



Arrêt du 20 novembre 2015

Composition

Emilia Antonioni Luftensteiner (présidente du collège),
Nina Spälti Giannakitsas, William Waeber, juges,
Thierry Leibzig, greffier.

Parties

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

contre

Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM ;
anciennement Office fédéral des migrations, ODM),
Quellenweg 6, 3003 Berne,
autorité inférieure.

Objet

Renvoi et exécution du renvoi ;
décision de l'ODM du 27 juin 2013 / N (...).

Faits :**A.**

Le 3 janvier 2013, A. _____ (ci-après : le recourant) a déposé une demande d'asile au Centre d'enregistrement et de procédure (ci-après : CEP) de Vallorbe. Il lui a été remis le même jour un document dans lequel l'autorité compétente attirait son attention, d'une part, sur la nécessité de déposer dans les 48 heures ses documents de voyage ou ses pièces d'identité, et, d'autre part, sur l'issue éventuelle de la procédure en l'absence de réponse concrète à cette injonction.

B.

Lors de l'audition sommaire du 28 janvier 2013 et de l'audition sur les motifs d'asile du 27 mai 2013, le recourant a déclaré, en substance, être un ressortissant marocain né dans la ville de Safi, où il aurait passé la majorité de sa vie. Ses frères et sœurs, ainsi que sa mère, vivraient encore au Maroc.

En 1996, il aurait quitté le Maroc pour la Libye, afin d'y chercher du travail. Il y aurait vécu une dizaine d'années, avant de rejoindre clandestinement l'Italie en 2006, où il serait demeuré 6 ans. Le 2 janvier 2013, il aurait pris le train à Milan et aurait gagné la Suisse.

Interrogé sur les raisons de sa venue en Suisse et sur ses motifs d'asile, il a indiqué avoir quitté le Maroc pour des raisons économiques et avoir eu peur pour sa sécurité en Libye. Il a également précisé être venu en Suisse car il ne trouvait pas de travail en Italie et y avait été confronté au racisme. Lors de son audition sur les motifs d'asile du 27 mai 2013, il a affirmé qu'il avait demandé l'asile en Suisse principalement en raison de sa grave maladie, ajoutant qu'il n'aurait pas les moyens de se procurer les médicaments et de se faire soigner dans son pays d'origine.

Malgré les nombreuses sollicitations de l'ODM (actuellement et ci-après : le SEM), l'intéressé n'a déposé aucun document d'identité ni de voyage. Il n'a en outre entrepris aucune démarche en ce sens, bien qu'il ait évoqué, lors de ses auditions, la possibilité de demander le soutien d'amis et de sa famille pour lui envoyer les documents demandés.

C.

Par courrier du 27 mai 2015, suite aux déclarations de l'intéressé lors son

audition sur les motifs d'asile, le SEM a invité ce dernier à lui faire parvenir un rapport médical.

L'intéressé a donné suite à cette demande en produisant un certificat médical daté du (...) 2013, dont il ressort qu'il était suivi au B. _____ pour un diabète de type 2 insulino-requérant de découverte récente et pour des diarrhées chroniques alors en cours d'investigation. Il a également joint une convocation à plusieurs séances (laser, injections et contrôles) à la (...) de C. _____, à D. _____.

D.

Par décision du 27 juin 2013, notifiée le 1^{er} juillet suivant, le SEM n'est pas entré en matière sur la demande d'asile du recourant, en application de l'ancien art. 32 al. 2 let. a LAsi (RS 142.31, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2008), a prononcé son renvoi de Suisse et a ordonné l'exécution de cette mesure.

Le SEM a constaté que le recourant n'avait produit aucun document d'identité ou de voyage et qu'il ne pouvait se prévaloir d'aucune des exceptions prévues à l'art. 32 al. 3 LAsi (dans sa teneur au 1^{er} janvier 2008). Il a en outre considéré que la situation médicale du recourant ne rendait pas son renvoi inexigible, soulignant qu'un traitement contre le diabète était accessible dans toutes les villes du Maroc, dont celles de l'intéressé, et que les difficultés financières invoquées par celui-ci ne constituaient pas un obstacle à l'exécution de son renvoi.

E.

Le 3 juillet 2013, l'intéressé a interjeté recours contre dite décision auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : le Tribunal). Il a fait grief au SEM d'une constatation incomplète de l'état de fait, faisant valoir que l'autorité intimée n'avait pas suffisamment vérifié l'accessibilité d'un traitement au Maroc dans son cas particulier. Il a principalement allégué qu'il n'aurait pas accès aux traitements nécessaires en cas de renvoi dans son pays, en l'absence de ressources financières suffisantes pour prendre en charge les coûts desdits traitements. En conséquence, un retour au Maroc compromettrait gravement son intégrité physique.

Le recourant a conclu à l'annulation de la décision attaquée, en tant qu'elle prononce son renvoi et l'exécution de cette mesure, ainsi qu'au prononcé

d'une admission provisoire. Il a également demandé la dispense du paiement d'une avance de frais, en raison de son indigence.

En annexe à son recours, il a joint des copies du certificat médical du (...) 2013 et de la convocation du (...) 2013 (cf. let. C *supra*). Il a en outre informé le Tribunal qu'un rapport médical circonstancié lui serait transmis dans les meilleurs délais.

F.

Par décision incidente du 10 juillet 2013, le Tribunal a renoncé à percevoir une avance en garantie des frais présumés de la procédure et a invité le recourant à produire des rapports médicaux détaillés sur son état de santé.

G.

Par courrier du 14 août 2013, le recourant a produit un rapport médical daté du (...) 2013. Celui-ci faisait état d'un diabète insulino-requérant, diagnostiqué en janvier 2013, et accompagné de nombreuses complications au niveau neurologique, ophtalmologique et orthopédique. Plusieurs autres affections d'origine indéterminée, dont des diarrhées chroniques, une anémie normocytaire ainsi qu'une asthénie étaient encore en cours d'investigations. Un avis spécialisé en diabétologie avait été demandé par les médecins traitants du recourant pour adapter au mieux le traitement antidiabétique et optimiser le suivi aux vu des diverses complications présentées par l'intéressé. Le rapport soulignait également la nécessité d'un suivi ophtalmologique très rigoureux ainsi que la poursuite des investigations des diarrhées chroniques, notamment par la réalisation d'endoscopies digestives.

