



Arrêt du 23 septembre 2013

Composition

Emilia Antonioni (présidente du collège),
Contessina Theis, Sylvie Cossy, juges,
Sophie Berset, greffière.

Parties

A. _____, né le (...), son épouse
B. _____, née le (...),
et leurs enfants
C. _____, né le (...), et
D. _____, née le (...),
Bosnie et Herzégovine,
représentés par (...),
Service d'Aide Juridique aux Exilé-e-s (SAJE),
(...),
recourants,

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 13 janvier 2011 / N (...).

Faits :**A.**

A.a. Par décision du 27 juillet 2010, l'ODM n'est pas entré en matière sur la demande d'asile déposée par les intéressés le 26 juin 2010, en application de l'art. 34 al. 1 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile (LASi, RS 142.31), a prononcé leur renvoi de Suisse et ordonné l'exécution de cette mesure. Les requérants ont déclaré être d'une part bosniaque (requérant) et d'autre part albanaise et bosniaque (requérante), de religion musulmane et avoir vécu à Tuzla, dans la Fédération de Bosnie, de 2006 à leur départ, en juin 2010.

A.b. Le recours des intéressés du 3 août 2010 a été rejeté par arrêt du Tribunal administratif fédéral (ci-après: le Tribunal) du 27 août 2010 (réf. E-5534/2010).

B.

Par courrier du 2 décembre 2010, les intéressés ont demandé à l'ODM de reconsidérer sa décision du 27 juillet 2010 sous l'angle de l'exécution du renvoi et ont conclu au prononcé d'une admission provisoire. Ils ont demandé l'assistance judiciaire partielle et l'effet suspensif. Ils ont fait valoir les problèmes de santé de leur fils et du recourant.

Les intéressés ont invoqué que leur fils avait récemment développé des troubles épileptiques. Il ressort du rapport médical du 26 octobre 2010 que le patient est suivi depuis septembre 2010 et que le traitement devra se prolonger au minimum jusqu'en septembre 2012. Le médecin (neuropédiatre) fait état de quatre crises épileptiques partielles (déviation de la bouche et secousses non contrôlables) en deux mois, avec deux épisodes généralisés (crise convulsive avec perte de connaissance). Les crises épileptiques partielles hebdomadaires sont persistantes. Le médecin a réservé son diagnostic et le pronostic qui en découle. A ce stade, il a instauré un traitement anti-épileptique ainsi qu'un éventuel suivi biannuel par un neuropédiatre, voire un suivi plus régulier, selon le diagnostic qui sera posé. Un autre rapport médical, également du 26 octobre 2010, établi par un hôpital de l'enfance, atteste que le patient est suivi depuis le 30 août 2010 et qu'il a présenté un premier épisode de convulsions avec perte de connaissance le 27 août 2010, avec des récurrences les 30 août, 5 octobre et 26 octobre 2010, nécessitant des investigations complémentaires.

Concernant le requérant, il ressort d'un certificat du 13 septembre 2010 d'un médecin spécialiste en médecine interne et acupuncture, qu'il est suivi depuis le 6 septembre 2010 et qu'il souffre d'un état anxiodépressif, probablement développé suite aux problèmes de santé de son fils. Le patient s'est dit très angoissé et rencontre des difficultés pour dormir malgré les somnifères. Il ressort d'un rapport du 25 octobre 2010 établi par le même médecin, que l'intéressé a été investigué en Bosnie et Herzégovine en raison d'un problème cardiaque et qu'il est depuis lors sous un traitement d'Aspirine cardio (traitement poursuivi). Le médecin suspecte donc une cardiopathie ischémique et les analyses ont mis en évidence une hypertriglycémie. Ainsi, le médecin a diagnostiqué, outre l'état anxiodépressif, un problème cardiaque anamnestique. En raison de l'état de santé de son fils, l'intéressé se sent déprimé et a des idées noires, sans présence d'idées suicidaires. Il présente également des céphalées chroniques accompagnées de vertiges en se levant. Du Temesta lui a été prescrit.

