



Arrêt du 26 mars 2015

Composition

Emilia Antonioni Luftensteiner (présidente du collège),
Yanick Felley, Daniel Willisegger, juges,
Sophie Berset, greffière.

Parties

A. _____, né le (...),
Nigéria,
représenté par (...),
Service d'Aide Juridique aux Exilé-e-s (SAJE),
(...),
recourant,

contre

Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM ;
anciennement 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 6 juin 2014 /
N (...).

Faits :**A.**

A.a Le requérant a demandé l'asile en Suisse, le 21 octobre 2007. Il a déclaré être ressortissant nigérian, d'ethnie (...) et de confession (...). Il a affirmé avoir vécu depuis sa naissance dans le village de B._____, sis dans l'Etat fédéré de C._____. A l'appui de sa demande, il a allégué que son père officiait avec les esprits et se livrait notamment à des sacrifices humains. Après le décès de son père, le fantôme de celui-ci aurait exigé de l'intéressé qu'il procédât à son tour à des sacrifices humains, faute de quoi il mourrait. Le requérant aurait alors quitté le Nigéria, le 20 octobre 2007.

A.b Par décision du 16 mai 2008, l'ODM, faisant application de l'ancien art. 32 al. 2 let. c LAsi (RS 142.31), n'est pas entré en matière sur la demande d'asile de l'intéressé. L'office a considéré que celui-ci avait gravement violé son obligation légale de collaborer en donnant une identité et une nationalité différentes de celles indiquées lors de son interception à un poste-frontière suisse, le (...) 2006.

A.c Par arrêt du 6 août 2008 (réf. E-3432/2008), le Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal) a admis le recours interjeté par l'intéressé en date du 26 mai 2008 et a renvoyé le dossier à l'ODM pour nouvelle décision au fond. Le Tribunal a considéré l'absence d'une infraction grave à l'obligation de collaborer au sens de l'ancien art. 32 al. 2 let. c LAsi, ce manquement pouvant toutefois, à certaines conditions, constituer une violation de l'obligation de collaborer sous l'angle de l'art. 8 LAsi, dont il pourrait être tenu compte lors de l'examen de la vraisemblance selon l'art. 7 LAsi.

Durant cette procédure de recours, l'intéressé a produit un rapport médical établi le 11 juin 2008, duquel il ressort qu'il souffre d'épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotiques (CIM 10, F32.2). Depuis le 1er avril 2008, il a bénéficié de consultations pédopsychiatriques bimensuelles et d'une médication antidépressive qui devaient se prolonger au moins jusqu'à la fin du mois de septembre 2008. En cas d'arrêt du traitement, une aggravation de l'état dépressif ainsi qu'une éventuelle apparition d'une "suicidalité" franche étaient à craindre.

B.

B.a Par décision du 7 octobre 2008, l'ODM a rejeté la demande d'asile de l'intéressé du 21 octobre 2007, jugeant ses allégués invraisemblables dans la mesure où il avait failli à son devoir de collaborer à l'établissement des faits. Il a ordonné le renvoi du recourant et prononcé l'exécution de cette mesure, estimant notamment que les épisodes dépressifs sévères dont souffrait celui-ci ne faisaient pas obstacle à son retour au Nigeria, ces affections pouvant être soignées dans le cadre familial ou, pour les cas les plus graves, être traitées dans les principaux hôpitaux des grandes villes de ce pays.

B.b L'intéressé a recouru, le 10 novembre 2008, et a conclu au prononcé d'une admission provisoire, contestant le caractère raisonnablement exigible de l'exécution du renvoi, compte tenu de sa minorité et de ses importants problèmes de santé.

Durant cette procédure de recours, l'intéressé a produit un rapport médical établi le 19 août 2010 par un chef de clinique et un médecin assistant. Il ressort de ce document que l'intéressé souffre d'une hypertrophie ventriculaire gauche du coeur, vraisemblablement sur hypertension artérielle. Il pâtit également de céphalées en grappe probables, ainsi que de sinusite chronique possible et présente une suspicion de trouble psychotique. Le recourant devra probablement suivre un traitement antihypertenseur et antipsychotique (antalgie simple). En l'absence de consultation ou de médication, l'hypertrophie ventriculaire et la symptomatologie psychiatrique sont susceptibles de dégradation. Les spécialistes consultés ont estimé que le patient était inapte à voyager et ont préconisé un bilan cardiaque et psychiatrique permettant une évaluation de son état de santé.

