'anxiété parfois aiguës avec de fortes tensions. En dehors des personnes investies sur le plan de son suivi, l'intéressé reste très méfiant et farouche. L'état dépressif est persistant avec un abattement et un découragement, des sentiments d'abandon, des insomnies, une perte de l'appétit et de l'aboulie, une tendance au repli sur soi. Un émoussement affectif est toujours présent, à l'instar d'une concentration perturbée. Il n'y a pas de signe floride de la lignée psychotique, mais des éléments dissociatifs demeurent, tels que des sentiments d'irréel, de flottement, de ne pas être lui-même, en relation avec la symptomatologie de stress post-traumatique. La tension est quasi-permanente, les réminiscences de persécutions fréquentes, les sursauts, les ruminations obsédantes et les cauchemars sont récurrents. Sont aussi présentes des difficultés d'organisation et d'anticipation. Malgré un traitement psychopharmacologique très conséquent, une thérapie intensive ainsi que des prises en charge régulières de crise, la symptomatologie présentée par l'intéressé reste majeure et invalidante. Elle ne saurait toutefois régresser sans un traitement de longue durée ni une psychothérapie. Les résultats de stabilisation sont d'ailleurs actuellement encourageants si l'on tient compte des multiples hospitalisations et interventions de crise qui ont été nécessaires précédem-

ment. Le médecin précise cependant que dite symptomatologie est "enkystée" et qu'elle évolue vers un trouble grave et chronique de la personnalité, vulnérable à une comorbidité anxieuse et dépressive. Sans traitement, l'évolution de la psychopathologie de l'intéressé est très défavorable et comporte des risques d'aggravation sévère de la symptomatologie comportementale (autoagressivité et hétéroagressivité notamment).

**5.3.3** Dans un arrêt du 3 juin 2008 (D-7122/2006), le Tribunal a procédé à une analyse approfondie de la situation médicale en Bosnie et Herzégovine, mettant ainsi à jour celles effectuées par la Commission (cf. dans ce sens JICRA 2002 n° 12 p. 102ss, JICRA 1999 n° 6 p. 34ss). Dite analyse peut être résumée de la manière suivante :

**5.3.3.1** S'il est exact que le système de santé est théoriquement garanti pour tous les citoyens bosniaques et que la grande majorité des traitements est couverte par l'assurance maladie, la réalité est toutefois bien différente, le pays manquant de spécialistes et le système d'assurance maladie devant faire face à des problèmes insurmontables liés à une situation socio-économique mauvaise, un financement insuffisant et des besoins énormes de la population en matière de soins (arrêt du Tribunal administratif fédéral D-7122/2006 consid. 8.3.5 [p. 18] du 3 juin 2008). De plus, ce système de santé se heurte toujours au fait qu'il est fragmenté et décentralisé. La situation est d'ailleurs particulièrement complexe pour les personnes qui retournent dans la Fédération croato-musulmane, où chacun des dix cantons définit les catégories de personnes pouvant contracter une assurance maladie et les conditions pour ce faire. Les rapatriés doivent ainsi faire face à une quantité de démarches administratives pour pouvoir obtenir 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 manqueraient ainsi l'enregistrement auprès de ce Bureau (arrêt du Tribunal administratif fédéral D-7122/2006 consid. 8.3.5.1 [p.18s.] du 3 juin 2008).

**5.3.3.2** Outre les difficultés pratiques rencontrées pour contracter une assurance maladie, se pose aussi la question des prestations offertes par celle-ci, tant du point de vue des traitements médicamenteux que des soins prodigués. Là encore, les systèmes varient, chaque canton de la Fédération croato-musulmane notamment possédant sa propre

liste officielle des médicaments remboursés (totalement ou en partie) par le fonds d'assurance. Quant aux soins donnés dans le cadre du système public, ils ne sont plus gratuits. A l'exception de certaines catégories, telles que les enfants, les femmes enceintes ou encore les bénéficiaires de prestations sociales, tout patient doit payer une participation, y compris pour son hospitalisation. A cela s'ajoute encore que la couverture des soins n'est possible que dans le canton où les cotisations ont été payées (arrêt du Tribunal administratif fédéral D-7122/2006 consid. 8.3.5.1 [p. 20] du 3 juin 2008).