Les requérants ont invoqué la situation précaire qui serait la leur en cas de retour en Bosnie et Herzégovine, puisque l'intéressée ne pourrait pas subvenir seule aux besoins de sa famille, en tenant compte des soins coûteux dont nécessitent son époux et son fils. Les requérants ont précisé n'avoir aucun soutien dans leur pays, la mère de l'intéressé ayant quitté le pays.

C.

Par décision du 13 janvier 2011, l'ODM a rejeté la demande de réexamen et a constaté l'entrée en force de sa décision du 27 juillet 2010. L'office a considéré que les maux dont souffre l'enfant des intéressés pouvaient être traités en Bosnie et Herzégovine, à la clinique universitaire de Sarajevo ou au centre universitaire de Tuzla. De même, l'ODM a estimé que le requérant pouvait être suivi dans son pays, en principe par un médecin généraliste. Quant à la composante cardiologique, l'intéressé pourra, le cas échéant, être suivi au centre universitaire de Tuzla.

D.

Par acte du 10 février 2011, les intéressés ont interjeté recours contre la décision précitée et ont conclu à son annulation et au prononcé d'une admission provisoire. Ils ont demandé l'effet suspensif et l'assistance judiciaire partielle. En substance, les recourants ont réitéré les arguments invoqués à l'appui de leur demande de réexamen du 2 décembre 2010. Par ailleurs, ils ont produit un rapport médical du 4 février 2011 d'un

hôpital de l'enfance, établissant que C._____ n'a pas d'anomalie neurologique, mais qu'il présente une épilepsie partielle bénigne, qui nécessite un suivi spécialisé. Le médecin a noté une aggravation depuis un précédent rapport du 14 septembre 2010, les crises convulsives s'étant multipliées, parfois faciales (une partie du corps convulse) et parfois généralisées (tout le corps convulse et perte de connaissance). A titre de traitement médicamenteux, le patient prend de l'Ospolot, matins et soirs depuis le 15 novembre 2010, à maintenir jusqu'à l'arrêt spontané des crises, ce qui est le cas en général vers l'âge de (...) ou (...) ans. En cas d'interruption du traitement, le médecin prédit une récurrence des crises avec un risque d'état de mal épileptique (crise convulsive prolongée avec risque de séquelles cérébrales, voire décès), ainsi que des répercussions sur les apprentissages. Par contre, l'évolution de l'état du jeune patient est jugée favorable s'il bénéficie d'un contrôle régulier par un neuropédiatre, au minimum semestriel ou trimestriel, jusqu'à l'arrêt des crises.

E.

Par décision incidente du 21 février 2011, le juge instructeur a autorisé les recourants à demeurer provisoirement en Suisse jusqu'à droit connu sur les questions touchant à la recevabilité du recours et aux chances de succès de celui-ci. Il a dit qu'il serait statué ultérieurement sur la demande d'assistance judiciaire partielle.

F.

Par courrier du 2 mai 2011, les intéressés ont produit un certificat médical du neuropédiatre de C._____ daté du 13 avril 2011. Il ressort de ce document que le patient présente une affection neurologique nécessitant un suivi en service spécialisé de neuropédiatrie, lequel consiste en un traitement par antiépileptiques ainsi qu'un suivi par une équipe spécialisée dans les troubles spécifiques des apprentissages. Selon deux ordonnances des 8 et 18 avril 2011 (produites en copie) établies par un centre de psychothérapie, A._____ s'est vu prescrire du Deroxat, de l'Imovane et du Temesta.

G.

Par décision incidente du 6 mai 2011, le juge instructeur a octroyé l'effet suspensif et a admis l'assistance judiciaire partielle.

H.

Par envoi du 24 mai 2011, les intéressés ont déposé un rapport médical

concernant A._____, daté du 12 mai 2011 et établi par un psychiatre et une psychologue. Il ressort de ce document que l'intéressé souffre d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (CIM 10, F 32.1) et qu'il suit un traitement psychothérapeutique de soutien au minimum mensuel, accompagné d'une médication. Les médecins ont précisé qu'en l'absence de soins, l'état psychique du patient se péjorerait très probablement, au risque de développer un état dépressif sévère.