B.c Le Tribunal a rejeté le recours susmentionné, par arrêt du 22 novembre 2010 (réf. E-7122/2008). S'agissant de l'exigibilité de l'exécution du renvoi, il a considéré qu'il n'y avait pas de raison de penser qu'en cas de retour au Nigeria, l'état de santé du recourant se dégraderait très rapidement, au point de conduire, d'une manière certaine, à la mise en danger concrète de son intégrité physique ou psychique, même à admettre qu'il ne disposerait d'aucune possibilité de traitement dans ce pays. Le Tribunal a observé que le recourant ne prenait plus d'antidépresseur et qu'aucune thérapie lourde, notamment chirurgicale (s'agissant de l'hypertrophie ventriculaire), n'était envisagée et a relevé que l'hypertension artérielle du patient, probablement à l'origine de l'hypertrophie ventriculaire, était relativement légère. Les céphalées et sinusite mentionnées semblaient être de gravité restreinte, voire

faible, dans la mesure où ces pathologies étaient qualifiées de probables, respectivement possibles. Il en allait de même du trouble psychotique, qui n'était qu'une suspicion.

Le Tribunal a ajouté qu'au vu de la violation de l'obligation de collaborer retenue à juste titre par l'ODM, il ne lui appartenait pas de vérifier plus avant si les problèmes de santé invoqués étaient de nature à exposer le recourant à un danger concret selon l'art. 83 al. 4 LETr (RS 142.20).

C.

Le 29 avril 2014, le recourant a demandé à l'ODM de réexaminer la décision d'exécution du renvoi prononcée à son encontre, invoquant la péjoration de son état de santé sur le plan tant psychique que physique. Il a produit un rapport médical daté du 28 mars 2014 établi par la Fondation D._____, (...). Il ressort de ce document que le recourant est atteint de schizophrénie indifférenciée (CIM 10, F20.0), qu'il a été suivi à l'Hôpital de D._____ du 17 septembre 2013 au 10 février 2014 et qu'il bénéficie d'un traitement ambulatoire depuis le 12 février 2014. L'hypertension artérielle a pour conséquence l'apparition d'une cardiomyopathie ; il est suivi par E._____ et des examens sont en cours. Le recourant s'est vu prescrire une médication pour ses maux somatiques et psychiatriques. Il a déposé la copie d'une décision d'attribution d'une curatelle provisoire prononcée le (...) par (...)

D.

Par décision du 6 juin 2014, l'ODM a rejeté la demande de réexamen susmentionnée. Il a estimé que l'hypertension artérielle avait déjà été examinée par le Tribunal dans son arrêt E-7122/2008 précité. S'agissant de la schizophrénie, il a considéré que le recourant avait de bonnes chances de rémission, vu son âge et son pays d'origine. L'office fédéral a relevé que le recourant avait émis le vœu de rentrer en Afrique et a estimé que l'intéressé pourrait être suivi au Nigéria, pays doté d'infrastructures médicales de bon niveau, avec des hôpitaux universitaires et des cliniques privées.

E.

L'intéressé a interjeté recours contre la décision précitée, le 4 juillet 2014. Se référant à la jurisprudence du Tribunal, le recourant a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au prononcé d'une admission provisoire pour cause d'inexigibilité de l'exécution du renvoi. Il a invoqué ses graves problèmes de santé, sa présence en Suisse depuis 2007, son manque de formation, ainsi que l'absence de réseau social et familial au Nigéria. Il a demandé l'effet suspensif et l'assistance judiciaire partielle.

F.

Par décision incidente du 7 juillet 2014, le juge instructeur a suspendu provisoirement l'exécution du renvoi du recourant. L'effet suspensif a été octroyé, par décision incidente du 10 juillet suivant, et le Tribunal a renoncé à percevoir une avance de frais.

G.