**5.3.3.3** Le Tribunal est ainsi parvenu à la conclusion que les difficultés liées à l'intégration au système de santé bosniaque - et plus particulièrement dans la Fédération croato-musulmane -, ainsi que la question des prestations offertes, ne s'étaient pas véritablement modifiées depuis la dernière analyse effectuée par la Commission en 2002. Ainsi, le constat selon lequel une personne malade qui ne peut se faire inscrire auprès des autorités communales sera forcée de financer elle-même les soins qui lui sont nécessaires demeure d'actualité (cf. dans ce sens JICRA 2002 n° 12 consid. 10d 1<sup>er</sup> § p. 106). Il n'en va pas autrement de celui selon lequel le fait de pouvoir officiellement s'inscrire auprès des autorités de sa commune et d'avoir ainsi accès à l'assurance maladie ne signifie pas pour autant que la personne malade ne devra pas supporter les frais occasionnés par des traitements médicaux importants (cf. dans ce sens JICRA 2002 n° 12 consid. 10d 2<sup>e</sup> § p. 106). En outre, malgré plusieurs tentatives des autorités bosniaques de modifier cet état de fait, la couverture des soins par l'assurance maladie est toujours limitée à la région (soit l'entité ou le canton) où la personne est enregistrée. Cet inconvénient a pour conséquence que si un traitement n'est pas disponible dans le canton où la personne concernée est enregistrée et que cette dernière doit se rendre dans un autre canton, voire à l'étranger, pour se faire soigner, la totalité des frais y afférents sera à sa charge (arrêt du Tribunal administratif fédéral D-7122/2006 consid. 8.3.5.1 [p. 20s.] du 3 juin 2008).

**5.3.3.4** Pour ce qui a trait de manière spécifique aux possibilités de soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves, la situation n'est toujours pas satisfaisante. Même s'il existe des institutions et du personnel spécialisés ainsi que des médicaments, voire des thérapies, le système existant reste surchargé et l'offre à l'évidence 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 un traitement psychothérapeutique plus durable. En d'autres termes, sur ce point également, la situation n'a pas non plus évolué de manière significative depuis la dernière analyse opérée par la Commission (arrêt du Tribunal administratif fédéral D-7122/2006 consid. 8.3.5.2 [p. 21s.] du 3 juin 2008 ; JICRA 2002 n° 12 consid. 10c p. 105).

**5.3.4** Dans le cas d'espèce, les certificats, attestations et rapports médicaux produits font clairement état des affections psychiques dont souffre l'intéressé depuis plusieurs années. Celles-ci sont graves et nécessitent une prise en charge intensive. En cas de renvoi, il est indispensable que les traitements initiés en Suisse puissent être poursuivis sur place. Selon le psychiatre qui suit de manière régulière l'intéressé, un arrêt de ces traitements engendrerait une évolution extrêmement défavorable de la psychopathologie présentée par celui-ci, avec de sérieux risques de décompensation psychotique ou d'aggravation du trouble de la personnalité, sans compter qu'un retour au pays invaliderait les acquis actuels ainsi que tout espoir de réhabilitation sociale. Or, compte tenu de la situation médicale prévalant en Bosnie et Herzégovine, telle que décrite de manière succincte ci-auparavant, et même s'il y a tout lieu d'admettre que l'intéressé, qui est né et qui a toujours vécu dans la Fédération croato-musulmane, pourrait s'inscrire auprès de l'assurance sociale et bénéficier ainsi, à tout le moins, d'une prise en charge partielle des soins médicaux, il n'est pas garanti que celui-ci puisse accéder, de manière raisonnable, aux soins dont il a impérativement besoin. Il y a lieu de relever à cet effet que si la ville de C.\_\_\_\_\_ semble disposer d'une certaine structure hospitalière, l'hôpital cantonal se trouve pour sa part à F.\_\_\_\_\_, localité sise à une (...) de kilomètres, que celui-ci ne comporte pas de service de psychiatrie, et que les possibilités de soins les plus importantes de la région, pour des affections aussi bien physiques que psychiques, sont à G.\_\_\_\_\_, ville distante d'environ (...) kilomètres et située de surcroît dans le canton H.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, que l'intéressé dispose d'une formation de technicien sur machine et de mécanicien de précision, qu'il ait travaillé pendant (...) ans en tant qu'(...) avant de venir en Suisse et qu'il ait encore un certain réseau familial sur place ne constituent pas des facteurs décisifs dans le cadre d'une pondération de l'ensemble des circonstances de la cause. En effet, ceux-ci ne sont manifestement pas de nature à améliorer de manière significative l'accès au suivi et