H.

Le 21 août 2013, le recourant a fait parvenir au Tribunal une lettre manuscrite dans laquelle il rappelait la gravité de ses affections médicales. Il y faisait à nouveau valoir qu'en cas de retour dans son pays d'origine, il ne serait pas en mesure de couvrir les frais liés à ses traitements et qu'il s'y trouverait dans une situation très précaire, sans possibilité de logement. Il a également joint plusieurs convocations de C._____ et de B._____, attestant qu'il devait bénéficier des consultations et de soins réguliers (injections, contrôles, endoscopies, etc.) auprès de ces deux établissements, en août, septembre et octobre 2013.

I.

Par ordonnance du 17 octobre 2013, constatant que les rendez-vous médicaux du recourant visaient notamment à poursuivre les investigations relatives aux complications de son diabète et à ses diarrhées chroniques, le Tribunal a invité l'intéressé à actualiser sa situation médicale et à présenter les résultats de ses consultations des mois précédents.

J.

Le 20 novembre 2013, le recourant a fait parvenir au Tribunal deux nouveaux rapports médicaux le concernant, datés du (...) et du (...) 2013. Selon ces documents, l'intéressé a présenté une intolérance à son traitement antidiabétique originel, à base de metformine ; celui-ci a été remplacé en octobre 2013 par de l'insuline de longue durée d'action (Lantus). Avec ce nouveau traitement, l'équilibre glycémique s'est avéré difficile à obtenir, nécessitant un suivi toutes les 1 à 2 semaines par une infirmière en diabétologie, avec un avis régulier de médecins spécialistes. Ce suivi intensif a finalement permis de régulariser les glycémies du recourant. S'agissant de ses complications, celles-ci nécessitaient toujours un suivi régulier par un médecin de premier recours, un spécialiste en diabétologie, un ophtalmologue ainsi qu'un podologue. Enfin, le rapport mentionne une perte pondérale de 10kg chez le recourant, stabilisée à 52kg, ainsi que des diarrhées chroniques, une anémie normocytaire et une asthénie d'origine multifactorielle en cours d'investigations.

K.

Invité par ordonnance du 12 décembre 2014 à mettre une nouvelle fois à jour sa situation médicale, le recourant a produit, par courrier du 9 janvier 2015, de nombreux documents médicaux et résultats de ses consultations des mois précédents. Un rapport médical du (...) 2015, établi par D._____, résume l'état de santé du recourant et les résultats des investigations entreprises jusque-là. Il en ressort en substance que l'intéressé souffre principalement d'un diabète insulino-requérant accompagné de nombreuses complications (hypotension orthostatique, gastroparésie sur neuropathie digestive, polyneuropathie périphérique avec lésions hyperkératosiques aux pieds, neuropathie diabétique avec micro-albuminurie, rétinopathie diabétique non proliférative sévère). Selon ses médecins, les glycémies de l'intéressé restent difficiles à stabiliser en dépit des nombreuses adaptations de traitements. Le recourant présente en outre une asthénie associée à des épisodes de lipothymies, ainsi que

des diarrhées chroniques quotidiennes, d'origine multifactorielle. Le rapport fait également mention d'autres affections somatiques (épigastralgies, anémie normocytaire, hypertension artérielle, acouphènes, dermite) et psychiques (possible trouble dépressif). Selon les médecins du recourant, celui-ci nécessite des prises en charges dans différents services (ophtalmologique, médecine générale, diabétologie, urologie, gastro-entérologie, psychiatrie, etc.). En l'absence de traitements adéquats, le pronostic vital du recourant pourrait être rapidement mis en jeu et ses complications pourraient s'aggraver de manière sévère (cécité, insuffisance rénale sévère, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, amputation, etc.). En cas de décompensation des diarrhées chroniques, le pronostic vital pourrait également être engagé. Enfin, les médecins font état d'un risque de décompensation psychique, avec possible émergence d'idées suicidaires. Le pronostic avec traitements décrit une stabilisation, ou à tout le moins un ralentissement des complications du diabète et une amélioration des diarrhées, pour autant qu'une étiologie curable puisse être identifiée. Les médecins concluent leur rapport en indiquant que "la mise en suspens du suivi actuellement entrepris (y compris possibilité d'un suivi régulier par des médecins spécialistes et accès aux techniques complémentaires nécessaires au suivi des comorbidités, spécifiquement son diabète) est tout-à-fait contre-indiquée".

L.

Invité à se déterminer sur le recours, le SEM en a proposé le rejet, le 29 octobre 2015.

L'autorité de première instance a considéré qu'aucun élément du dossier ne démontrait que l'état de santé de l'intéressé nécessitait impérativement des traitements ne pouvant être poursuivis qu'en Suisse. Il a souligné à ce titre que les médicaments dont il était fait mention dans le rapport médical du (...) 2015 étaient disponibles au Maroc, et plus précisément à Safi, à l'exception du Créon 40'000. S'agissant de ce dernier médicament, le SEM a relevé que celui-ci avait été prescrit à l'intéressé pour un essai à durée indéterminée et que rien n'indiquait qu'il bénéficiait toujours de ce traitement. Le SEM a encore ajouté que les consultations auprès de médecins spécialistes mentionnés dans le rapport médical du (...) 2015 (généralistes, diabétologues, neurologues, gastroentérologues, orthopédistes, ophtalmologues, urologues, psychologues et psychiatres)

étaient également possibles à l'Hôpital Mohamed V, situé à Safi, et qu'il existait également dans cette ville des consultations privées pour la plupart de ces spécialités. S'agissant des coûts des différents traitements de l'intéressé, le SEM a indiqué que, dans la mesure où le recourant alléguait ne pas avoir les moyens financiers suffisants pour se soigner dans son pays d'origine, il pourrait bénéficier au Maroc d'une régime spécialement conçu pour les malades démunis ne disposant pas d'une couverture médicale de base, à savoir le Régime d'assistance médicale (RAMED). Il a enfin précisé que, compte tenu du fait que le traitement du diabète au Maroc représentait "un montant non négligeable", le recourant pourrait également demander une aide au retour médicale en vertu de l'art. 93 LAsi.

