



## Arrêt du 14 janvier 2014

---

Composition

Jean-Pierre Monnet (président du collège),  
Emilia Antonioni Luftensteiner, Regula Schenker Senn,  
juges,  
Anne-Laure Sautaux, greffière.

---

Parties

A. \_\_\_\_\_ , né le (...), Pakistan,  
(...),  
recourant,

contre

**Office fédéral des migrations,**  
Quellenweg 6, 3003 Berne,  
autorité inférieure.

---

Objet

Exécution du renvoi ;  
décision de l'ODM du 20 mars 2013 / N (...).

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

Le 25 novembre 2010, suite à son interpellation par la police neuchâteloise, le recourant a déposé une demande d'asile.

Il a été entendu lors d'une audition sommaire le 29 novembre 2010. A cette occasion, il a déclaré qu'il était un ressortissant pakistanais, d'ethnie darzi et de religion musulmane chiite, provenant, comme en attestait sa carte d'identité produite sous forme de copie, du village de B. \_\_\_\_\_ situé dans la division administrative de C. \_\_\_\_\_ (district de D. \_\_\_\_\_ / province du Pendjab). De langue maternelle punjabi, il aurait de bonnes connaissances de l'urdu et des connaissances rudimentaires de l'anglais.

Au mois de janvier 2010, il aurait été envoyé par son père dans une usine, propriété de celui-ci, à proximité de E. \_\_\_\_\_ et d'une zone contrôlée par les Talibans. En juin 2010, il y aurait été battu par deux Talibans ensuite de son refus de leur verser l'argent réclamé. Ceux-ci se seraient servis dans la caisse, lui dérobant 500'000 roupies. A la fin du même mois, consécutivement à une nouvelle visite des Talibans motivée par une tentative d'extorsion, il aurait porté plainte auprès de la police, laquelle lui aurait mis à disposition trois agents pour le protéger. En juillet 2010, une troisième visite des Talibans à l'usine se serait soldée par le décès d'un premier Taliban, l'arrestation d'un second et de graves blessures d'un agent. Le recourant se serait vu conseiller par son père de fermer l'usine et de revenir au domicile familial. A son retour, il aurait reçu des menaces de mort, par téléphone. Dix jours plus tard, il aurait été envoyé par son père chez un ami, à Lahore, après avoir appris que deux personnes avaient cherché à obtenir des renseignements à son sujet auprès de commerçants. Suivant les conseils de son père, qui lui aurait fait part de la poursuite des recherches de sa personne dans son village natal, il aurait quitté le Pakistan, le 2 octobre 2010. Il aurait rejoint la Suisse clandestinement par les voies terrestre et maritime, via l'Iran, la Turquie, la Grèce et l'Italie. Ce voyage aurait coûté 1,5 millions de roupies. Ses parents, (...) frères, (...) sœurs, un oncle paternel et deux oncles maternels, séjourneraient au Pakistan. Il aurait entretenu de bonnes relations avec les membres de sa famille.

Par avis du 23 mai 2011, l'autorité cantonale a signalé la disparition du recourant depuis le 18 avril 2011.

Par décision du 30 mai 2011, l'ODM n'est pas entré en matière sur la demande d'asile du recourant en application de l'art. 32 al. 2 let. c de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile (LAsi, RS 142.31), a prononcé son renvoi de Suisse et ordonné l'exécution de cette mesure.

## **B.**

Le 5 octobre 2011, le recourant a déposé une deuxième demande d'asile en Suisse.

Il a été entendu sommairement le 18 octobre 2011, puis sur ses motifs d'asile le 9 février 2012. Lors de ces auditions, il a déclaré qu'en avril 2011, il avait rejoint l'Italie dans le but d'honorer la promesse faite à sa mère de retourner au Pakistan et d'y servir de monnaie d'échange pour la libération de son père et de son frère aîné, enlevés par des Talibans à leur sortie de l'usine appartenant au premier, située à D.\_\_\_\_\_. Après avoir appris de sa mère qu'ils avaient été égorgés et que les corps de ceux-ci avaient été retrouvés à F.\_\_\_\_\_, il serait revenu en Suisse. Il serait mentalement affecté par ces événements. Il aurait appris de sa mère qu'après avoir été informée par la police de ces assassinats, elle avait trouvé refuge à Lahore, (...), chez un ami, dénommé G.\_\_\_\_\_, et qu'elle était désormais contrainte d'effectuer des travaux ménagers. Il s'agirait du même lieu de refuge que le sien, avant son départ du pays. Ses (...) frères, (...), ainsi que l'épouse du premier cité, logeraient au même endroit que sa mère, tandis que ses (...) sœurs seraient mariées et domiciliées dans la province du Pendjab.