aux divers traitements médicaux requis par son état de santé, compte tenu du contexte structurel et financier que connaît la Bosnie et Herzégovine dans le domaine de la santé (cf. supra). En outre, il faut relever que l'intéressé, malgré un suivi médical régulier et adéquat, et nonobstant sa formation et son expérience professionnelles, n'est pas en mesure d'exercer en Suisse quelque activité lucrative que ce soit, à l'exception de menus travaux de jardinage permettant principalement de structurer son emploi du temps. Ses affections constituent donc, à n'en pas douter, un handicap certain.

A cela s'ajoute que sa problématique psychopathologique empêche d'envisager qu'un traitement adapté, efficace et propice à l'amélioration de son état de santé puisse être poursuivi dans son pays. Le Tribunal retient surtout qu'il existe un risque non négligeable que l'exécution du renvoi entraîne un danger concret pour la vie de l'intéressé. Les affections diagnostiquées sont graves. Quant au traitement médicamenteux prescrit, il est relativement lourd et doit être adapté en fonction de l'apparition de phases de décompensation psychotique et de la gravité de celles-ci.

**5.3.5** En conséquence, l'exécution de la mesure de renvoi ne saurait être raisonnablement exigée en la cause, sinon au risque de mettre précisément l'intéressé dans une situation particulièrement rigoureuse qui l'exposerait alors à une mise en danger concrète. Aussi se justifie-t-il d'y renoncer.

## **6.**

Il s'ensuit que le recours est admis, la décision querellée annulée et l'ODM invité à mettre l'intéressé au bénéfice d'une admission provisoire. 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.

## **7.**

**7.1** Vu l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que la demande d'assistance judiciaire partielle est sans objet.

**7.2** Par ailleurs, bien que l'intéressé ait agi pratiquement seul en sa cause et qu'il n'ait effectivement confié la défense de ses intérêts qu'en cours de procédure, selon la procuration du 16 avril 2008, il peut toutefois prétendre à l'allocation de dépens aux conditions des art. 64

al. 1 PA, 7 al. 1, 8, 9 al. 1 et 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 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 en la cause, eu égard au travail - certes partiel mais déterminant - accompli par la mandataire depuis l'acceptation du mandat, un montant de Fr. 500.-- à titre d'indemnité de partie.

(dispositif page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis.

**2.**

La décision du 7 août 2006 est annulée.

**3.**

L'ODM est invité à régler les conditions de résidence de l'intéressé conformément aux dispositions de la LETr concernant l'admission provisoire.

**4.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure. Partant, la demande d'assistance judiciaire partielle est sans objet.

**5.**

L'ODM versera à l'intéressé un montant de Fr. 500.-- à titre de dépens.

**6.**

Le présent arrêt est adressé :

- à la mandataire de l'intéressé (par lettre recommandée)
- à l'ODM, Division séjour, avec le dossier (...) (par courrier interne ; en copie)
- à la police des étrangers du canton E. \_\_\_\_\_ (en copie)

Le président du collège :

Le greffier :

Gérald Bovier

Jean-Bernard Moret-Grosjean

Expédition :