Sur demande du Tribunal, le recourant a produit les documents médicaux détaillés suivants, par courrier du 11 août 2014 :

- une anamnèse effectuée par la Polyclinique (...), le 3 décembre 2007,
- deux résultats d'examens effectués au Service de cardiologie de E._____, le 15 décembre 2010 et le 11 juin 2013,
- un rapport du 12 juin 2013 émanant du Service des urgences de E._____, attestant que le recourant y avait séjourné la veille en raison d'une suspicion d'infarctus,
- un rapport du 21 août 2013 de la consultation de cardiologie ambulatoire de E._____ relatif à l'examen et à l'hospitalisation du 11 juin 2013,
- un extrait de son dossier médical de E._____, tenu entre le 26 octobre 2011 et le 18 février 2014, sur 57 pages,
- un rapport de la Fondation D._____ du 13 février 2014,
- un rapport du 13 juin 2014 de la Fondation susmentionnée concernant l'hospitalisation du recourant à la clinique de D._____ du 17 septembre 2013 au 10 février 2014,
- une communication du 22 avril 2014 et une décision négative de l'Office de l'Assurance-invalidité du 1^{er} juillet 2014,
- un document attestant du suivi psychiatrique du recourant à la Polyclinique de F._____, rédigé par le Dr G._____ en date du 23 juillet 2014, qui a diagnostiqué une schizophrénie paranoïde (CIM 10, F 20.0) chez son patient, et
- deux attestations du Dr G._____ du 23 juillet 2014 au sujet de la fréquence des injections de neuroleptiques administrées par l'infirmier H._____ au recourant.

H.

Dans sa réponse du 2 septembre 2014, l'ODM a estimé s'être déjà prononcé sur la schizophrénie invoquée et que la tension artérielle du recourant était dans les normes. Il a rappelé que la violation par le recourant de son devoir de collaborer empêchait l'autorité d'examiner l'existence d'éventuels obstacles à l'exécution de son renvoi.

I.

Par décision incidente du 8 septembre 2014, le Tribunal a admis la demande d'assistance judiciaire partielle.

J.

Dans sa réplique du 23 septembre 2014, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a admis que l'hypertension alléguée ne constituait pas un obstacle à l'exécution du renvoi. En revanche, il a fait valoir que la schizophrénie dont il souffrait s'était aggravée, que son pays d'origine n'offrait pas de suivi adéquat et qu'un traitement médicamenteux s'avérerait onéreux. Il a invoqué l'absence de tout réseau familial et social au Nigéria, qui lui permettrait de se réinstaller et d'être assisté dans son quotidien. Il a réitéré qu'il n'avait pas violé son obligation de collaborer et a allégué avoir produit tous les documents médicaux nécessaires à l'examen d'obstacles à l'exécution de son renvoi.

K.

En date du 24 février 2015, le Tribunal a imparti au recourant un délai échéant au 11 mars suivant pour produire un rapport médical actualisé et détaillé de son état de santé psychique et de son traitement. L'intéressé n'a pas donné suite à cette requête.

L.

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

Droit :**1.**

1.1 En vertu de l'art. 31 LTAF (RS 173.32), le Tribunal connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 PA (RS 172.021). En particulier, les décisions sur réexamen rendues par l'ODM en matière d'asile et de renvoi - lesquelles n'entrent pas dans le champ d'exclusion de l'art. 32 LTAF - peuvent être contestées devant le Tribunal conformément à l'art. 33 let. d LTAF (à laquelle renvoie l'art. 105 LAsi). Le Tribunal est donc compétent pour connaître du présent litige. Il statue de manière définitive, en l'absence d'une demande d'extradition déposée par l'Etat dont le recourant cherche à se protéger (cf. art. 83 let. d ch. 1 LTF [RS 173.110]).

1.2 La procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que ni la LTAF ni la LAsi n'en disposent autrement (cf. art. 37 LTAF et art. 6 LAsi).

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

2.

2.1 La demande d'adaptation, qui tend en l'espèce à faire constater l'inexigibilité de l'exécution du renvoi au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr, a été expédiée à l'ODM le 29 avril 2014. L'art. 111b LAsi trouve donc application (cf. Message du Conseil fédéral du 26 mai 2010 concernant la modification de la loi sur l'asile, FF 2010 4035, spéc. p. 4054 et 4086).