Par décision du 14 février 2012, l'ODM n'est pas entré en matière sur cette deuxième demande en application de l'art. 32 al. 2 let. a LAsi, a prononcé le renvoi du recourant de Suisse et ordonné l'exécution de cette mesure.

Par arrêt E-931/2012 du 25 avril 2012, le Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal) a rejeté le recours formé le 17 février 2012 contre la décision précitée. Il a estimé que le recourant n'avait pas été en mesure de rendre vraisemblables ses motifs d'asile. Sous l'angle de l'exigibilité de l'exécution du renvoi, il a mis en évidence, comme facteurs favorables à la réinstallation du recourant au Pakistan, la jeunesse du recourant, son expérience professionnelle d'entrepreneur acquise dans son pays d'origine, l'absence de graves problèmes de santé et, bien que cela ne fût pas décisif, le fait qu'il semblait disposer au Pakistan d'un réseau familial et social à même de l'accueillir et de le prendre en charge à son retour.

Par avis du 9 août 2012, l'autorité cantonale a signalé la disparition du recourant depuis le 24 mai 2012.

### **C.**

Le 7 janvier 2013, le recourant a déposé une troisième demande d'asile en Suisse.

Par courrier du 9 février 2013, l'assistant social chargé du suivi des soins dans le centre d'hébergement où le recourant logeait a signalé à l'ODM l'entrée du recourant à l'hôpital psychiatrique de H.\_\_\_\_\_ en raison d'une forte fièvre et d'un délire.

Lors de l'audition sommaire du 5 mars 2013, le recourant a déclaré, en substance, que ses motifs d'asile étaient identiques à ceux déjà allégués précédemment, qu'en mai 2011, après s'être vu communiquer par l'ODM un délai de départ pour quitter la Suisse, il avait rejoint la Belgique dans l'idée d'y déposer une demande d'asile, qu'il avait appris qu'une telle démarche était vaine et qu'il allait être transféré en Suisse, qu'en janvier 2013, il était par conséquent revenu de son plein gré en Suisse et qu'au Pakistan, séjournaient sa mère, un frère et (...) sœurs.

Par décision du 20 mars 2013 notifiée le 22 mars 2013, l'ODM n'est pas entré en matière sur cette troisième demande en application de l'art. 32 al. 2 let. e LAsi, a prononcé le renvoi du recourant de Suisse, ordonné l'exécution de cette mesure et mis un émolument de 600 francs à sa charge. Il a considéré que l'exécution du renvoi du recourant était licite, raisonnablement exigible et possible.

### **D.**

Par acte du 17 avril 2013, l'intéressé a interjeté recours contre cette dernière décision en tant qu'elle prononçait l'exécution du renvoi. Il a conclu à l'admission provisoire et a sollicité la restitution du délai de recours ainsi que l'octroi d'un délai pour produire un certificat médical.

Il a invoqué avoir été empêché sans sa faute d'agir dans le délai de recours de cinq jours ouvrables en raison de son hospitalisation en psychiatrie à I.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2013 au 11 avril 2013, attestée par pièce. Sur le fond de la cause, il a allégué que l'exécution de son renvoi au Pakistan n'était pas raisonnablement exigible au sens de l'art. 83 al. 4 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr, RS

142.20), faute de disponibilité dans ce pays de soins idoines à ses troubles psychiatriques, se référant à un arrêt du Tribunal E-3752/2007 du 23 septembre 2010.

#### **E.**

A l'invitation du Tribunal du 22 avril 2013, le recourant a produit un certificat du 13 mai 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un autre du 21 mai 2013 des Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital psychiatrique de I.\_\_\_\_\_.