I.

Invité à se prononcer sur le recours, l'ODM en a préconisé le rejet dans sa réponse du 8 juin 2011. L'office a considéré que C._____ remplissait les conditions d'obtention de l'assurance maladie obligatoire et qu'il avait accès aux soins à l'hôpital de Tuzla. Concernant A._____, l'ODM a estimé qu'il avait déjà bénéficié par le passé de soins dans son pays et que ses troubles psychiques n'étaient pas graves au point de faire obstacle à l'exécution du renvoi.

J.

Par courrier du 17 octobre 2011, les recourants ont maintenu que leurs enfants bénéficiaient d'un soutien pédopsychiatrique, qui n'est pas disponible en Bosnie et Herzégovine. Il ressort d'un certificat médical et d'un rapport, du 13 octobre 2011, que C._____ souffre bien d'une épilepsie partielle pharmaco-résistante ; un examen complémentaire par IRM cérébrale s'avère nécessaire. La suite de la prise en charge dépendra du résultat de cet examen et du contrôle des crises épileptiques. Selon une attestation du 6 octobre 2011, une investigation pédopsychiatrique est en cours pour des crises d'angoisse et un retard scolaire. L'institutrice des deux enfants a fait part de son inquiétude quant à un retard scolaire.

K.

Selon un rapport médical du 17 octobre 2011, le symptôme anxio-dépressif de A._____ s'est péjoré depuis avril 2011. Il souffre actuellement d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (CIM 10, F 32.2). Sa psychothérapie de soutien est désormais bihebdomadaire, accompagnée d'antidépresseurs.

L.

Il ressort d'un rapport médical du 12 janvier 2012 que C._____ souffre d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (CIM 10, F 43.25), d'épilepsie (CIM 10, G 40), qu'il vit dans des

conditions créant une situation psychosociale à risque (CIM 10, Z 59.1) et qu'il est atteint d'une migration ou d'une transplantation sociale (CIM 10, Z 60.3). Il bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique, de consultations thérapeutiques familiales et d'un accompagnement psychosocial.

M.

Dans leur courrier du 18 juin 2012, les recourants ont exposé que B._____ avait été renversée par un véhicule, le (...), qu'elle avait le pied écrasé et qu'elle avait besoin d'une physiothérapie de rééducation et d'une psychothérapie de soutien suite à cet accident. Les recourants ont produit, en copie, un rapport de police et un dossier médical en traitement ambulatoire.

N.

Il ressort de certificats médicaux du 20 août 2012 et d'évaluations de vulnérabilité du 27 août suivant que B._____ souffre d'une contusion sévère au pied et d'un état dépressif réactionnel. A._____ est atteint d'un diabète de type II diagnostiqué depuis deux mois, d'un état anxio-dépressif réactionnel, de céphalées chroniques, de douleurs thoraciques atypiques et d'hypertriglycémie.

O.

Invités à produire des rapports médicaux actualisés et détaillés, les recourants ont déposé plusieurs documents, par envoi du 29 octobre 2012. Ainsi, il ressort du rapport du 17 octobre 2012 établi par un médecin de l'unité de neuropédiatrie de E._____ que C._____ continue à faire des crises épileptiques plusieurs fois par semaine, malgré le traitement médicamenteux instauré. Le diagnostic reste ouvert quant à déterminer s'il souffre d'une épilepsie partielle bénigne ou symptomatique due à une malformation corticale congénitale. Le médecin a relevé que plusieurs aspects, notamment la pharmaco-résistance, étaient inhabituels pour une épilepsie bénigne. Il prévoit une augmentation de la dose des antiépileptiques ou un changement de traitement et préconise un suivi clinique et électroencéphalographique tous les six mois, voire plus fréquent.

