



Arrêt du 12 juillet 2016

Composition

William Waeber (président du collège),
Claudia Cotting-Schalch, Barbara Balmelli, juges,
Jean-Claude Barras, greffier.

Parties

A. _____, né le (...),
Macédoine,
représenté par Florence Rouiller,
ARF Conseils juridiques Sàrl, (...),
recourant,

contre

Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM),
Quellenweg 6, 3003 Berne,
autorité inférieure.

Objet

Exécution du renvoi (recours réexamen) ;
décision du SEM du 10 février 2016 / N (...).

Faits :**A.**

Le 24 avril 2012, A. _____, alors accompagné de sa famille, a déposé une demande d'asile.

B.

Par décision du 22 août 2014, l'Office fédéral des migrations, (aujourd'hui et ci-après : le SEM) a rejeté la demande des précités, prononcé leur renvoi de Suisse et ordonné l'exécution de cette mesure, décision confirmée le 15 septembre suivant par le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal), qui a rejeté le recours formé par les intéressés le 1^{er} septembre 2014 uniquement en ce qui concernait l'exécution de leur renvoi.

C.

Le 17 février 2015, le SEM a rejeté la demande de réexamen du caractère exécutable du renvoi des intéressés fondée sur les soins nécessités par l'état de l'aînée des enfants. Cette décision a été confirmée par le Tribunal dans un arrêt du 29 avril 2015.

D.

Par requête du 16 novembre 2015, A. _____ a, à nouveau, sollicité du SEM le réexamen de sa décision du 22 août 2014 en ce qui concernait l'exécution de son renvoi. Il a fondé sa requête sur son hospitalisation en placement à des fins d'assistance médicale (...) aux B. _____ depuis le 5 novembre précédent en raison d'un épisode dépressif sévère avec une idéation suicidaire et, dans ce contexte, une tentative de suicide comme en attestait le certificat du 10 novembre 2015 joint à sa demande. Il a aussi produit un rapport médical des B. _____ du 11 septembre précédent dont il ressortait qu'en 2015, il avait d'abord été adressé au psychiatre de liaison du programme C. _____ puis au D. _____ en raison de l'apparition de symptômes dépressifs. A sa demande, il avait ensuite été hospitalisé pendant une quinzaine, à partir du 23 mai 2015, en raison d'un trouble de l'adaptation après avoir appris que la police le recherchait pour procéder à son expulsion avec sa famille. Le traitement antidépresseur instauré précédemment avait alors été accru ; un traitement hypnotique avait également été instauré. Une semaine après sa sortie de clinique, il avait été réorienté vers le D. _____ pour y passer ses nuits. Au moment de l'établissement de ce rapport, il était hospitalisé depuis 82 jours au service de psychiatrie générale des B. _____ après une tentative de pendaison

au D. _____ de l'âge. Ses sorties de clinique s'étaient révélées très anxiogènes pour lui. L'auteur du certificat, médecin interne, considérait qu'il était à risque de passage à l'acte impulsif, notamment dans un contexte de renvoi sous contrainte policière. Dans ces conditions, A. _____ n'estimait pas licite ni raisonnablement exigible l'exécution de son renvoi, sous peine de l'exposer à une rapide dégradation de son état déjà gravement déficient et de mettre sa vie en danger. Il a aussi relevé que, dans son pays, il ne pourrait pas obtenir des soins adéquats tant du fait d'infrastructures insuffisantes que de l'impossibilité d'une alliance thérapeutique avec le corps médical compte tenu des graves traumatismes que sa fille y avait subis.

E.

Le 15 janvier 2016, le recourant a encore produit un rapport médical établi l'avant-veille par deux médecins du département de santé mentale et psychiatrie des B. _____. Ceux-ci y relataient les circonstances qui avaient conduit à son hospitalisation en novembre 2015 et les menaces d'attenter à ses jours si la police venait le chercher pour l'expulser qu'il avait proférées à ce moment. Les praticiens signalaient aussi son hospitalisation, le 1^{er} janvier 2016, à la suite d'un tentamen et la stabilisation de son état au moment de l'établissement du rapport avec un projet de sortie et la reprise d'un suivi ambulatoire au D. _____.

F.