Il ressort du certificat du 21 mai 2013 ce qui suit :

Le recourant a été hospitalisé en mode volontaire le 22 mars 2013 pour un épisode dépressif sévère avec idées suicidaires et symptômes psychotiques. Il a été maintenu en milieu psychiatrique jusqu'au 11 avril 2013 en raison de la persistance pendant les premières semaines d'une symptomatologie anxio-dépressive importante, d'une idéation suicidaire, d'idées délirantes de persécution et d'un risque élevé de mise en danger, malgré une prise en charge psychiatrique intégrée. Durant la période du 22 mars au 2 avril 2013, il avait une faculté limitée d'agir de manière adaptée aux circonstances compte tenu du choc créé par la prise de connaissance, le 22 mars 2013, de la décision attaquée. A titre d'antécédents, il a déclaré qu'il avait manqué de courage pour exécuter son idée de se jeter dans le vide après la nouvelle en 2011 de l'assassinat de son père et de son frère par des Talibans, qu'il avait été hospitalisé en février 2012 suite à un abus médicamenteux et qu'il s'était vu diagnostiquer à la sortie un état hallucinatoire organique et une intoxication aiguë aux opiacés, avec état délirant. Il s'est plaint d'une symptomatologie dépressive avec des troubles somatiques, parfois des hallucinations auditives et visuelles et des idées suicidaires. Il a dit avoir commencé à ressentir ces symptômes cinq à six mois avant son admission en mars 2013. Il s'est vu diagnostiquer un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (CIM-10 F32.3), d'autres difficultés liées à l'environnement social, plus précisément avec le refus d'asile (Z60.8), et un décès des membres de la famille (Z63.4). Il a bénéficié durant son hospitalisation d'entretiens de soutien et d'une prise en charge en ergothérapie et en physiothérapie ainsi que d'un traitement pharmacologique avec augmentation du traitement antidépresseur - qui avait été introduit début mars 2013 par la psychiatre ayant alors assuré son suivi en ambulatoire - et introduction d'un traitement antipsychotique. A la sortie, il a débuté un suivi auprès du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin

généraliste, avec maintien du traitement psychopharmacologique - de classes antidépresseur, antipsychotique, anxiolytique et, en réserve, hypnotique - tandis qu'un suivi psychiatrique ambulatoire devait encore être organisé. Il s'est vu recommander un suivi psychiatrique et psychothérapeutique fréquent d'une durée indéterminée, dépendante de son évolution clinique en ambulatoire. Le pronostic est lui aussi dépendant de l'évolution clinique dans le contexte d'un suivi en ambulatoire et semble être plus réservé sans le suivi préconisé et plus favorable avec. Les conséquences de l'interruption partielle ou totale des traitements entrepris risquent d'être "très délétères". Le recourant est apte à voyager et il n'existe pas de contre-indication médicale à la poursuite du suivi dans le pays d'origine.

Il ressort du certificat du 13 mai 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_ ce qui suit :

Le recourant a, à nouveau, été hospitalisé en psychiatrie, du 29 avril au 3 mai 2013, à M. \_\_\_\_\_. Il n'a pas encore pu bénéficier de la mise en place d'un suivi psychiatrique ambulatoire en raison de déménagements répétés. Des problèmes de compréhension se sont posés en raison de la barrière de la langue. Son état de santé est stationnaire compte tenu de la persistance des symptômes, à savoir des hallucinations, un état anxieux, des troubles du sommeil et des idées suicidaires. Les diagnostics sont maintenus, avec l'ajout toutefois de celui de syndrome de stress post-traumatique (F43.1). Le traitement antipsychotique, antidépresseur et anxiolytique devra être adapté et un suivi psychiatrique ambulatoire mis si possible en place. Le but recherché du traitement est le contrôle des symptômes avec une stabilisation de l'humeur et une possibilité d'un fonctionnement social adapté. Un risque de décompensation psychotique sévère avec un risque suicidaire est pronostiqué en cas d'interruption du traitement.