Concernant A._____, il ressort du rapport médical du 19 octobre 2012, établi par un psychologue et un psychiatre, que son état anxio-dépressif s'est détérioré et qu'il présente des idées suicidaires, parfois scénarisées. Il a fait une tentative de suicide par médicaments en août 2012 et les risques de passage à l'acte perdurent. Sous traitement médicamenteux

(antidépresseurs et somnifères) et au bénéfice d'une psychothérapie bimensuelle, le médecin estime que la poursuite de ce suivi est indispensable à moyen, voire à long terme.

Un rapport médical du 24 octobre 2012 établit que B._____ souffre d'un épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques (CIM 10, F32.11) et qu'elle est suivie depuis le mois de mai 2012. Elle bénéficie d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique composé d'entretiens hebdomadaires à mensuels, dont le maintien est essentiel, y compris durant une année après une éventuelle rémission.

P.

Dans sa duplique du 14 décembre 2012, l'ODM a maintenu sa conclusion de rejet du recours. L'office a relevé que l'état de C._____ ne s'était pas sensiblement modifié depuis le dépôt de la demande de réexamen, le 2 décembre 2010. Il a estimé que les problèmes psychiques des recourants faisaient suite à la découverte de l'épilepsie de leur fils et aux décisions négatives des autorités suisses en matière d'asile à leur rencontre. De même, l'ODM a considéré que la tentative de suicide de A._____ était réactionnelle aux facteurs de stress rencontrés en Suisse. Il a conclu que les recourants pouvaient être suivis dans leur pays, où les médicaments prescrits étaient disponibles, à tout le moins sous forme générique.

Q.

Dans leurs observations du 10 janvier 2013, les recourants ont rappelé qu'ils n'auraient pas accès aux soins dont ils ont besoin en Bosnie et Herzégovine, dû notamment aux coûts qu'ils engendreraient.

R.

Dans leur envoi du 17 juillet 2013, les recourants ont déposé un écrit du 26 mars 2013 de la doyenne, qui a attesté que C._____ était placé en classe de développement primaire. Les recourants ont aussi produit un certificat médical du 24 avril 2013 du Dr F._____, neuropédiatre à E._____, établissant que C._____ est suivi pour "une épilepsie partielle, d'étiologie encore indéterminée et pharmaco-résistante". Cette épilepsie se manifeste par différents types de crises pluri-hebdomadaires, nécessitant un traitement antiépileptique et une surveillance par une équipe spécialisée en neuropédiatrie. Le médecin a fait part de l'aggravation de l'état de son jeune patient, avec l'apparition de "crises électriques", impliquant un changement de médication. Par ailleurs, il

prévoit, en l'absence d'un suivi spécialisé dans un centre hospitalier universitaire, une péjoration des crises, qui peuvent avoir des répercussions sur le système cognitif. Enfin, les recourants ont déposé un rapport d'examen neuropsychologique du 6 juin 2013 établi par l'unité de neurologie et neuroréhabilitation pédiatrique de E._____, duquel il ressort que C._____ est atteint d'un trouble sévère du langage oral (en production, il a l'équivalent d'un enfant de [...] ans et en compréhension de celui de [...] ans) et écrit, d'un "trouble déficitaire de l'attention avec impulsivité" et qu'il présente de forts symptômes anxio-dépressifs.

S.

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

Droit :

1.

1.1. Le Tribunal administratif fédéral (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 LAsi, devant le Tribunal, lequel statue alors définitivement, sauf demande d'extradition déposée par l'Etat dont le requérant cherche à se protéger (art. 83 let. d ch. 1 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]).

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

2.

2.1. 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 d'une décision qu'elle a