Par décision du 10 février 2016, le SEM a rejeté la demande de l'intéressé après avoir retenu que ses troubles étaient clairement réactifs à l'obligation pour lui et sa famille de quitter la Suisse ; en attestait, selon le SEM, le rapport médical du 11 septembre 2015 (selon lequel les difficultés de l'intéressé étaient liées aux décisions négatives successives dont sa demande d'asile avait fait l'objet) et le fait que, pendant près de trois ans après son arrivée en Suisse, il n'avait pas eu besoin de soins médicaux qu'il n'avait sollicités qu'après le rejet définitif de sa demande d'asile. Le SEM s'est aussi dit conscient des appréhensions du recourant à la perspective d'un renvoi en Macédoine, l'apparition de pensées suicidaires chez certaines personnes à ce moment n'étant pas rare. Pour autant, le SEM a considéré que l'exacerbation - consécutive à cette situation - des troubles psychiques de l'intéressé ne pouvait indéfiniment faire obstacle à l'exécution de son renvoi. Le SEM a en outre admis, que, dans telles circonstances, il lui revenait de veiller à ce que l'intéressé n'attende pas à ses jours lors de son renvoi, en prenant toutes les précautions utiles, au besoin avec le soutien des autorités cantonales compétentes. Enfin, il a

considéré que l'intéressé pouvait poursuivre son traitement en Macédoine, notamment à l'hôpital de E._____ qui disposait de structures appropriées pour le prendre en charge. S'y ajoutait pour lui la possibilité d'obtenir une aide médicale au retour.

G.

Dans son recours interjeté le 14 mars 2016, A._____ relève qu'il n'est pas seulement en proie à des idées suicidaires mais qu'il a tenté trois fois de se suicider, ce qui dénote un état psychique très précaire. Il en veut pour preuve le certificat médical du 7 mars 2016 joint à son recours. Il ajoute que, de retour chez lui, il risque d'être momentanément privé de soins. En effet, selon lui, en Macédoine, les rapatriés perdent temporairement leurs droits aux prestations sociales. En outre, il serait souvent difficile de bénéficier à temps des prestations de l'assurance-maladie vu que les délais de traitement des demandes sont très longs. Dans ces conditions, il estime important le risque d'une atteinte sérieuse voire irrémédiable à son intégrité. Préjudiciellement, il requiert des mesures provisionnelles ; principalement, il conclut à l'octroi d'une admission provisoire.

Selon le certificat du 7 mars 2016, établi par une cheffe de clinique et un psychologue du service de psychiatrie générale des B._____, il bénéficie de manière régulière d'un suivi psychiatrique au D._____ ; actuellement, ce suivi se décline sous forme d'entretiens médicaux mensuels, d'entretiens infirmiers hebdomadaires et d'un traitement médicamenteux. Selon les praticiens, il présente toujours une symptomatologie anxio-dépressive et, s'il ne verbalise pas actuellement d'idéations suicidaires actives, il demeure à risque d'un passage à l'acte suicidaire sur un mode impulsif.

H.

Par décision incidente du 18 mars 2016, le juge instructeur a admis la demande de mesure provisionnelle et renoncé à percevoir une avance de frais de procédure.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF.

En particulier, les décisions rendues par le SEM concernant l'asile peuvent être contestées, par renvoi de l'art. 105 LAsi (RS 142.31), devant le Tribunal, lequel, sauf l'exception visée à l'art. 83 let. d ch. 1 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110), non réalisée en l'espèce, statue définitivement.

1.2 Le requérant a qualité pour recourir (cf. art. 48 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 37 LTAF). Présenté dans la forme (cf. art. 52 al. 1 PA par renvoi de l'art. 6 LAsi) et dans le délai (cf. art. 108 al. 1 LAsi) prescrits par la loi, le recours est recevable.

2.

2.1 La demande de réexamen (aussi appelée demande de reconsidération), définie comme une requête adressée à une autorité administrative en vue de la reconsidération de la décision qu'elle a prise et qui est entrée en force, est prévue par la loi depuis l'entrée en vigueur de la modification de la LAsi du 14 décembre 2012 (cf. art. 111*b* et 111*d* LAsi). La jurisprudence et la doctrine l'avaient auparavant 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 à certaines conditions la révision des décisions.