#### **F.**

Dans sa réponse du 29 mai 2013, l'ODM a proposé le rejet du recours. Il a estimé que le fait que le recourant souffrait d'un état dépressif lié à la perspective de devoir quitter la Suisse ne constituait pas, en tant que tel, un obstacle à l'exécution du renvoi. Il a relevé qu'aucun élément au dossier ne permettait de présager qu'en cas de retour dans son pays, 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 sa vie ou à une atteinte sérieuse, durable et notablement plus grave de son intégrité physique. Il en a déduit que les problèmes de santé invoqués au

stade du recours seulement ne suffisaient pas à eux seuls à justifier une admission provisoire pour inexigibilité de l'exécution du renvoi.

### **G.**

Dans sa réplique du 10 juin 2013, le recourant a indiqué que la gravité de ses troubles exigeait qu'il se rende chaque semaine en consultation psychiatrique et que l'ODM n'était pas fondé à la minimiser. Il a fait valoir qu'il ne pourrait pas obtenir au Pakistan la prise en charge spécialisée nécessitée par les troubles de perception de la réalité (hallucinations auditives et visuelles) en raison "des persécutions dont il y est victime".

### **H.**

Les autres faits importants seront évoqués si nécessaire dans les considérants qui suivent.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** En vertu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021). En particulier, les décisions rendues par l'ODM concernant l'asile et le 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 (en vertu du renvoi figurant à l'art. 105 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile [LAsi, RS 142.31]). Le Tribunal est donc compétent pour connaître du présent litige. Il statue de manière définitive (cf. art. 83 let. d ch. 1 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]).

**1.2** Le recourant a qualité pour recourir (cf. art. 48 al. 1 PA). La décision de l'ODM lui a été notifiée le 22 mars 2013 comme en atteste le sceau postal sur l'accusé de réception qu'il a signé. Le délai de recours de cinq jours ouvrables (cf. art. 108 al. 2 LAsi, dans sa teneur alors en vigueur) est donc arrivé à échéance le 2 avril 2013. Dans son recours du 17 avril 2013, l'intéressé a demandé la restitution du délai de recours en invoquant son hospitalisation en psychiatrie du 22 mars au 11 avril 2013. Aux termes de l'art. 24 al. 1 PA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour

autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis ; l'art. 32 al. 2 PA est réservé.

En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recourant a établi par certificat médical du 21 mai 2013 avoir été privé de la faculté d'agir en temps utile (y compris de la faculté de charger un tiers d'agir à sa place), en raison de l'intensité de l'état dépressif (épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, F32.3) ayant conduit à son admission dans un hôpital psychiatrique le jour même de la notification de la décision attaquée, de la persistance de la symptomatologie les premières semaines de l'hospitalisation, et de sa capacité d'agir limitée pendant la période du 22 mars au 2 avril 2013.

Par conséquent, la demande de restitution du délai de recours doit être admise. Le recours présenté le 17 avril 2013 dans la forme prescrite par la loi (cf. art. 52 al. 1 PA) est donc recevable.

## **2.**

Seul l'ordre d'exécuter le renvoi est contesté. Le recourant a fait valoir en référence à un arrêt E-3752/2007 du 23 septembre 2010 du Tribunal que l'exécution de son renvoi au Pakistan ne pouvait pas (ou plus) être raisonnablement exigé faute de pouvoir y accéder à un traitement idoine de ses troubles psychiatriques.

## **3.**

L'exécution de la décision peut ne pas être raisonnablement exigée si le renvoi ou l'expulsion de l'étranger dans son pays d'origine ou de provenance le met concrètement en danger, par exemple en cas de guerre, de guerre civile, de violence généralisée ou de nécessité médicale (art. 83 al. 4 LEtr).

**3.1** Cette disposition s'applique en premier lieu aux "réfugiés de la violence", soit aux étrangers qui ne remplissent pas les conditions de la qualité de réfugié parce qu'ils ne sont pas personnellement persécutés, mais qui fuient des situations de guerre, de guerre civile ou de violence généralisée, et ensuite aux personnes pour qui un retour reviendrait à les mettre concrètement en danger, notamment parce qu'objectivement, au regard des circonstances d'espèce, elles seraient, selon toute probabilité, conduites irrémédiablement à un dénuement complet, exposées à la famine, et ainsi à une dégradation grave de leur état de santé, à

l'invalidité, voire à la mort (cf. ATAF 2009/52 consid. 10.1, ATAF 2007/10 consid. 5.1 ; voir aussi Jurisprudence et informations de la Commission suisse de recours en matière d'asile [JICRA] 2003 n° 24). En revanche, les difficultés socio-économiques qui sont le lot habituel de la population locale, en particulier en matière de pénurie de logements et d'emplois, ne suffisent pas en soi à réaliser une telle mise en danger (cf. ATAF 2010/41 consid. 8.3.6, ATAF 2009/52 consid. 10.1, ATAF 2008/34 consid. 11.2.2). 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 2009/52 consid. 10.1).