rendue 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. 66 PA, qui prévoit le droit de demander la révision des décisions, et de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.), qui correspond sur ce point à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101). L'autorité administrative n'est toutefois tenue de s'en saisir qu'à certaines conditions. Tel est le cas, selon la jurisprudence et la doctrine, lorsque le requérant invoque l'un des motifs de révision prévus par l'art. 66 PA, en particulier des faits nouveaux importants ou des moyens de preuves nouveaux qui n'avaient pas pu être invoqués dans la procédure ordinaire (« demande de réexamen qualifiée »), ou lorsque les circonstances (de fait voire de droit) se sont modifiées dans une mesure notable depuis le prononcé de la décision matérielle mettant fin à la procédure ordinaire. Dans ces hypothèses, la demande de réexamen doit être considérée comme un moyen de droit extraordinaire (Arrêts du Tribunal fédéral [ATF] 127 I 133 consid. 6, ATF 124 II 1 consid. 3a et ATF 120 Ib 42 consid. 2b ; Jurisprudence et informations de la Commission suisse de recours en matière d'asile [JICRA] 2006 n° 20 consid. 2.1 p. 213, JICRA 2003 n° 17 p. 101ss, JICRA 2003 n° 7 consid. 1 p. 42s., JICRA 1995 n° 21 consid. 1b p. 203s., JICRA 1995 n° 14 consid. 5 p. 129s., JICRA 1993 n° 25 consid. 3 p. 178s., et jurispr. citée ; ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5ème éd., Zurich 2006, n. 1833, p. 392 ; KARIN SCHERRER, in Praxiskommentar VwVG, Zurich Bâle Genève 2009, n. 16s. ad art. 66 PA, p. 1303s. ; ANDRÉ GRISEL, Traité de droit administratif, Neuchâtel 1984, vol. II, p. 947ss ; KÖLZ / HÄNER / BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3ème éd., Zurich 2013, p. 253ss).

2.2. Fondée sur la modification des circonstances, une demande de réexamen tend à faire adapter par l'autorité de première instance sa décision parce que, depuis son prononcé, s'est créée une situation nouvelle dans les faits ou sur le plan juridique (une modification du droit objectif, respectivement un changement de législation) qui constitue une modification notable des circonstances (JICRA 1995 n° 21 consid. 1b p. 203 ss et réf. cit. ; ATF 109 Ib 253 et jurispr. cit. ; cf. également ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, op. cit., n. 1833, p. 392 ; KÖLZ / HÄNER / BERTSCHI, op. cit., p. 258ss ; RENE RHINOW / HEINRICH KOLLER / CHRISTINA KISS-PETER, Öffentliches Prozessrecht und Grundzüge des Justizverfassungsrechts des Bundes, Bâle/Francfort-sur-le-Main 1994, p. 12 ss).

3.

3.1. En l'occurrence, les recourants demandent au Tribunal d'annuler la décision de l'ODM du 13 janvier 2011, rejetant leur demande de réexamen contre la décision du 27 juillet 2010, et d'annuler la décision de renvoi de Suisse au motif que celui-ci n'est pas raisonnablement exigible, au vu de l'état de santé de l'intéressé et de son fils.

3.2. Il convient donc de déterminer si ces motifs médicaux constituent des faits nouveaux importants tels que définis ci-dessus, de nature à remettre en cause l'appréciation antérieure en matière d'exécution du renvoi.

4.

L'exécution du renvoi est régie par l'art. 83 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr, RS 142.20). A teneur de cette disposition, l'exécution du renvoi doit être possible (art. 83 al. 2 LEtr), licite (art. 83 al. 3 LEtr) et raisonnablement exigible (art. 83 al. 4 LEtr). Ces empêchements sont de nature alternative, c'est-à-dire qu'il suffit que l'un d'eux soit réalisé pour que le renvoi soit inexécutable (JICRA 2006 n° 6 consid. 4.2 p. 54 ss).

En l'occurrence, c'est sur la question de l'exigibilité de l'exécution du renvoi que l'autorité de céans entend porter son examen, ainsi que les recourants l'ont invoqué dans leur recours.

5.

5.1. Selon l'art. 83 al. 4 LEtr, l'exécution du renvoi peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi de l'intéressé 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. En second lieu, cette base légale s'applique 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, à savoir les soins essentiels garantissant des conditions minimales d'existence (ATAF 2009/52 consid. 10.1, ATAF 2008/34 consid. 11.2.2 et ATAF 2007/10 consid. 5.1).