M.

Dans sa réplique du 11 novembre 2015, le recourant a fait valoir que si le RAMED permettait certes de recevoir de l'insuline, il fallait parfois attendre entre six mois et une année pour avoir accès à des consultations. Il a ajouté que les spécialistes dans les cliniques privées demandaient beaucoup d'argent, et que sa mère et sa sœur, toutes deux diabétiques, avaient dû vendre leur maison pour couvrir leurs soins. Il a notamment rappelé qu'il était suivi actuellement par 9 spécialistes différents et qu'il prenait 20 comprimés par jour, en sus des injections d'insuline, ainsi qu'une injection spécifique tous les 15 jours pour palier à la destruction de ses globules rouges. Il a également précisé que, selon les dernières analyses, il devrait commencer des séances de dialyse en décembre. Il a allégué qu'il passait actuellement la moitié de sa vie dans les hôpitaux, qu'il avait déjà perdu plus de 70% de sa vision, et qu'un renvoi en Maroc serait pour lui synonyme de "fin du monde".

L'intéressé a joint un certificat médical daté du (...) 2015, établi par la Dre E._____ de l'unité de néphrologie de B._____, dont il ressort qu'outre son diabète "multicompliqué", il souffre également d'une atteinte rénale sévère, d'un syndrome néphrotique difficile à prendre en charge et d'une insuffisance pancréatique exocrine, avec des diarrhées et vomissements quotidiens. Selon l'auteure de ce certificat, la condition de l'intéressé ne lui permet pas à l'heure actuelle de quitter la Suisse. Elle précise en outre que si le traitement de l'intéressé doit déjà être considéré comme "relativement lourd", il risque de le devenir plus encore avec le besoin d'une suppléance rénale. Elle conclut en conséquence que, vu les nombreuses complications liées aux multiples pathologies de l'intéressé et les retentissements sur son

état physique et psychologique, son état de santé risque encore de se dégrader rapidement dans ce contexte.

Par courrier du 16 novembre 2015, le requérant a fait parvenir au Tribunal un nouveau rapport médical, établi par des médecins de D. _____, le (...) 2015. Celui-ci confirme que la fonction rénale de l'intéressé se "dégrade à grande vitesse" et que la prochaine étape thérapeutique pour ce patient est l'hémodialyse, qui va être débutée le plus rapidement possible. Un premier rendez-vous avec le Centre de transplantation de B. _____ a en outre déjà eu lieu. En sus des diagnostics déjà posés dans les documents médicaux précédents, ledit rapport médical pose un nouveau diagnostic d'"insuffisance rénale chronique de stade G IV sur néphropathie mixte diabétique hypertensive", également assortie de complications (syndrome néphrotique sévère, acidose métabolique et anémie). Les médecins précisent qu'au vu des comorbidités du patient, de l'évolution défavorable, ainsi que des traitements invasifs (hémodialyse à raison de plusieurs séances hebdomadaires) qui lui sont rapidement nécessaires, le pronostic vital de l'intéressé semble engagé si le requérant devait retourner dans son pays d'origine. Ils ajoutent que, compte tenu de sa situation financière, il semble "improbable" que l'intéressé pourra bénéficier au Maroc d'un accès aux soins et au suivi néphrologique intensif adéquats, ainsi qu'aux traitements médicamenteux spécifiques dont il a besoin. Les médecins notent également que l'intéressé a été hospitalisé à de multiples reprises durant l'année 2015.

N.

Les autres faits déterminants ressortant du dossier seront examinés, si nécessaire, dans les considérants en droit qui suivent.

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, 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 LTF).

1.2 Le recourant a qualité pour recourir. Présenté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 48 et 52 al. 1 PA et art. 108 al. 2 LAsi).

2.

Le recourant n'a pas recouru contre la décision du SEM en tant qu'elle n'entre pas en matière sur sa demande d'asile, de sorte que, sous cet angle, elle a acquis force de chose décidée (chiffre 1 de son dispositif).

En l'occurrence, la question litigieuse se limite donc au principe du renvoi et à l'exécution de cette mesure vers le Maroc.

3.

3.1 Lorsqu'il rejette la demande d'asile ou qu'il refuse d'entrer en matière à ce sujet, le SEM prononce, en règle générale, le renvoi de Suisse et en ordonne l'exécution ; il tient compte du principe de l'unité de la famille (art. 44 LAsi). Le renvoi ne peut être prononcé, selon l'art. 32 de l'ordonnance 1 du 11 août 1999 sur l'asile relative à la procédure (OA 1, RS 142.311), lorsque le requérant d'asile dispose d'une autorisation de séjour ou d'établissement valable, ou qu'il fait l'objet d'une décision d'extradition ou d'une décision de renvoi conformément à l'art. 121 al. 2 Cst.

3.2 Aucune exception à la règle générale du renvoi n'étant en l'occurrence réalisée, le Tribunal est tenu, de par la loi, de confirmer cette mesure. Le recours, en tant qu'il conclut à l'annulation du principe du renvoi (chiffre 2 du dispositif de la décision attaquée), doit donc être rejeté.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 83 al. 1 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr, RS 142.20) – auquel renvoie l'art. 44 LAsi – le SEM

décide d'admettre provisoirement l'étranger si l'exécution du renvoi n'est pas possible, n'est pas licite ou ne peut être raisonnablement exigée.