2.2 Le SEM 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. ATAF 2010/27 consid. 2.1 p. 367 s.).

2.3 A teneur de l'art. 111*b* al. 1 LAsi, la demande de réexamen dûment motivée est déposée par écrit auprès du SEM dans les 30 jours qui suivent

la découverte du motif de réexamen. Pour le surplus, la procédure est régie par les art. 66 à 68 de la PA.

3.

En l'espèce, l'intéressé a fondé sa demande de réexamen du 16 novembre 2015 sur les troubles psychiques dont il est atteint. Les affections et les hospitalisations que le recourant oppose à l'exécution de son renvoi sont postérieures à la fin de la procédure d'asile ordinaire et à la procédure de réexamen terminée en avril 2015. La présente demande de réexamen repose ainsi sur des faits nouveaux et doit être considérée comme ayant été déposée en temps utile ; c'est donc à raison que le SEM est entré en matière sur celle-ci.

4.

4.1 En l'espèce, invoquant l'art. 3 CEDH, le recourant fait valoir que son renvoi aura pour effet de le priver des traitements que nécessite son état et pourra entraîner une atteinte à son intégrité physique et psychique en raison d'un important risque auto-agressif. Il convient dès lors d'examiner la licéité du renvoi sous l'angle de cette disposition. L'art 3 CEDH recouvre en effet les difficultés à bénéficier des soins médicaux (arrêts du TF 2A.28/2004 du 7 mai 2004 consid. 3.6 in fine ; 2A.214/2002 du 23 août 2002 consid. 3.6 ; arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme [CourEDH] D. c. Royaume-Uni du 2 mai 1997, Recueil 1997 III p. 777 ss).

4.2 Selon la jurisprudence de la CourEDH, s'agissant de personnes touchées dans leur santé, le renvoi forcé n'est susceptible de constituer une violation de l'art. 3 CEDH que si l'intéressé se trouve dans un stade de sa maladie avancé et terminal, au point que sa mort apparaît comme une perspective proche. Il s'agit donc là de cas que la Cour définit comme "très exceptionnels". Le fait qu'un étrangers sous le coup d'une décision de renvoi risque de connaître, en cas de retour dans son pays d'origine, une dégradation importante de son état de santé, faute d'un accès convenable aux soins ou de moyens financiers, n'est pas décisif ; il faut au contraire des motifs sérieux et avérés de croire que l'intéressé, si on l'expulse vers le pays de destination, y courra un risque réel d'être soumis à un traitement contraire à l'art. 3 CEDH (arrêt N. c/ Royaume-Uni, du 27 mai 2008, req. n° 26565/05, § 30). En d'autres termes, il faut que la personne concernée connaisse un état à ce point altéré que l'hypothèse de son rapide décès après le renvoi confine à la certitude, et que la personne ne puisse espérer un soutien d'ordre familial ou social (arrêt Emre c/ Suisse,

du 22 mai 2008, req. n°42034/04, § 88, § 92 ; arrêt du TF du 4 février 2010, 2D_67/2009, consid. 6.1). Une situation moins favorable dans son pays d'origine que celle dont la personne jouit dans le pays d'accueil n'est par conséquent pas déterminante du point de vue de l'article 3 CEDH (cf. arrêt Emre § 91).

De manière synthétique, la CourEDH admet qu'elle doit apprécier restrictivement l'incompatibilité du renvoi d'une personne malade avec l'art. 3 CEDH, les empêchements à ce renvoi n'étant en effet pas de la responsabilité des autorités de l'Etat de résidence. Cette incompatibilité suppose que la personne en cause soit victime d'une affection grave, pleinement développée, qui fait apparaître un prochain décès comme une hypothèse très solide.