**3.2** S'agissant plus spécifiquement des personnes en traitement médical en Suisse, l'exécution du renvoi 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 (cf. ATAF 2011/50 consid. 8.3) ; cette définition des soins essentiels vise clairement à exclure les soins coûteux, les soins devant consister en des actes relativement simples (cf. GABRIELLE STEFFEN, Droit aux soins in : Guillod / Sprumont / Despland [éd.], 13<sup>ème</sup> Journée de droit de la santé de l'institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, Berne 2007 [éd. Weblaw], Zurich / Bâle / Genève 2007 [Schulthess], spéc. p. 50 ss ; GABRIELLE STEFFEN, Droit aux soins et rationnement, Berne 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 à la maintenir, au simple motif que les structures hospitalières et le savoir-faire médical dans le pays d'origine ou de destination de l'intéressé n'atteignent pas le standard élevé qu'on trouve en Suisse (cf. ATAF 2011/50 consid. 8.3, ATAF 2009/2 consid. 9.3.2 ; JICRA 1993 n° 38).

**3.2.1** 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.

**3.2.2** Cela dit, il sied de préciser que si, dans un cas d'espèce, le mauvais état de santé ne constitue pas en soi un motif d'inexigibilité sur la base des critères qui précèdent, il peut demeurer un élément d'appréciation dont il convient alors de tenir compte dans le cadre de la pondération de l'ensemble des éléments ayant trait à l'examen de l'exécution du renvoi (cf. ATAF 2011/50 consid. 8.3 ; JICRA 2003 n° 24 consid. 5b).

**3.3** En l'espèce, il convient d'examiner la situation au Pakistan sur le plan des soins de santé en général et des soins de santé mentale plus particulièrement.

**3.3.1** Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), presque tous les troubles de santé et maladies et peuvent être traités au Pakistan, également dans les établissements publics (cf. BUNDESASYLAMT DER REPUBLIK ÖSTERREICH, Bericht zur Fact Finding Mission, Pakistan 2013, Mit den Schwerpunkten Sicherheitslage Religiöse Minderheiten, Landrechte, Medizinische und soziale Versorgung, Afghanische Flüchtlinge, juin 2013, p. 60). L'insuffisance des ressources humaines dans le domaine de la santé pose toutefois problème. Le rapport médecin-population de 1:1127 est beaucoup plus petit que le ratio recommandé par l'Organisation mondiale de la santé de 1:1000. Les insuffisances numériques sont encore plus prononcées pour les autres professionnels de la santé (cf. SANIA NISHTAR, TIES BOERMA, SOHAIL