4.1 Les trois conditions imposant l'octroi de l'admission provisoire en vertu de l'art. 83 al. 2 à 4 LEtr (impossibilité, illicéité ou inexigibilité de l'exécution du renvoi) sont de nature alternative : il suffit que l'une d'elles soit réalisée pour que le renvoi soit inexécutable (cf. ATAF 2009/51 consid. 5.4).

En l'occurrence, c'est sur la question de l'exigibilité de l'exécution du renvoi (cf. art. 83 al. 4 LEtr) que le Tribunal entend porter son examen.

5.

5.1 L'art. 83 al. 4 LEtr s'applique en premier lieu aux "réfugiés de la violence", soit aux étrangers qui ne remplissent pas les conditions de la qualité de réfugié parce qu'ils ne sont pas personnellement persécutés, mais qui fuient des situations de guerre, de guerre civile ou de violence généralisée, et ensuite aux personnes pour qui un retour reviendrait à les mettre concrètement en danger, notamment parce qu'elles ne pourraient plus recevoir les soins dont elles ont besoin. L'autorité à qui incombe la décision doit donc dans chaque cas confronter les aspects humanitaires liés à la situation dans laquelle se trouverait l'étranger concerné dans son pays après l'exécution du renvoi à l'intérêt public militant en faveur de son éloignement de Suisse (cf. ATAF 2011/50 consid. 8.1-8.3 p. 1002-1004).

L'exécution du renvoi des personnes atteintes dans leur santé 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, 2002, p. 81 s. et 87). L'art. 83 al. 4 LEtr, disposition exceptionnelle tenant en échec une décision d'exécution du renvoi, ne saurait en revanche être interprété comme une norme qui comprendrait un droit de séjour lui-même induit par un droit général d'accès en Suisse à des mesures médicales visant à recouvrer la santé ou la maintenir, au simple motif que l'infrastructure hospitalière et le savoir-faire médical dans le pays d'origine ou de destination de l'intéressé n'atteint pas le standard élevé qu'on trouve en Suisse (cf. ATAF 2011/50 précité consid.

8.3 p. 1008 s. ; ATAF 2009/2 consid. 9.3.2 p. 21 ; cf. également Jurisprudence et informations de la Commission suisse de recours en matière d'asile [JICRA] 2003 n° 24 consid. 5b p. 157 s.).

5.2 En l'occurrence, le Maroc ne connaît pas une situation de guerre, de guerre civile ou de violence généralisée qui permettrait d'emblée, et indépendamment des circonstances du cas d'espèce, de présumer, à propos de tous les ressortissants du pays, l'existence d'une mise en danger concrète au sens de l'art. 83 al. 4 LEtr.

5.3 Cela étant, il convient encore d'examiner si le retour de l'intéressé dans son pays équivaldrait à le mettre concrètement en danger en raison de sa situation personnelle.

En l'espèce, il ressort des nombreux rapports médicaux versés au dossier que l'intéressé souffre principalement d'un diabète insulino-requérant, assorti de nombreuses et sérieuses complications. Il présente également plusieurs autres affections, notamment une atteinte rénale sévère, un syndrome néphrotique difficile à prendre en charge, ainsi qu'une insuffisance pancréatique exocrine, avec des diarrhées et des vomissements quotidiens. Selon les médecins, ses affections sont aiguës et nécessitent impérativement des traitements durables et suivis, sous peine de voir l'état de santé de l'intéressé se péjorer notablement, jusqu'à mettre en jeu son pronostic vital.

5.4 Il incombe donc au Tribunal de déterminer si le recourant peut poursuivre son traitement au Maroc.

5.4.1 Selon les estimations nationales les plus récentes, la prévalence du diabète au Maroc atteint désormais environ 10% pour les personnes âgées de plus de 25 ans. Rapporté à la population nationale du pays, cela représente entre 1,7 et 2 millions de personnes atteintes de cette maladie, la majorité des cas étant enregistrée dans les villes, avec une prépondérance chez les personnes âgées de 55 à 64 ans. Parmi toutes ces personnes, seuls 580'000 diabétiques, dont 260'000 insulino-dépendants, sont pris en charge par le Ministère de la santé, soit à peine 27% du nombre total de diabétiques au Maroc. En outre, plus de 50% des diabétiques marocains continuent à ignorer leur maladie. En raison du nombre des personnes touchées par cette affection chronique et de ses

retombées importantes en termes de coûts pour la société, le Maroc a fait du diabète l'une des priorités de sa Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016. Ces dernières années, plusieurs actions ont ainsi été entreprises par le Ministère de la santé marocain, en collaboration avec ses partenaires (société savante, sociétés civiles, firmes pharmaceutiques). Un programme de dépistage a été mis en place chez les personnes à haut risque (hypertendus, obèses, femmes enceintes, femmes ayant eu un diabète gestationnel, antécédents familiaux), au niveau de tous les centres de santé, à raison de 500'000 personnes par an. Le Ministère de la santé s'est également employé à améliorer la disponibilité des médicaments antidiabétiques ; l'enveloppe budgétaire allouée à l'acquisition des médicaments pour l'année 2013 se montait ainsi à 63 millions de Dirhams (DH) pour l'insuline, et 74 millions pour les antidiabétiques oraux, permettant ainsi couvrir respectivement 99% et 60% des besoins en ces médicaments gratuitement. Il s'est par ailleurs attaché à améliorer la formation des médecins généralistes en matière de prise en charge des diabétiques, afin de palier à l'insuffisance et à l'iniquité de la répartition des endocrinologues à l'échelle nationale (cf. "Diabète au Maroc : Une maladie lourde à porter et qui se propage", Le Mag.ma, 13.11.2013, disponible sur <http://www.lemag.ma/Diabete-au-Maroc-Une-maladie-lourde-a-porter-et-qui-se-propage_a77033.html>, consulté le 16.11.2015). En novembre 2014, les autorités marocaines ont annoncé la mise en place de 23 centres de prise en charge des maladies chroniques (hypertension et diabète) dans les différentes régions du Royaume, permettant aux diabétiques de bénéficier d'examens approfondis (cf. "Diabète : Le Maroc met en place 23 centres de prise en charge", InfoMédiaire, 14.11.2014, disponible sur <<http://www.infomediaire.net/news/maroc/diabete-le-maroc-met-en-place-23-centres-de-prise-en-charge>>, consulté le 16.11.2015). Enfin, récemment, le Ministère de la Santé a décidé de lancer une campagne de sensibilisation organisée en collaboration avec l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) et la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), visant à informer sur le diabète, sa prévention, ses symptômes, sa prise en charge et ses complications (cf. "Lancement de la campagne nationale de sensibilisation sur le diabète", Maroc.ma, 22.06.2015, disponible sur <<http://www.maroc.ma/fr/actualites/lancement-de-la-campagne-nationale-de-sensibilisation-sur-le-diabete>>, consulté le 16.11.2015 ; cf. également informations disponibles sur le site de la Ligue Marocaine de Lutte contre le diabète,