2.2 Selon cette disposition légale, la demande de réexamen doit être dûment motivée et déposée par écrit auprès du SEM dans les 30 jours qui suivent la découverte du motif de réexamen.

2.3 La question de savoir si la demande de réexamen a été déposée dans le délai de 30 jours prévu à l'art. 111b al. 1 première phrase LAsi relève de la recevabilité (au contraire de celle de savoir si le requérant a tardé à découvrir le motif de réexamen invoqué qui, elle, relève du fond ; cf. Message du Conseil fédéral du 26 mai 2010 concernant la modification de la loi sur l'asile, FF 2010 4035, 4085 ; voir également mutatis mutandis, arrêt du Tribunal fédéral 4A_688/2012 et 4A_126/2013 du 9 octobre 2013 consid. 4.3).

En l'occurrence, la demande ne comporte aucune indication quant au respect du délai prévu à l'art. 111*b* al. 1 première phrase LAsi. Cette demande s'appuie expressément sur le seul moyen de preuve fourni, c'est-à-dire le nouveau rapport médical daté du 28 mars 2014.

Force est toutefois de constater que le moyen de preuve précité est en tous termes identique à un rapport médical précédent, daté du 13 février 2014. Il convient de relever que seuls le dernier paragraphe de la page 3 et l'unique paragraphe de la page 4 du rapport du 28 mars 2014 diffèrent de celui du 13 février 2014. Cependant, ces deux paragraphes ne sont pas déterminants *in casu*, puisqu'ils traitent de l'insertion professionnelle du recourant, un élément qui ne saurait être invoqué comme constituant un obstacle à l'exécution du renvoi devant l'autorité de céans. Il en découle que l'auteur du rapport du 13 février 2014 avait déjà diagnostiqué que le recourant souffrait de schizophrénie.

En tout état de cause, le présent recours apparaît mal fondé pour les motifs qui suivent.

3.

3.1 En l'occurrence, il s'agit d'examiner si c'est à bon droit que l'ODM a rejeté la demande de réexamen, dans la mesure où elle était recevable.

3.2 Conformément à la jurisprudence, la demande d'adaptation tend à faire adapter par l'ODM sa décision parce que, depuis le prononcé par le Tribunal de son arrêt au fond sur recours, s'est créée une situation nouvelle dans les faits ou exceptionnellement sur le plan juridique, qui constitue une modification notable des circonstances (cf. ATAF 2010/27 consid. 2.1, 2.1.1 et réf. cit.).

3.3 En l'espèce, lors de la procédure ordinaire close par l'arrêt E-7122/2008 du 22 novembre 2010, le recourant avait allégué être atteint de troubles psychiques. Il ressort de la procédure de première instance que l'intéressé souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM 10, F32.2) et qu'il a bénéficié, depuis le 1^{er} avril 2008, de consultations pédopsychiatriques bimensuelles et d'une médication anti-dépressive, et ce *a priori* jusqu'à fin septembre 2008 (cf. let. A.c supra, rapport médical du 11 juin 2008). Par la suite, en août 2010, un médecin de l._____ a diagnostiqué chez le recourant une hypertrophie ventriculaire, une probable céphalée "en grappe", une sinusite chronique possible, ainsi qu'un potentiel trouble psychique. Le patient devait consulter une fois

par semaine et faire l'objet d'investigations sur les plans cardiologique et psychiatrique. Il ne prenait aucun remède et semblait donc avoir mis un terme à la médication antidépressive préconisée par l'auteur du rapport du 11 juin 2008 précité (cf. rapport médical du 19 août 2010 classé dans le dossier du SEM).

3.4 A l'appui de sa demande d'adaptation du 29 avril 2014, le recourant a invoqué une dégradation de son état de santé psychique. Il a produit un rapport médical du 28 mars 2014 émanant d'un spécialiste auprès d'une polyclinique psychiatrique, établissant qu'il était atteint de schizophrénie paranoïde (CIM 10, F 20.0).