4.3 En l'espèce, le Tribunal considère que le requérant ne se trouve pas dans un état comparable à celui évoqué ci-dessus. Certes, il se prévaut d'antécédents suicidaires, médicalement attestés, et de son intention de mettre fin à ses jours pour faire obstacle à l'exécution de son renvoi. En l'absence de liens clairs et avérés avec des événements traumatisants vécus dans son pays d'origine ou d'autres maladies graves préexistantes, les troubles de nature suicidaire du requérant ne sauraient toutefois conduire à une admission provisoire en Suisse pour illicéité de son renvoi (cf. arrêt n. p. du Tribunal E-8696/2010 du 31 mai 2011 et la jurisprudence citée, notamment arrêt du Tribunal fédéral du 16 août 2002, 2A.304/2002, consid. 4.3). Selon une jurisprudence constante, des menaces de suicide consécutives à une décision de renvoi n'astreignent pas la Suisse à s'abstenir d'exécuter cette mesure, mais à prendre des mesures concrètes pour prévenir la réalisation de ce risque (cf. arrêt n. p. du Tribunal E-7404/2014 et la jurisprudence citée, notamment CourEDH, décision Ludmila Kochieva et autres c. Suède, n°75203/12, 30 avril 2013, par. 34 ; JICRA 2005 n° 23 consid. 5.1). Dans le cas d'espèce, il appartiendra donc aux autorités chargées de l'exécution du renvoi du requérant, comme le SEM s'y est d'ailleurs engagé, de veiller à ce qu'il soit pourvu des médicaments dont il a besoin, voire de prévoir un accompagnement par une personne dotée des compétences médicales nécessaires ou par toute autre personne susceptible de lui apporter un soutien adéquat.

4.4 Il résulte de ce qui précède que le grief de violation de l'art. 3 CEDH doit être rejeté.

5.

5.1 Il en va de même du grief tiré de la violation de l'art. 83 al. 4 LETr, disposition qui prévoit que l'exécution du renvoi ne peut pas être raisonnablement exigée si elle met l'étranger concrètement en danger, notamment en cas de nécessité médicale. Selon la jurisprudence du Tribunal, s'agissant des personnes en traitement médical en Suisse, comme l'est le recourant, l'exécution du renvoi ne devient inexigible pour ce motif que dans la mesure où, à leur retour dans leur pays d'origine ou de provenance, ces personnes pourraient ne plus bénéficier de soins essentiels garantissant des conditions minimales d'existence ; par soins essentiels, il faut entendre les soins absolument nécessaires à la garantie de la dignité humaine, faute desquels l'état de santé des personnes concernées se dégraderait très rapidement au point de conduire d'une manière certaine à la mise en danger concrète de sa vie ou à une atteinte sérieuse, durable, et notablement plus grave de son intégrité physique (ATAF E-5526/2006 du 9 juillet 2009 consid. 7.2, ainsi que les références citées).

5.2 En l'espèce, le recourant souffre d'un épisode dépressif sévère avec une idéation suicidaire active. Avant sa venue en Suisse, il n'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux sur le plan psychiatrique (cf. rapport médical du 11 septembre 2015). Selon les rapports médicaux versés au dossier, ses symptômes dépressifs sont apparus vers 2015, soit peu après l'annonce de son renvoi de Suisse avec sa famille. Son état s'est ensuite dégradé consécutivement aux autres décisions négatives dont sa demande d'asile a encore fait l'objet. Le 5 novembre 2015, l'intervention de la police, venue l'interpeller pour procéder à son rapatriement, a ainsi entraîné son hospitalisation jusqu'au 22 décembre suivant après qu'il eut brisé une vitre et tenté de se défenestrer (ou tenté de s'automutiler avec un bris de vitre [cf. rapport de police du 9 novembre 2015]). Il a ensuite été réhospitalisé le 1^{er} janvier 2016 à la suite d'un nouveau tentamen. Sa situation s'étant stabilisée au bout d'une quinzaine, un projet de sortie a alors été mis en place avec reprise de son suivi ambulatoire. Selon le dernier diagnostic posé, son état reste globalement superposable aux éléments précédemment décrits dans les rapports du 11 septembre 2015 et du 13 janvier 2016. Il présente ainsi toujours une symptomatologie anxio-dépressive ; actuellement il ne verbalise pas d'idéations suicidaires actives, mais selon les praticiens, il demeure à risque d'un passage à l'acte suicidaire sur un mode impulsif (cf. certificat médical du 7 mars 2016). Le traitement prodigué consiste en un suivi psychiatrique régulier incluant des

entretiens médicaux (mensuels) et infirmiers (hebdomadaires), des entretiens de couple et un traitement médicamenteux remis de manière hebdomadaire.

5.3 Au vu de ces développements, le Tribunal ne saurait minimiser l'état de l'intéressé. Cela dit, il considère que ses affections ne font pas obstacle à l'exécution de son renvoi au regard des traitements à disposition dans son pays.