<http://www.lmlcd.com/index.php?option=com_content&view=article&id=213&Itemid=29>, consulté le 16.11.2015).

5.4.2 Dans le secteur public, la prise en charge des diabétiques au Maroc est d'abord assurée par 2'680 établissements de soins de santé primaires (ou "centres de santé"), répartis dans tout le pays. Ceux-ci sont depuis peu complétés par les 23 centres de prise en charge des maladies chroniques (cf. "Le diabète en chiffre", fiche synthétique du Ministère de la santé du Maroc, 22.06.2015, disponible sur <http://www.lmlcd.com/index.php?option=com_content&view=article&id=598>, consulté le 16.11.2015).

Les consultations spécialisées ou nécessitant une technologie sophistiquée sont par contre du ressort des hôpitaux. Le Maroc compte aujourd'hui environ 200 endocrinologues, dont deux-tiers sont actifs dans le secteur privé (cf. "Le diabète en chiffre", fiche synthétique du Ministère de la santé du Maroc, op. cit.). Selon les informations à disposition du Tribunal, les grands hôpitaux publics suivants disposent de services spécialisés en endocrinologie : le Centre hospitalier universitaire Avicenne à Rabat, le Centre hospitalier à Marrakech, le Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd à Casablanca et le Centre hospitalier universitaire à Fès. Des données plus précises concernant la qualité de la prise en charge des personnes souffrant de diabète (et des complications liées à cette maladie) dans ces établissements ne sont toutefois pas disponibles. Un Centre de référence de diabétologie (CRD) existe également à Oujda depuis 2005, avec pour objectif la réduction de la mortalité et des complications liées au diabète. Celui-ci joue avant tout un rôle d'appui spécialisé pour les centres de santé (cf. Geneva Health Forum, Role of Diabetes Reference Centre of Oujda in Managing Patients: Morocco, 2012, disponible sur <<http://ghf.globalhealthforum.net/2011/12/14/role-of-diabetes-reference-center-of-oujda-in-the-management-of-patients-with-diabetes/>>, consulté le 16.11.2015). Enfin, il existe au Maroc plusieurs associations soutenant les personnes atteintes de cette maladie ainsi que la recherche dans ce domaine ; on mentionnera notamment la Ligue Marocaine de Lutte contre le Diabète (cf. <<http://www.lmlcd.com/>>) ou encore la Société marocaine d'endocrinologie, diabétologie et nutrition (cf. <<http://www.smedian.net/>>).

5.4.3 Au vu de ce qui précède, le Tribunal constate que, pour une personne atteinte d'un diabète insulino-requérant, les traitements nécessaires sont en principe disponibles au Maroc (cf. également, dans le même sens, arrêt du Tribunal E-4225/2013 du 30 juillet 2013).

5.4.4 Toutefois, en l'espèce, la situation médicale du recourant ne peut être réduite à son seul diabète.

5.4.4.1 En effet, il ressort des rapports médicaux versés au dossier que l'intéressé présente une situation médicale complexe et spécifique : outre son diabète, il est atteint de nombreuses et sérieuses complications au niveau neurologique, rétinale, ophtalmologique, orthopédique, rénal et pancréatique. Les documents médicaux les plus récents versés au dossier, datés des (...) et (...) novembre 2015, mentionnent, outre le diabète multicompliqué, une atteinte rénale sévère avec des complications graves, dont un syndrome néphrotique "difficile à prendre en charge".

Le recourant souffre par ailleurs de diarrhées chroniques qui ont fait l'objet d'investigations pendant plus de deux ans et qui peuvent engager son pronostic vital en cas de décompensation ; en (...) 2015, les médecins de l'intéressé précisait à ce sujet qu'aucune étiologie curable n'avait encore été identifiée (un traitement à l'essai au Créon 40'000 avait été mis en place début 2015). Le certificat médical du (...) 2015 fait état d'une "insuffisance pancréatique exocrine avec des diarrhées et vomissements quotidiens", sans toutefois donner plus de précisions sur un éventuel traitement. Le rapport médical du (...) 2015 mentionne quant à lui une "gastroparésie sur neuropathie digestive".

Dans leur rapport médical du (...) 2015, les médecins traitants du recourant relèvent en outre que, malgré un traitement antidiabétique entrepris il y a plus de deux ans, les glycémies de l'intéressé demeurent toujours difficiles à stabiliser, ceci en dépit de nombreuses adaptations de traitements et du suivi intensif prodigués par le Service de diabétologie de B._____. L'intéressé présente ainsi des glycémies élevées en fin de journée, alors qu'il a tendance à faire des hypoglycémies le matin, avec notamment plusieurs malaises dans la rue durant ces derniers mois. A cela s'ajoute un contexte psychique dégradé ainsi que plusieurs autres affections en cours d'investigations et d'origine indéterminée (anémie normocytaire, épigastralgies intermittentes, angor de classe II).