AMJAD, ALI YAWAR ALAM, FARAZ KHALID, IHSAN UL HAQ, YASIR A MIRZA, Health Transitions in Pakistan 1, Pakistan's health system : performance and prospects after the 18th Constitutional Amendment, publié le 17 mai 2013 en ligne sur [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), p. 10). Pose également problème la disproportion des ressources humaines affectées aux zones urbaines par rapport à celles affectées aux zones rurales. Il existe également des différences dans la couverture des soins entre les provinces (celle du Pendjab étant mieux desservie) et à l'intérieur même des provinces (cf. BUNDESASYLAMT DER REPUBLIK ÖSTERREICH, op. cit., p. 61 ; ZULFI QAR A BHUTTA, ASSAD HAFEEZ, ARJUMAND RIZVI, NABEELA ALI, AMANULLAH KHAN, FAATEHUDDIN AHMAD, SHEREEN BHUTTA, TABISH HAZIR, ANITA ZAIDI, SADEQUA N JAFAREY, Health Transitions in Pakistan 2, Reproductive, maternal, newborn, and child health in Pakistan : challenges and opportunities, publié le 17 mai 2013 en ligne sur [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), p. 1, 3 et 8 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION - ASSESSMENT INSTRUMENT FOR MENTAL HEALTH SYSTEMS [WHO-AIMS], WHO-AIMS Report on mental Health System in Pakistan, 2009, p. 19). La position socio-économique constitue un facteur déterminant sur les taux de la couverture de santé et de mortalité dans un pays où 25 % de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté – avec moins d'un dollar par jour – et où seule une part de 21,92 % de la population est affiliée à un des systèmes d'assurance sociale. La majorité de la population (78,08 %), non couverte, doit payer elle-même les traitements (cf. SANIA NISHTAR, TIES BOERMA, SOHAIL AMJAD, ALI YAWAR ALAM, FARAZ KHALID, IHSAN UL HAQ, YASIR A MIRZA, Health Transitions in Pakistan 1, Pakistan's health system : performance and prospects after the 18th Constitutional Amendment, publié le 17 mai 2013 en ligne sur [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), p. 4 s.). Bien que les hôpitaux publics soient tenus de dispenser gratuitement des soins aux indigents, cette obligation n'est souvent respectée que pour les soins strictement nécessaires, en raison notamment de la surcharge de travail des médecins, fréquemment actifs également dans le secteur privé. Il existe également des programmes publics d'aide sociale fournissant une assistance médicale aux indigents. Le réseau familial constitue toutefois le premier pilier à disposition des personnes incapables de payer seules leurs frais médicaux (cf. BUNDESASYLAMT DER REPUBLIK ÖSTERREICH, op. cit., p. 65).

Les patients appartenant aux classes moyenne et supérieure cherchent à se faire soigner par des prestataires privés en raison de la qualité généralement meilleure des soins. En effet, si le personnel exerçant dans les établissements publics est qualifié, la plupart des hôpitaux du secteur

public sont fortement surchargés, avec des temps d'attente importants faute de filtrage des patients en amont, et présentent des lacunes sur le plan de la qualité des équipements et des conditions d'hygiène. Il existe cependant des hôpitaux modernes également dans le secteur public (cf. BUNDESASYLAMT DER REPUBLIK ÖSTERREICH, op. cit., p. 62 s.).

D'une manière générale, un large éventail de médicaments est disponible au Pakistan, du moins sous leur forme générique. Dans le secteur privé, comme d'ailleurs sur le marché noir, tous les médicaments sont disponibles. A noter que des médicaments contrefaits peuvent se retrouver sur le marché (cf. BUNDESASYLAMT DER REPUBLIK ÖSTERREICH, op. cit., p. 63).

**3.3.2** Le Pakistan compte cinq hôpitaux psychiatriques. Ceux-ci sont intégrés sur le plan organisationnel à des structures offrant des soins psychiatriques ambulatoires. Ces cinq hôpitaux disposent tous d'au moins un médicament psychotrope de chaque classe thérapeutique (médicaments antipsychotiques, antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, anxiolytiques et antiépileptiques). Des lits sont également disponibles pour les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement, principalement dans des services de soins psychiatriques communautaires et, en nombre plus limité, dans d'autres établissements destinés aux soins stationnaires (par exemple des foyers pour des personnes souffrant de retard mental, des établissements de désintoxication, et des foyers pour personnes indigentes), voire dans des services de soins médico-légaux. La plupart des patients souffrant de troubles mentaux et du comportement sont traités dans des centres de soins ambulatoires. 34 % des services de soins psychiatriques communautaires et 33 % des centres de soins ambulatoires disposent d'au moins un médicament psychotrope de chaque classe thérapeutique. Aucun des troubles mentaux n'est couvert par les systèmes d'assurance sociale. 5 % de la population a accès gratuitement ou presque (couverture des coûts à raison de 80 % au moins) aux médicaments psychotropes essentiels. Pour le reste de la population, le coût journalier du traitement antipsychotique est de deux dollars, soit 3 % du revenu journalier minimum, et celui du traitement antidépresseur de cinq dollars, soit 7 % du revenu journalier minimum (cf. WHO-AIMS, op. cit., p. 8 et 10).