5.2. En dépit des problèmes, en particulier économiques, qui l'affectent, il est notoire que la Bosnie et Herzégovine ne connaît pas une situation de guerre, de guerre civile ou de violence généralisée sur l'ensemble de son territoire qui permettrait d'emblée de présumer, à propos de tous les requérants provenant de cet Etat, et quelles que soient les circonstances de chaque cause, l'existence d'une mise en danger concrète au sens des dispositions légales précitées (cf. dans ce sens JICRA 2003 n° 8 consid. 8b p. 55, JICRA 2000 n° 2 consid. 7 p. 18 ss).

5.3. S'agissant plus spécifiquement de l'exécution du renvoi des personnes en traitement médical en Suisse, cette mesure ne devient inexigible, en cas de retour dans leur pays d'origine ou de provenance, que dans la mesure où elles pourraient ne plus recevoir les soins essentiels garantissant des conditions minimales d'existence. Par soins essentiels, il faut entendre les soins de médecine générale et d'urgence absolument nécessaires à la garantie de la dignité humaine (GABRIELLE STEFFEN, Droit aux soins et rationnement, Berne 2002, p. 81 ss et 87). Cette disposition – exceptionnelle – 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 que l'on trouve en Suisse (JICRA 2003 n° 24 consid. 5b p. 157 ss). Ainsi, il ne suffit pas en soi de constater, pour admettre l'inexigibilité de l'exécution du renvoi, qu'un traitement prescrit sur la base de normes suisses ne pourrait être poursuivi dans le pays d'origine ou de destination de l'intéressé. On peut citer ici les cas de traitements visant à atténuer ou guérir des troubles psychiques ou physiques qui ne peuvent être qualifiés de graves. Si les soins essentiels nécessaires peuvent être assurés dans le pays d'origine ou de destination de l'intéressé, cas échéant avec d'autres médicaments que celles prescrites en Suisse, l'exécution du renvoi dans l'un ou l'autre de ces pays sera considéré comme raisonnablement exigible. En revanche, tel ne serait pas le cas si, en raison de l'absence de possibilités de traitement adéquat, l'état de santé de l'intéressé se dégradait très rapidement au point de conduire d'une manière certaine à la mise en danger concrète de sa vie ou à une atteinte sérieuse, durable, et notablement plus grave de son intégrité physique. Cela dit, il sied de préciser que si, dans un cas d'espèce, le grave état de santé

ne constitue pas en soi un motif d'inexigibilité sur la base des critères qui précèdent, il peut demeurer un élément d'appréciation dont il convient alors de tenir compte dans le cadre de la pondération de l'ensemble des éléments ayant trait à l'examen de l'exécution du renvoi (JICRA 2003 n° 24 consid. 5b p. 157 ss).

5.4. 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. arrêts du Tribunal D-5626/2012 du 16 avril 2013 consid. 6.5 s., 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).

5.4.1. 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 2012, 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 Sarajevo, 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-5626/2012 susmentionné consid. 6.5, D-7122/2006 susmentionné, plus particulièrement consid. 8.3.5.2, D-4556/2009 susmentionné consid. 5.5 et réf. cit.).

5.4.2. 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. arrêts du Tribunal D-5626/2012 susmentionné consid. 6.6 p. 15 s. et réf. cit., D-7122/2006 susmentionné, en particulier consid. 8.3.5.1 p. 19s.).

5.4.3. 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).

5.4.4. 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.).

5.4.5. 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. arrêts du Tribunal D-5626/2012 susmentionné consid. 6.5 et réf. cit., D-7122/2006 susmentionné consid. 8.3.5.2).

5.4.6. 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.

5.5.