Enfin, les documents médicaux les plus récents, datés de (...) 2015, mentionnent que le traitement du requérant, qui doit déjà être considéré comme "relativement lourd", risque de le devenir plus encore avec le besoin d'une suppléance rénale. Selon les médecins, une hémodialyse sera débutée le plus rapidement possible, à raison de plusieurs séances par semaine. Un rendez-vous avec le Centre de transplantation de B._____ a en outre déjà eu lieu.

5.4.4.2 Au-delà du strict traitement de son diabète, le requérant doit donc faire l'objet d'une attention particulière au vu des nombreuses autres affections qu'il présente et qui compliquent le traitement. Celles-ci nécessitent un contrôle continu et un suivi adapté, dans différents services spécialisés, ainsi qu'un accès à des techniques de pointe et à des traitements dits "invasifs". Les médecins du requérant ont souligné qu'en cas d'interruption, même brève, de ses traitements, il existait un risque élevé d'aggravation de ses complications et, surtout, de mise en jeu rapide de son pronostic vital. Dans leurs certificats médicaux établis au mois de (...) 2015, les médecins concluent que la condition de l'intéressé "ne lui permet pas à l'heure actuelle de quitter la Suisse" et que "son pronostic vital semble engagé" s'il devait retourner dans son pays d'origine. Ils expriment par ailleurs leurs doutes s'agissant de l'accès au Maroc aux soins et aux traitements médicamenteux spécifiques nécessités par leur patient. Le Tribunal relève en outre que, depuis son arrivée en Suisse, en raison de la complexité de ses affections, le traitement de l'intéressé a dû être réadapté à plusieurs reprises. Enfin, malgré le suivi de pointe dont il a bénéficié en Suisse, y compris de nombreuses hospitalisations durant ces derniers mois, force est de constater que les médecins peinent à stabiliser son état.

5.4.4.3 Compte tenu de la complexité de son état de santé, le requérant ne pourra sans doute pas être pris en charge au Maroc uniquement dans des établissements de soins de santé primaires, ou dans un centre de prise en charge des maladies chroniques, mais devra avoir accès à différents services spécialisés, disponibles seulement dans certains grands hôpitaux. Certes, selon les informations à disposition du Tribunal, l'Hôpital général provincial Mohamed V, situé à Safi, ville d'origine du requérant, comporte notamment des services et des médecins spécialisés en diabétologie, neurologie, gastroentérologie, orthopédie, ophtalmologie, urologie, néphrologie, psychologie et psychiatrie (cf. également les informations

disponibles sur le site internet de la ville, <<http://www.safi-ville.com/sante.php>>, consulté le 16.11.2015). Il ressort toutefois des rapports médicaux versés au dossier que l'intéressé doit se soumettre régulièrement à des analyses pointues, et que certaines de ses pathologies (en particulier le syndrome néphrotique et l'insuffisance pancréatique exocrine dont il souffre) sont considérées par les médecins suisses comme étant difficiles à prendre en charge. En conséquence, il est probable que l'intéressé doive se rendre également dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU) situés dans les grandes villes comme Casablanca, Rabat ou Marrakech, pour pouvoir bénéficier de certains traitements ou contrôles plus complexes. Les CHU disposent en effet d'une gamme complète de services hautement spécialisés, incluant des spécialités de pointe, et sont donc mieux équipés pour prendre en charge les cas particulièrement complexes, tels que celui du recourant. Dans la mesure où l'intéressé nécessite un suivi hebdomadaire pour certaines de ses affections, et compte tenu du fait que les CHU sont situés à plusieurs heures de route de Safi, le Tribunal estime que l'intéressé pourra sans doute difficilement avoir accès à l'ensemble des traitements qu'il nécessite, en particulier ceux qui relèvent de services hautement spécialisés. En l'absence de ressources financières, il ne pourra en outre pas être exigé de lui qu'il s'installe dans l'une des grandes villes comprenant un CHU, ou qu'il fasse appel à des consultations privées (cf. également consid. 5.4.5. ci-après).

5.4.4.4 S'agissant des traitements médicamenteux du recourant, le Tribunal relève d'emblée que le Créon 40'000, qui est généralement utilisé pour traiter ou compléter une insuffisance de la fonction pancréatique, et qui a été prescrit au recourant dès le début de cette année pour une durée indéterminée, n'est pas disponible au Maroc. Au vu du certificat médical du (...) 2015, faisant état chez le recourant d'une insuffisance pancréatique exocrine avec des diarrhées et vomissements quotidiens, le Tribunal ne peut se rallier à l'opinion exprimée par le SEM dans sa détermination du 29 octobre 2015, selon laquelle "rien n'indique (...) que l'intéressé suit toujours ce traitement". Quant aux autres médicaments prescrits au recourant, si ceux-ci sont effectivement disponibles au Maroc, certains d'entre eux le sont uniquement sous la forme de génériques ou de médicaments contenant des principes actifs comparables. Or, le Tribunal estime difficile d'évaluer la portée de la prise de médicaments "comparables" sur l'état de santé du recourant, compte tenu notamment de

sa condition particulière (complexité et nombre d'affections) et de la volatilité de son traitement.

5.4.4.5 Partant, au vu de la situation médicale spécifique de l'intéressé, le Tribunal estime peu probable que celui-ci pourra avoir accès à *l'ensemble* des soins hautement spécialisés et multidisciplinaires qu'il nécessite et qui lui sont vitaux, en cas de retour dans son pays.

5.4.5 Aux problèmes d'accès aux soins s'ajoute encore la question des coûts de ses traitements et de leur prise en charge.