3.5 Partant, en tenant compte de la maladie dont souffre désormais le recourant sur le plan psychiatrique, il faut admettre que son état de santé s'est dégradé depuis l'arrêt du Tribunal E-7122/2008 du 22 novembre 2010.

3.6 Dès lors, le Tribunal examine ci-après si la péjoration de l'état de santé de l'intéressé constitue un fait nouveau déterminant depuis la clôture de la procédure ordinaire où le renvoi avait été déclaré exigible par arrêt du 22 novembre 2010.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 83 al. 4 LETr, l'exécution de la décision peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi ou l'expulsion de l'étranger dans son pays d'origine ou de provenance le met concrètement en danger, par exemple en cas de nécessité médicale.

4.2 S'agissant particulièrement des personnes en traitement médical en Suisse, l'exécution du renvoi ne devient inexigible, selon l'art. 83 al. 4 LETr, que dans la mesure où elles ne pourraient plus recevoir les soins essentiels garantissant des conditions minimales d'existence. Par soins essentiels, il faut entendre les soins de médecine générale et d'urgence absolument nécessaires à la garantie de la dignité humaine. La règle légale précitée est une disposition exceptionnelle tenant en échec une décision d'exécution du renvoi et ne saurait 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 suisse. Ainsi, l'art. 83 al. 4 LETr ne fait pas obligation à la Suisse de pallier

les disparités entre son système de soins et celui du pays d'origine du requérant en fournissant des soins de santé gratuits et illimités à tous les étrangers dépourvus du droit de demeurer sur son territoire. En revanche, si, en raison de l'absence de possibilités de traitement effectives dans le pays d'origine, l'état de santé de la personne concernée se dégradait très rapidement, au point de conduire, d'une manière certaine, à la mise en danger concrète de son intégrité physique ou psychique, ledit article peut trouver application (sur l'ensemble de ces questions, ATAF 2009/2 consid. 9.3.2 p. 21).

4.3 Ce qui compte ce sont, d'une part, la gravité de l'état de santé et, d'autre part, l'accès à des soins essentiels.

Ainsi, l'exécution du renvoi demeure raisonnablement exigible si les troubles physiologiques ou psychiques ne peuvent être qualifiés de graves, à savoir s'ils ne sont pas tels que, en l'absence de possibilités de traitement adéquat, l'état de santé de l'intéressé 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.

De même, l'exécution du renvoi est raisonnablement exigible si l'accès à des soins essentiels, au sens défini ci-dessus, est assuré dans le pays d'origine ou de provenance. Il pourra s'agir, cas échéant, de soins alternatifs à ceux prodigués en Suisse, qui – tout en correspondant aux standards du pays d'origine – sont adéquats à l'état de santé de l'intéressé, fussent-ils d'un niveau de qualité, d'une efficacité de terrain (ou clinique) et d'une utilité (pour la qualité de vie) moindres que ceux disponibles en Suisse ; en particulier, des traitements médicamenteux (par exemple constitués de génériques) d'une génération plus ancienne et moins efficaces, peuvent, selon les circonstances, être considérés comme adéquats.

4.4 En l'espèce, le recourant souffre de schizophrénie paranoïde (CIM 10, F 20.0). Il bénéficie d'une psychothérapie à raison d'une séance mensuelle environ et son traitement médicamenteux est composé d'injections intramusculaires de Clopixon 400mg tous les quinze jours. A cela s'ajoute une prescription de Valium, de Kemadrin (selon le Compendium Suisse, "améliore l'humeur et le bien-être général, agit favorablement sur la fatigue et les états dépressifs qui en résultent") et d'Imovane (contre les troubles du sommeil).