L'Institut de santé mentale du Pendjab (Punjab Institute of Mental Health, ci-après : le PIMH) sis dans la ville de Lahore comprend des services

d'urgence, de soins ambulatoires, et de soins internes (comprenant des unités de soins psychiatriques, des unités de soins spéciaux, des unités de réadaptation et des unités de désintoxication). Le PIMH, pour le compte du département de la santé du Pendjab, a établi des lignes directrices dans le but de renforcer les capacités des prestataires de soins, en particulier celles des médecins en service dans les zones rurales afin de leur permettre d'identifier les patients nécessitant un traitement psychiatrique, de les traiter avec des moyens simples et disponibles et d'éviter que ceux-ci fassent appel à des guérisseurs. Ce manuel recommande aux médecins d'adresser immédiatement au PIMH les patients souffrant d'épisode dépressif avec des symptômes psychotiques ou suicidaires ou dont les symptômes persistent (cf. GOVERNMENT OF PUNJAB, HEALTH DEPARTMENT, Mental Health in Primary Care, Guidelines for Primary Health Care Physicians, general Practitioners and Doctors in other Disciplines of Medicines, prepared by PIMH, Lahore, [non daté] en ligne sur le site Internet du PIMH, [www.pimh.gop.pk/index.html](http://www.pimh.gop.pk/index.html) > Services 7. Curriculum of Mental Health in Primary Care [consulté le 11.09.13], spéc. p. 5, 17). Le département de pharmacie du PIMH a établi en 2010 une liste des médicaments essentiels nécessaires pour répondre aux besoins des patients souffrant de troubles mentaux et du comportement (cf. PIMH, DEPARTMENT OF PHARMACY, Hospital Formulary, First Edition, April 2010, en ligne sur le site Internet du PIMH, [www.pimh.gop.pk/index.html](http://www.pimh.gop.pk/index.html) > Services 6. Hospital Formulary [consulté le 11.09.13]).

**3.4** Il reste à examiner si le renvoi du recourant dans son pays d'origine le met concrètement en danger au sens de l'art. 83 al. 4 LETr.

**3.5** Il est établi par pièces (cf. Faits let. E) que le recourant présente le degré de sévérité le plus élevé de la dépression s'accompagnant de symptômes d'une gravité telle que les activités sociales habituelles lui sont impossibles (en conformité à la description de la maladie figurant dans la classification CIM-10 F32.3), qu'il est considéré par les médecins comme un malade non stabilisé, et qu'il présente un risque suicidaire en cas d'interruption du traitement. Dans ces circonstances et compte tenu de la situation au Pakistan sur le plan des soins médicaux et de l'importance dans ce pays du soutien d'un réseau familial pour les personnes incapables de payer seules leurs frais médicaux (cf. consid. 3.3), est déterminante la question de savoir si le recourant pourra compter dès son arrivée au Pakistan, par exemple à l'aéroport international de Lahore, sur le soutien effectif des membres de sa famille

(au sens large), ce qui suppose que ceux-ci puissent être considérés comme aptes à le prendre en charge et à pourvoir à son entretien, y compris aux frais médicaux. Cette question n'a pas été tranchée définitivement par le Tribunal dans son arrêt E-931/2012 du 25 avril 2012, celui-ci s'étant limité à considérer que le recourant, qui à l'époque n'avait pas de graves problèmes de santé connus, semblait disposer au Pakistan d'un réseau familial et social à même de l'accueillir et de le prendre en charge à son retour. Le dossier n'est toutefois actuellement pas suffisamment mûr pour se prononcer sur cette question.