5.4.5.1 L'intéressé souffre en effet de plusieurs maladies chroniques (ou affections de longue durée [ALD], dont le diabète fait partie), impliquant des traitements à vie, pour la plupart très coûteux. A titre d'exemple, une étude réalisée récemment au Maroc par la CNOPS révèle qu'en termes de dépenses, le coût moyen annuel pour une personne diabétique augmente fortement avec l'âge, en passant de 6.000 DH en moyenne pour les personnes âgées de moins de 55 ans à 10.600 DH pour celles âgées de 65 ans et plus. Cette situation s'explique par les complications du diabète qui surviennent au fur et à mesure de l'avancement dans l'âge (cf. "1 million de diabétiques ignorent leur maladie", MarocHebdo, 26.05.2015, disponible sur <http://www.maroc-hebdo.press.ma/1-million-de-diabetiques-ignorent-leur-maladie/>), consulté le 16.11.2015). L'intéressé étant âgé de 50 ans, les coûts prévisibles de son traitement antidiabétique apparaissent ainsi comme extrêmement élevés, ceci sans prendre en compte ses autres affections, qui nécessitent elles aussi des soins onéreux.

5.4.5.2 Force est de constater que, dans sa détermination du 29 octobre 2015, le SEM s'est prononcé à ce sujet de manière plutôt contradictoire. En effet, dans un premier temps, l'autorité de première instance a indiqué que l'intéressé, qui allègue ne pas avoir les moyens suffisants pour se soigner, pourrait bénéficier d'un régime spécialement conçu pour les malades démunis, le RAMED. Toutefois, dans un second temps, le SEM a également ajouté qu'il sera loisible au recourant de demander une aide au retour médicale, "le traitement du diabète au Maroc représentant un montant non négligeable".

5.4.5.3 Certes, outre l'Assurance-maladie obligatoire de base (AMO) – dont bénéficient les personnes exerçant une activité lucrative, les titulaires de pension, ou les étudiants –, le Maroc a instauré ces dernières années un nouveau régime de couverture médicale de base : le RAMED. Ce système, opérationnel depuis janvier 2013, est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, au profit des personnes économiquement démunies qui ne sont pas éligibles au régime de l'AMO. Selon des sources récentes, le taux de couverture du RAMED atteint désormais 99% de la population cible (plus de 8,4 millions de personnes), bien qu'il existe d'importantes disparités régionales (cf. "La couverture médicale confiée à une instance indépendante - La population cible du RAMED couverte à 100% selon l'Anam", Aujourd'hui Le Maroc, 20.05.2015, disponible sur <http://www.aujourd'hui.ma/maroc/societe/la-couverture-medicale-confiee-a-une-instance-independante-118528>), consulté le 16.11.2015). Le RAMED compte un panier de soins relativement large, dont ceux liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, y compris les analyses et les médicaments. Les affections de longue durée (ALD), dont le diabète fait partie, ainsi que les affections lourdes et coûteuses (ALC) sont également prises en charge par ce régime. Ces dernières années, le RAMED a ainsi permis la prise en charge de plus de 7'000 malades atteints de d'insuffisance rénale ainsi que la prise en charge de 60% des diabétiques. En 2014, les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont assuré la prise en charge de plus de 187'000 malades atteints d'ALD/ALC (cf. sur l'ensemble arrêt du Tribunal D-4329/2012 du 25 septembre 2013 consid. 6.3.2 ; cf. également "RAMED : 6,54 millions bénéficiaires de ce régime au Maroc", LA VIEÉco, 14.03.2014, disponible sur <http://www.lavieeco.com/news/actualites/ramed-6-54-millions-beneficiaires-de-ce-regime-au-maroc.-28843.html>), consulté le 20. 07. 2015 ; "RAMED : a key step towards UHC", Oxford Policy Management, 14.03.2015, disponible sur http://www.opml.co.uk/sites/default/files/policy%20brief%20RAMED%20Strategie_EN_0.pdf), consulté le 16.11.2015 ; cf. également les informations disponibles sur le site du Ministère de l'intérieur du Maroc, <https://www.ramed.ma/ServicesEnligne/home.html>, consulté le 16.11.2015).

5.4.5.4 Toutefois, malgré des résultats globalement positifs, la mise en œuvre du RAMED est encore entravée par plusieurs obstacles, notamment des problèmes liés à son financement, à la gestion des ressources et à la

gouvernance (cf. "La couverture médicale confiée à une instance indépendante - La population cible du RAMED couverte à 100% selon l'Anam", Aujourd'hui Le Maroc, 20.05.2015, disponible sur <<http://www.aujourd'hui.ma/maroc/societe/la-couverture-medicale-confiee-a-une-instance-independante-118528>>, consulté le 16.11.2015). En outre, des iniquités subsistent et sont rapportées à différents niveaux. Les bénéficiaires sont ainsi parfois amenés à payer les frais liés à certains examens (analyses biologiques, imagerie médicale, etc.) ou médicaments par leurs propres moyens, en raison de leur indisponibilité dans les hôpitaux publics au moment de leur hospitalisation. Les difficultés d'approvisionnement de certains médicaments et dispositifs médicaux ainsi que les ruptures de stocks y afférentes nuisent également à l'efficacité du système, de même que le manque de personnel qualifié et les longs délais d'attente pour les bénéficiaires de prestations médicales gratuites (cf. M. A. HAJJI, Evaluation du Régime d'Assistance Médicale au Centre hospitalier préfectoral de Salé, Rabat 2014, disponible sur <http://ensp.sante.gov.ma/CDS/Documents/Memoires/mem_2014/HAJJI.pdf>, consulté le 16.11.2015 ; "Accès aux soins : ce qu'a permis le RAMED", H24 Info.ma, 20.03.2015, disponible sur <<http://www.h24info.ma/maroc/societe/acces-aux-soins-ce-que-le-regime-ramed-permis-au-maroc/31618>>, consulté le 16.11.2015).