5.3.1 En effet, de manière générale, le système de santé publique de la Macédoine est en mesure d'offrir à ses affiliés de bonnes prestations médicales. Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, AIMS Report on Mental Health System in the Former Republic of Macedonia, 2009, p. 10), le traitement des maladies psychiques en Macédoine a lieu à plusieurs niveaux : médecins, puis consultations ambulatoires de neuropsychiatrie, unités de neuropsychiatrie des centres médicaux. Finalement, si besoin est, le patient est adressé à l'une des trois cliniques psychiatriques spécialisées, à la clinique psychiatrique universitaire ou au service neuropsychiatrique de l'hôpital militaire de Skopje (ADRIAN SCHUSTER, OSAR, Macédoine : soins médicaux et assurance-maladie pour handicapés physiques, 23 août 2012, p. 3 s. ; arrêt n. p. du Tribunal E-5943/2013 du 2 décembre 2014 consid. 5.4.1).

Le Tribunal n'ignore certes pas que ces prestations ne sont pas du niveau de celles offertes en Suisse. Le rapport précité de l'OSAR mentionne aussi des critiques faites à l'encontre des institutions psychiatriques, notamment l'existence de traitements inhumains et dégradants. Toutefois, selon plusieurs sources, des efforts ont été entrepris en vue de "désinstitutionnaliser" le traitement et la prise en charge des maladies psychiques, dans le but de remplacer les services psychiatriques classiques des hôpitaux par des offres de prise en charge au niveau communal, auxquelles participe la société civile (Republic of Macedonia Ombudsman, Annual Report 2011, mars 2012, p. 75). Ces offres incluent des foyers de jour, des hébergements temporaires dans des familles d'accueil et de l'habitat accompagné ou en petits groupes (ADRIAN SCHUSTER, OSAR, op. cit, p. 4).

5.3.2 Le système de santé macédonien, est basé sur un régime d'assurance obligatoire administré par un fonds (caisse nationale) d'assurance maladie étendue aux chômeurs, aux sans-abri et aux personnes âgées. Les personnes ayant un faible revenu annuel sont

assurées, même sans preuve de leur statut de chômeur, tandis que les personnes n'ayant pas résidé en Macédoine durant une longue période – tel le recourant – peuvent s'inscrire au fonds d'assurance maladie à leur retour et sont couvertes le jour même ; l'assurance couvre également les traitements psychiatriques (ADRIAN SCHUSTER, OSAR, op. cit., p. 5 s.). En principe, une participation aux frais médicaux est demandée jusqu'à un plafond de 20% (ticket modérateur). Une limite annuelle à la participation aux frais est en outre fixée pour les consultations et soins hospitaliers spécialisés et celle-ci est plus basse pour les familles à faible revenu. En outre, les prestations offertes par cette assurance sont relativement généreuses, celle-ci prenant notamment en charge toutes les prestations médicales de base. Une participation des assurés à leurs frais de santé est avant tout requise pour des soins spécialisés, notamment dans le domaine psychiatrique. Il est toutefois renoncé à de tels versements des patients lors de soins d'urgence ainsi que pour certaines catégories de personnes particulièrement défavorisées (p. ex. personnes au bénéfice de prestations sociales ou séjournant dans des hôpitaux psychiatriques ; cf. arrêt n. p. du Tribunal E-1719/2012 du 6 juin 2013 et la jurisprudence citée). Il peut dès lors être raisonnablement admis qu'en Macédoine, le personnel médical dispose des connaissances professionnelles nécessaires et que les médicaments prescrits au recourant, ou des substituts, peuvent être obtenus.

A ces constatations s'ajoute que l'intéressé pourra compter sur le soutien d'un réseau familial. Il est en effet l'aîné d'une fratrie de quatre enfants et il garde de bons contacts téléphoniques avec ses parents et ses trois frères qui vivent toujours en Macédoine (cf. rapport médical du 11 septembre 2015).

Par ailleurs, il a la possibilité de solliciter un soutien financier destiné à assurer, pour un temps limité (équivalent au délai d'attente séparant le paiement, par l'assurance-maladie, de ses soins et sa réinscription à cette assurance), les soins médicaux nécessaires dans son pays (art. 93 LAsi et art. 73 ss de l'ordonnance 2 du 11 août 1999 sur l'asile relative au financement [OA 2, RS 142.312]).