**3.6** Des mesures d'instruction complémentaires s'imposent. En premier lieu, un délai approprié devra être imparti au recourant pour produire un rapport médical complet, précis et actualisé, afin notamment de connaître l'évolution récente de son état de santé et de sa prise en charge, ainsi que le degré de dépendance du recourant par rapport à son entourage et de savoir, dans l'hypothèse de l'introduction du traitement psychiatrique et psychothérapeutique ambulatoire préconisé, si son psychiatre est en mesure de se prononcer sur les pronostics, avec et sans traitement. Ensuite et surtout, dans le cadre d'une nouvelle audition, le recourant devra être questionné sur l'identité exacte ainsi que l'adresse précise, complète et actuelle, de chacun des membres de sa famille au sens large (notamment, selon ses déclarations, sa mère, ses [...] frères, ses [...] sœurs, son oncle paternel, et ses deux oncles maternels, voire d'autres proches). Il devra également être interrogé sur l'état de la fortune, les revenus et les charges financières de chacun d'entre eux, ou plus généralement, sur les éléments de fait permettant d'admettre qu'il pourra à son retour obtenir un soutien effectif de leur part ou qu'au contraire, il ne le pourra pas. Le cas échéant, un délai approprié devra lui être imparti pour obtenir les renseignements requis auprès des membres de sa famille et les communiquer, par écrit, à l'autorité. Un délai approprié devra lui être imparti pour se procurer et produire tous les moyens de preuve qu'il estime utiles pour établir ses allégués au sujet de l'adresse, du niveau de vie, des charges et des moyens de subsistance de chacun des membres de sa famille. Si nécessaire et pour autant que les indications nouvellement fournies par le recourant soient suffisamment précises et circonstanciées à cette fin, il y aura lieu de demander des renseignements supplémentaires à l'Ambassade de Suisse au Pakistan dans le but de vérifier les déclarations du recourant relatives à l'éventuelle inaptitude des membres de sa famille à le prendre en charge et à pourvoir à son entretien à son retour au pays, étant rappelé que la maxime inquisitoire, applicable en procédure administrative, trouve sa

limite dans l'obligation qu'a le recourant de collaborer à l'établissement des faits qu'il est le mieux placé pour connaître (cf. JICRA 1995 n° 18 p. 183 ss ; Message 90.025 du Conseil fédéral du 25 avril 1990 à l'appui d'un arrêté fédéral sur la procédure d'asile [APA] et d'une loi fédérale instituant un Office fédéral pour les réfugiés, FF 1990 II 537 ss spéc. p. 579 s.). Le cas échéant, l'Ambassade du Pakistan en Suisse devra être questionnée dans le cadre fixé par l'art. 97 al. 2 et 3 LAsi, sur les conditions et possibilités concrètes d'un rapatriement sanitaire en collaboration avec les autorités pakistanaises.

**3.7** Ces mesures d'instruction complémentaires dépassant l'ampleur de celles incombant au Tribunal, il y a lieu de prononcer la cassation de la décision attaquée (cf. art. 61 al. 1 PA ; MADELEINE CAMPRUBI, commentaire ad art. 61 al. 1 PA in : VwVG - Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Auer/Müller/Schindler [éd.], Zurich/Saint-Gall, 2008, n° 11 p. 773 ss ; PHILIPPE WEISSENBARGER, commentaire ad art. 61 PA in : Praxiskommentar VwVG, Waldmann / Weissenberger [éd.], Zurich/Bâle/Genève, 2009, n° 16 p. 1210).

**3.8** En définitive, il y a lieu d'annuler la décision de l'ODM pour établissement inexact ou incomplet de l'état de fait pertinent (cf. art. 106 al. 1 let. b LAsi), et de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision (cf. art. 61 al. 1 PA).

#### **4.**

Lorsque, comme en l'espèce, l'affaire est renvoyée à l'instance précédente pour nouvelle décision, dont l'issue reste ouverte, la partie recourante est considérée comme ayant obtenu gain de cause, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.1 ; MARCEL MAILLARD, commentaire ad art. 63 PA, in : Praxiskommentar VwVG, op. cit., n° 14).

Vu l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 al. 1 et 2 PA).

Ayant agi en son propre nom, le recourant n'a pas fait valoir de frais de représentation. Il n'a pas non plus fait valoir d'autres frais indispensables et relativement élevés. Il n'y a donc pas lieu de lui allouer des dépens (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss FITAF)

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

**1.**

La demande de restitution de délai est admise.

**2.**

Le recours est admis ; la décision attaquée, en tant qu'elle ordonne l'exécution du renvoi du recourant, est annulée.

**3.**

Le dossier de la cause est renvoyé à l'ODM pour complément d'instruction et nouvelle décision en matière d'exécution du renvoi, au sens des considérants.

**4.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**5.**

Il n'est pas alloué de dépens.

**6.**

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

Le président du collège :

La greffière :

Jean-Pierre Monnet

Anne-Laure Sautaux