Le spécialiste estime que la prise de Clopixol est un traitement à long terme, voire à vie. L'état du recourant est actuellement stabilisé et il n'a pas allégué avoir eu de nouvelles crises depuis qu'il suit son traitement, depuis maintenant une année. De plus, il est depuis lors capable d'affirmer ne plus vouloir écouter ses hallucinations auditives. Il ne ressort en outre pas du dossier que le recourant aurait verbalisé des idées suicidaires durant son hospitalisation entre mi-septembre 2013 et mi-février 2014 ou ultérieurement, de sorte que les craintes de son précédent médecin à ce sujet ne sont plus d'actualité (cf. let. A.c supra). A ce sujet, il faut rappeler que le recourant n'a pas donné suite à l'ordonnance du Tribunal du 24 février 2015 lui demandant un rapport médical actualisé de son état de santé psychique et du traitement prodigué ; l'intéressé, invité à signaler tout changement dans sa situation ou son suivi médical, n'a rien communiqué. En outre, il ressort du rapport du 13 juin 2014 que les phases de péjoration de l'état psychique sont observées principalement lorsque le recourant refuse la médication ou lors d'un "état de tension psychique important avec des difficultés à supporter la frustration". Le spécialiste précise que le recourant est un consommateur régulier de cannabis, ce qui a un effet néfaste direct sur l'efficacité du traitement neuroleptique. Le pronostic demeure réservé, puisqu'une absence ou une rupture du traitement comporterait un risque important de décompensation psychotique, "notamment sous forme de délire de persécution et une agitation psychomotrice". Le spécialiste ajoute que des gestes de violence auto- et hétéro-agressifs ne seraient pas exclus en cas de rupture du traitement.

Le Tribunal considère que, la consommation intentionnelle et régulière de cannabis par le recourant ayant des répercussions négatives sur le traitement de la schizophrénie dont il souffre, cette affection ne constitue pas une situation de nécessité médicale au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr de nature à faire obstacle à l'exécution du renvoi (cf. arrêt du Tribunal D-5708/2010 du 22 août 2012 consid. 4.5.3).

4.5 S'agissant des possibilités de traitement au Nigéria, le Tribunal retient que toutes les maladies psychiques peuvent être traitées dans les hôpitaux gouvernementaux sis dans plusieurs grandes villes du Nigéria. Il existe trente-cinq hôpitaux psychiatriques ou département de psychiatrie, dont huit hôpitaux neuropsychiatriques fédéraux et six cliniques gérées par les Etats fédéraux, spécialisées dans le traitement des maladies psychiatriques, dont la schizophrénie. Quelques cliniques privées sont également spécialisées dans les traitements psychiatriques. En particulier, l'hôpital fédéral de neuropsychiatrie de Uselu (Benin City) se constitue de deux com-

plexes totalisant 350 lits. Malgré un manque de spécialistes, les professionnels qui exercent au Nigéria sont, en principe, suffisamment qualifiés et formés. S'agissant de l'accès aux soins, il faut préciser que les traitements dans certains hôpitaux gouvernementaux sont gratuits, alors que les médicaments sont à la charge des patients. Des solutions peuvent toutefois être trouvées lorsque le patient n'a pas suffisamment de moyens financiers par le biais d'une "Social Welfare Unit", d'un arrangement avec l'hôpital ou d'une "association des amis de l'hôpital". (cf. UK Home Office and Danish Immigration Service, Report of Joint British-Danish Fact-Finding Mission to Lagos and Abuja, Nigeria, 9-27 September 2007 and 5-12 January 2008, 28 octobre 2010, p. 44-45 ; Organisation suisse d'aide aux réfugiés [OSAR], ALEXANDRA GEISER, Nigeria: Behandlung von Schizophrenie, Asthma bronchiale und Hepatitis B, 18 janvier 2010, p. 2 ; OSAR, RAHEL ZÜRRER, Nigéria: soins psychiatriques, 22 janvier 2014, ch. 2, p. 2 ; Home office, Nigeria – Country of Origin Information [COI], report, 14 juin 2013, reissued on 3 February 2014, 26.38, p. 220 ; Federal Neuro-Psychiatric Hospital, Benin City, Admission, <http://psychospitaluselu.com/wp/>, consulté le 17 janvier 2013). En outre, la schizophrénie constitue la maladie mentale la plus fréquente au Nigéria et se traite par voie médicamenteuse (OSAR, rapport du 18 janvier 2010, p. 2 ; cf. arrêt du Tribunal E-2242/2014 du 1^{er} juillet 2014 consid. 3.5.6). Les médicaments psychotropes sont disponibles au Nigéria et dans la majorité des cas, à un coût abordable. Des médicaments antidépresseurs sont au surplus disponibles et abordables (cf. notamment OSAR, ALEXANDRA GEISER, "Nigeria" : Behandlung von PTSD, Auskunft der SFH-Länderanalyse", 9 novembre 2006 ; cf. également arrêt du Tribunal D-5258/2009 du 12 novembre 2009 consid. 6.3.3.4).