5.3.3 Au vu de ce qui précède, il y a donc lieu d'admettre qu'en cas de renvoi en Macédoine, il sera possible pour l'intéressé d'y recevoir les médicaments qui lui ont été prescrits en Suisse et de bénéficier de la prise en charge médicale et des soins nécessités par son état. Il ne peut ainsi se prévaloir d'une nécessité impérieuse de rester en Suisse pour se faire

soigner. En effet, il n'a pas établi que son retour aurait pour conséquence de provoquer une dégradation rapide de son état de santé ou de mettre en danger sa vie, compte tenu des structures médicales dont dispose la Macédoine, même si celles-ci ne correspondent pas, comme il a été dit plus haut, nécessairement au standard de qualité existant en Suisse. En outre, il ne ressort pas du dossier que son état l'empêcherait de voyager.

6.

6.1 Non sans pertinence, le SEM a relevé que la dégradation de l'état psychique du recourant, signalée par les médecins en septembre 2015 et en novembre suivant était manifestement en lien avec le prononcé de l'exécution de son renvoi de Suisse et les tentatives de l'autorité cantonale compétente de procéder à son rapatriement. Les rapports établis par les hôpitaux où l'intéressé a séjourné retiennent en effet que la péjoration de ses symptômes anxio-dépressifs et l'état anxieux important qu'il a développé depuis l'intervention de la police en mai 2015 sont liés, comme déjà dit, aux décisions négatives successives dont sa demande d'asile a fait l'objet. Selon ce qui figure dans le rapport du 1^{er} janvier 2016, au moment de son hospitalisation en novembre 2015, lui-même aurait aussi dit qu'«il se tuerait si la police venait le chercher pour l'expulser».

6.2 A nouveau, le Tribunal n'entend pas sous-estimer les appréhensions que le recourant peut ressentir à l'idée de regagner son pays vu les espoirs qu'il avait placés dans un traitement dispensé en Suisse à sa fille à long terme. Il n'en reste pas moins que, comme le SEM, encore, l'a fait remarquer à bon escient, l'on ne saurait de manière générale prolonger indéfiniment le séjour d'une personne au seul motif que la perspective d'un retour exacerbe un état psychologique perturbé. Le Tribunal est conscient de la dégradation de l'état psychique de l'intéressé consécutive aux décisions négatives dont sa demande d'asile a fait l'objet et au stress lié à un renvoi après quatre années passées en Suisse. Il considère néanmoins qu'il appartiendra à ses thérapeutes de le préparer à la perspective d'un retour et aux autorités d'exécution de vérifier le besoin de mesures particulières que requerrait son état lors de l'organisation du renvoi.

6.3 Enfin, il y a lieu de rappeler que les troubles de nature suicidaire sont couramment observés chez les personnes confrontées à l'imminence d'un renvoi ou devant faire face à l'incertitude de leur statut en Suisse (cf. arrêt du Tribunal C-5384/2009 du 8 juillet 2010, consid. 5.6 et réf. cit.). Cela dit, selon la pratique du Tribunal, ni une tentative de suicide ni des tendances

suicidaires ("suicidalité") ne s'opposent en soi à l'exécution du renvoi, y compris au niveau de son exigibilité (cf. arrêt n. p. du Tribunal E-2693/2016 consid. 4.3 § 4), seule une mise en danger présentant des formes concrètes devant être prise en considération. Dans l'hypothèse où les tendances suicidaires s'accroîtraient lors de l'exécution forcée, les autorités devraient y remédier au moyen de mesures adéquates, de façon à exclure un danger concret de dommages à la santé (cf. arrêt du TAF E-1302/2011 du 2 avril 2012 consid. 6.2 et 6.3.2). Dans ce cadre, il peut être redit que l'intéressé pourra solliciter du SEM, en cas de besoin, une aide au retour pour motifs médicaux (cf. ch. 5.3.2).

7.

Au vu de ce qui précède, l'exécution du renvoi du recourant demeure licite et raisonnablement exigible (cf art. 83 al. 3 et 4 LEtr).

8.

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

9.

Au vu de l'issue de la cause, il y a lieu de mettre les frais de procédure à la charge du recourant, conformément aux art. 63 al. 1 PA et 2 et 3 let. b du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2).

(dispositif : page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure, d'un montant de 600 francs, sont mis à la charge du recourant.

3.

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

Le président du collège :

Le greffier :

William Waeber

Jean-Claude Barras

Expédition :