5.5.1. En l'espèce, s'agissant tout d'abord de l'état de santé de A._____, celui-ci souffre d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Son état s'est indéniablement péjoré, malgré le traitement prescrit, puisqu'il souffrait initialement d'un épisode dépressif moyen. Il est important de relever que son état anxio-dépressif s'est récemment détérioré dans une mesure notable, puisque le recourant a fait une tentative de suicide par médicaments en août 2012. Ainsi, malgré une prise en charge tant psychothérapeutique que médicamenteuse, son état de santé demeure fragile et instable, au point que l'intéressé peut avoir un comportement auto-destructeur. En effet, le spécialiste a estimé que les risques suicidaires persistaient. Il est également atteint d'une hypertriglycémie (une élévation du taux de triglycérides dans le sang, propre à augmenter le risque de maladies cardio-vasculaires). De plus, le médecin suspecte une cardiopathie ischémique (diminution de l'apport sanguin vers le cœur). Dès lors, tant que cette hypothèse n'est pas écartée, l'état de santé du recourant demeure préoccupant et l'éventuelle absence d'un suivi adéquat dans son pays pourrait le mettre potentiellement en grave danger. A cela s'ajoute qu'il est atteint d'un diabète de type II, de céphalées chroniques, de douleurs thoraciques atypiques et d'hypertriglycémie. Son épouse est également atteinte dans sa santé psychique ; elle est suivie depuis le mois de mai 2012 pour un épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques. Elle bénéficie d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique avec des entretiens hebdomadaires à mensuels.

5.5.2. En ce qui concerne le fils des recourants, C._____, il ressort du dossier qu'il est atteint d'épilepsie. Au début, il a fait plusieurs crises, régulières et persistantes, tantôt partielles (déviation de la bouche et secousses non contrôlables), tantôt avec des épisodes généralisés (crise convulsive avec perte de connaissance). Il a été pris en charge rapidement par un neuropédiatre, qui le suit encore actuellement, et qui estime un suivi spécialisé dans un centre hospitalier universitaire, sous l'égide de spécialistes en neuropédiatrie, indispensable, au vu de l'affection neurologique diagnostiquée. Son état s'est péjoré, puisque les crises convulsives se sont multipliées, jusqu'à se produire plusieurs fois par semaine, étant parfois faciales et parfois généralisées (avec perte de connaissance), avec également l'apparition de "crises électriques", malgré le traitement médicamenteux instauré. Au vu de cette pharmacorésistance, le spécialiste prévoit une augmentation de la dose des

antiépileptiques ou un changement de traitement et préconise un suivi clinique et électroencéphalographique tous les six mois, voire plus fréquent. Il est primordial que cet enfant continue d'être pris en charge dans la même structure, afin que les médecins qui le suivent depuis plusieurs années puissent trouver les causes, encore non élucidées, de cette résistance aux médicaments, et trouver le bon traitement. L'interruption du traitement ou un mauvais suivi pourrait provoquer des crises convulsives prolongées avec un risque de séquelles cérébrales, voire le décès de l'enfant.

Dès lors, cet enfant de bientôt (...) ans souffre d'affections graves et doit pouvoir bénéficier d'un traitement spécialisé. Il bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique, de consultations thérapeutiques familiales et d'un accompagnement psychosocial. Il a également intégré une classe primaire de développement, étant donné ses nombreux et conséquents retards de langage oral et écrit et ses déficits de l'attention. En cas de renvoi, il est non seulement indispensable que le traitement initié en Suisse puisse être poursuivi sur place dans un centre hospitalier universitaire par une équipe spécialisée en neuropédiatrie, sans quoi la vie de cet enfant serait sérieusement mise en danger, mais également que les médecins poursuivent les recherches liées à la pharmacorésistance, afin de réduire les crises épileptiques et les risques qui y sont liés. Or, au vu de la situation médicale prévalant en Bosnie et Herzégovine (cf. jurisprudence précitée), et même si l'on peut admettre que les recourants pourront inscrire leur fils auprès de l'assurance-maladie et bénéficier ainsi, à tout le moins, d'une prise en charge partielle des soins médicaux qui lui sont nécessaires, il n'est pas garanti précisément que celui-ci puisse accéder de manière raisonnable à ces soins, dont l'importance est primordiale. Par ailleurs, au vu de ce qui précède, il n'est pas établi que les traitements adéquats et les investigations nécessaires à l'enfant seraient disponibles en Bosnie et Herzégovine, en particulier à Tuzla, d'où viennent les recourants, et que l'intéressé y aurait personnellement un accès garanti.