4.6 En l'occurrence, tant l'ODM dans sa décision du 7 octobre 2008, que l'autorité de céans dans son arrêt E-7122/2008 du 22 novembre 2010, ont retenu que le recourant avait violé son obligation de collaborer à l'établissement des faits au sens de l'art. 8 al. 1 LAsi. Ils ont considéré que les allégations de l'intéressé au sujet de son domicile au Nigéria et de l'absence de réseau familial et social étaient invraisemblables. Le Tribunal ne peut donc pas exclure que le recourant puisse être soutenu, également financièrement, par des membres de sa famille au Nigéria à son retour (cf. arrêt du Tribunal D-5708/2010 précité, consid. 4.5.5). En revanche, le recourant a évoqué à plusieurs reprises devant ses médecins le souhait de retourner en Afrique. Dans ces circonstances, il n'appartient pas au Tribunal de vérifier plus avant si la péjoration de l'état de santé invoquée par le recourant est de nature à l'exposer à un danger concret au sens de l'art.

83 al. 4 LEtr (cf. PATRICK L. KRAUSKOPF/KATRIN EMMENEGGER, in : Waldmann/Weissenberger [éd.], Praxiskommentar VwVG, Zurich/Bâle/Genève 2009, ad art. 13 PA, ch. 61 à 64, p. 309s.).

4.7 Ainsi, au vu du considérant qui précède, le rapport de l'OSAR du 22 janvier 2014, cité à l'appui du recours, qui se contente de mettre en lumière les difficultés que peut rencontrer la population nigériane pour accéder à des soins psychiatriques dans le pays, surtout si elle vit en milieu rural (ch. 1 p. 1 et 2), n'est pas déterminant, le recourant n'ayant pas établi *in casu* vivre en milieu rural au Nigéria.

Le Tribunal considère encore que le renvoi à l'arrêt D-7783/2010 du 13 août 2012 auquel s'est référé le recourant n'est pas non plus pertinent. En effet, dans l'arrêt précité, outre le fait que l'intéressé souffrait notamment de schizophrénie paranoïde sans rémission depuis plusieurs années, ses médecins considéraient qu'il n'était pas apte à voyager, qu'aucun soin n'était disponible dans sa région d'origine – un village sis en zone rurale – et qu'il n'aurait bénéficié d'aucun soutien social ou familial effectif dans une ville plus importante où il aurait éventuellement pu recevoir des soins. Au vu du considérant 4.6 ci-dessus, le Tribunal ne saurait assimiler la situation particulière du recourant à l'état de fait de l'arrêt D-7783/2010.

4.8 Au demeurant, il n'y a pas lieu d'examiner l'hypertension invoquée par le recourant (ni en conséquence les documents médicaux y relatifs), puisqu'il a expressément admis que cette affection ne constituait pas un obstacle à l'exécution du renvoi (cf. sa réplique du 23 septembre 2014, p. 1).

4.9 Enfin, le recourant aura également la possibilité de demander une aide au retour (cf. art. 93 LAsi et 73ss de l'ordonnance 2 du 11 août 1999 sur l'asile relativement au financement [OA 2, RS 142.312]), ainsi que de préparer, avec l'aide de ses médecins, la suite des éventuels traitements qui lui seraient encore nécessaires une fois rentré dans son pays d'origine.

4.10 Partant, l'exécution du renvoi du recourant au Nigéria demeure raisonnablement exigible en l'état.

5.

Il s'ensuit que le recours du 4 juillet 2014 doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision de l'ODM du 6 juin 2014 confirmée.

6.

Dans la mesure où la demande d'assistance judiciaire partielle a été admise par décision incidente du 8 septembre 2014, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 65 al. 1 PA).

(dispositif : page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

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

La présidente du collège :

La greffière :

Emilia Antonioni Luftensteiner

Sophie Berset

Expédition :