Dans un rapport public récent, rédigé par son service d'analyse sur les pays, le SEM relève également ces problèmes et fait état de plusieurs situations dans lesquelles les bénéficiaires du RAMED doivent malgré tout payer certains frais et médicaments par leurs propres moyens, sans remboursement subséquent (cf. SEM, Section Analyses, Focus Marokko, Gesundheitsversorgung, 25 février 2015, p.31, disponible sur <<https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/herkunftslander/afrika/mar/MAR-focus-gesundheitsversorgung-d.pdf>>, consulté le 16.11.2015). Dans ce rapport, le SEM souligne que l'accès gratuit à certaines prestations médicales, en principe couvertes par le RAMED, n'est pas toujours garanti en pratique, notamment lorsqu'il s'agit de soins complexes et très onéreux, disponibles uniquement dans les hôpitaux universitaires. Certaines opérations spécifiques sont en outre réalisées uniquement moyennant un paiement, y compris pour les bénéficiaires du RAMED. Enfin, le SEM ajoute que certains soins "routiniers" (par exemple les dialyses) relèvent parfois d'un partenariat public-privé et sont alors pris en charge dans des hôpitaux privés ; en conséquence, les "ramedistes" ne

peuvent pas toujours bénéficier des traitements nécessaires de manière prioritaire (le SEM donne notamment l'exemple d'un patient qui nécessitait trois dialyses par semaine et qui s'était vu accorder seulement deux rendez-vous hebdomadaires ; cf. SEM, Focus Marroko, op. cit., p. 31 s.).

5.4.5.5 Dans ces conditions, il ne peut être exclu que l'intéressé doive payer lui-même certains frais ou médicaments, même si ceux-ci sont théoriquement censés être couverts par le régime du RAMED ; en effet, les prestations médicales requises par son état de santé correspondent précisément à celles qui posent encore problème sous ce régime (soins complexes et très onéreux, disponibles uniquement dans des hôpitaux universitaires ; hémodialyse à raison de plusieurs séances hebdomadaires, etc.). Comme l'a précisé le SEM dans sa prise de position du 29 octobre 2015, la seule constatation que des soins ou des traitements représentent un investissement financier important ne suffit en principe pas pour retenir l'inexigibilité du renvoi, dans la mesure où il demeure en général loisible au requérant de demander une aide au retour médicale (cf. art. 93 LAsi), qui peut être accordée sous forme de médicaments, d'aide à l'organisation du voyage ou de soutien durant et après le retour. Dans le cas particulier, il s'agit toutefois de tenir compte de la gravité des atteintes de l'intéressé, du coût élevé de ses traitements et surtout de leur inscription dans la durée (certains soins doivent lui être prodigués à vie). En l'occurrence, au vu des pronostics des médecins à court, moyen et long terme, de l'indigence du recourant et des dysfonctionnements du RAMED soulevés ci-dessus, le Tribunal estime que l'octroi éventuel d'une aide au retour ne suffirait pas à garantir à l'intéressé un accès *durable* aux soins nécessités par son état de santé.

5.4.5.6 Enfin, bien que l'intéressé dispose de membres de sa famille sur place, il est pour le moins aléatoire de retenir qu'il trouvera parmi ses proches – dont certains semblent souffrir également de maladies les ayant contraints à utiliser leurs propres ressources financières – des personnes en mesure de lui apporter un soutien complémentaire, aussi bien au niveau médical que financièrement.

5.4.6 Force est ainsi de constater que le dossier révèle une conjonction de facteurs exceptionnels et particulièrement défavorables au recourant, conduisant au constat que son existence pourrait être à court terme mise en danger en cas de retour dans son pays. Il rappelle à ce titre que, selon

les médecins de l'intéressé, une interruption de son traitement, même à court terme, pourrait avoir des conséquences désastreuses sur sa santé, allant jusqu'à engager rapidement son pronostic vital.

5.5 En définitive, compte tenu du risque que le suivi médical spécialisé dont a impérativement besoin A._____ ne puisse pas être poursuivi au Maroc, de la fragilité de l'intéressé et des circonstances très particulières du cas d'espèce, l'exécution du renvoi doit être considérée comme inexigible, étant précisé qu'il ne ressort du dossier aucun élément dont on pourrait déduire que les conditions d'application de l'art. 83 al. 7 LEtr sont remplies.

Il y a donc lieu de prononcer l'admission provisoire du recourant. Celle-ci, en principe d'une durée d'un an (art. 85 al. 1 LEtr), renouvelable si nécessaire, apparaît mieux à même d'écartier les risques sérieux qu'il court actuellement en cas de retour.

6.

Le recours, en tant qu'il porte sur l'exécution du renvoi, doit par conséquent être admis et la décision du SEM du 27 juin 2013 annulée sur ce point (chiffres 3 et 4 du dispositif). L'autorité de première instance est donc invitée à régler les conditions de séjour de l'intéressé en Suisse, conformément aux dispositions régissant l'admission provisoire.

7.

7.1 Du fait du rejet partiel de la cause, il y aurait lieu de mettre des frais de procédure réduits à la charge du recourant, conformément à l'art. 63 al. 1 PA et aux art. 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).

7.2 Ceux-ci sont toutefois laissés à la charge de l'Etat, compte tenu des circonstances particulières du cas d'espèce (cf. art. 63 al. 1 PA). Il n'est, dès lors, pas perçu de frais de procédure.

8.

8.1 Conformément à l'art. 64 al. 1 PA, l'autorité de recours peut allouer, d'office ou sur requête, à la partie qui a entièrement ou partiellement gain

de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (cf. également l'art. 7 FITAF).

8.2 En l'espèce, il n'y a pas lieu d'accorder des dépens au recourant, celui-ci n'ayant pas fait appel à un mandataire et n'ayant, au vu du dossier, pas eu à supporter d'autres frais relativement élevés.

(dispositif : page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté en tant qu'il porte sur le principe du renvoi.

2.

Le recours est admis en tant qu'il porte sur l'exécution du renvoi. Les chiffres 3 et 4 du dispositif de la décision attaquée sont annulés.

3.

Le SEM est invité à prononcer l'admission provisoire du recourant.

4.

Il est statué sans frais ni dépens.

5.

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

La présidente du collège : Le greffier :

Emilia Antonioni Luftensteiner Thierry Leibzig

Expédition :