5.5.3. Partant, le Tribunal considère que ces éléments nouveaux sont suffisamment importants pour admettre l'existence d'un changement notable de circonstances, qui justifie la modification de la décision d'exécution du renvoi prise au terme de la procédure ordinaire. Il ressort en effet du dossier que l'exécution du renvoi impliquerait une mise en danger concrète du recourant et de son fils. Par conséquent, les tableaux cliniques globaux des recourants et de leur fils permettent d'admettre

qu'un renvoi dans leur pays d'origine pourrait induire une dégradation rapide de leur état de santé au point de conduire, d'une manière plus que probable, à la mise en danger concrète de leur vie à brève échéance.

5.6. Au vu de l'état de santé déficient du père, il n'est pas établi que celui-ci pourrait exercer une activité lucrative pour subvenir aux besoins élémentaires de sa famille, ainsi qu'il l'avait fait par le passé. La recourante a également allégué être atteinte dans sa santé psychique et il n'est donc pas établi qu'elle serait apte à exercer une activité professionnelle. Au demeurant, elle n'a suivi que l'école primaire et n'a jamais travaillé. Elle ne serait donc probablement pas en mesure de trouver un emploi à court terme lui permettant de subvenir aux besoins vitaux de quatre personnes, d'autant moins qu'elle a une fille de (...) ans dont elle doit s'occuper, mais également, si nécessaire, d'assurer des soins médicaux qui lui sont indispensables, ainsi qu'à ceux de son époux et de leur fils. Par ailleurs, le recourant a déclaré n'avoir plus aucune famille en Bosnie et Herzégovine. Son épouse y a uniquement sa mère et son beau-père, qui vivent dans un centre pour personnes déplacées à G._____ (situé dans le canton de Tuzla) avec leurs propres enfants à charge; il n'est donc pas établi qu'ils seraient en mesure de subvenir aux besoins économiques de leur (belle-) fille et de la famille de celle-ci, eu égard en particulier aux soins que nécessitent le recourant et son fils.

5.7. Dans ces circonstances, force est d'admettre que les recourants seraient confrontés à des difficultés plus importantes que celles que rencontrent en général les personnes résidant ou retournant en Bosnie et Herzégovine. En conclusion, en raison du cumul des facteurs défavorables évoqués précédemment et eu égard à l'évolution de la situation depuis le prononcé du renvoi, la pesée des intérêts en présence fait prévaloir l'aspect humanitaire sur l'intérêt public à l'exécution du renvoi. Par conséquent, le Tribunal considère que l'exécution du renvoi des recourants en Bosnie et Herzégovine n'est, en l'état, pas raisonnablement exigible.

6.

Il s'ensuit que le recours est admis. La décision de l'ODM du 13 janvier 2011 rejetant la demande de réexamen est annulée. Les points 3 et 4 du dispositif de la décision du 27 juillet 2010 sont annulés. L'ODM est invité à régler les conditions de séjour en Suisse des recourants conformément aux dispositions régissant l'admission provisoire.

7.

7.1. Les recourants ayant obtenu gain de cause, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA).

7.2. Conformément à l'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), le recourant qui a eu gain de cause, a droit à des dépens pour les frais nécessaires causés par le litige. En l'occurrence, vu le décompte de prestations du 17 juillet 2013, le Tribunal fixe les dépens à 1'561 francs, à charge de l'ODM.

(dispositif page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis.

2.

La décision de l'ODM du 13 janvier 2011 rejetant la demande de réexamen est annulée.

3.

Les chiffres 3 et 4 du dispositif de la décision du 27 juillet 2010 sont annulés.

4.

L'ODM est invité à régler les conditions de résidence en Suisse des recourants conformément aux dispositions relatives à l'admission provisoire.

5.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

6.

L'ODM versera aux recourants le montant global de 1'561 francs à titre de dépens.

7.

Le présent arrêt est adressé à la mandataire des recourants, à l'ODM et à l'autorité cantonale compétente.

La présidente du collège :

La greffière :

Emilia Antonioni

Sophie Berset

Expédition :