



Arrest

nr. 205 334 van 14 juni 2018
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat R.-M. SUKENNIK
Florencestraat 13
1000 BRUSSEL

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie
en Administratieve Vereenvoudiging.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Iraakse nationaliteit te zijn, en X, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, in eigen naam en als wettelijk vertegenwoordiger van haar minderjarig kind X, op 16 februari 2018 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 15 december 2017 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt.

Gezien titel I bis, hoofdstuk 2, afdeling IV, onderafdeling 2, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 12 maart 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 27 april 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken S. DE MUYLDER.

Gehoord de opmerkingen van advocaat O. TODTS, die loco advocaat M.-R. SUKENNIK verschijnt voor de verzoekende partijen, en van advocaat L. VAN DE PUTTE, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekende partijen komen op 14 oktober 2007 in België aan en dienen de volgende dag een asielaanvraag in. Uit de asielaanvraag blijkt dat eerste verzoekende partij de Iraakse nationaliteit heeft en de tweede verzoekende partij de Marokkaanse nationaliteit. Zij zijn op 7 maart 2006 in Rabat, Marokko gehuwd. Eerste verzoekende partij had in Marokko een verblijfsvergunning en was daar aan de slag als professor/privéleraar. Volgens de huwelijksakte was tweede verzoekende partij tewerkgesteld als informaticus in Marokko.

Hoewel zij verklaarden tijdens hun asielaanvraag kort na het huwelijk naar Irak te zijn verhuisd en daar problemen gekend te hebben waardoor zij gevlucht zijn, blijkt uit de beslissing van de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen van 21 mei 2008 dat er geen geloof gehecht kan worden aan de verklaring dat zij naar Irak zijn teruggekeerd en bijgevolg wordt evenmin geloof gehecht aan de aldaar verklaarde problemen.

Verder blijkt ook uit de asielaanvraag van eerste verzoekende partij dat deze verklaarde dat zij in Marokko probleemloos een verblijfsvergunning kan bekomen.

Ook de tweede en derde asielaanvraag, enkel ingediend door eerste verzoekende partij, werden afgewezen.

Uit de asielaanvragen blijkt verder dat verzoekende partijen nog tal van familieleden hebben in zowel Marokko als Irak. Uit de huwelijksakte blijkt ook dat het huwelijk afgesloten werd met toestemming van de vader van tweede verzoekende partij en verder blijkt uit de asielaanvragen ook dat er nog steeds contact is met de familie in Irak.

1.2. Verzoekende partijen dienen op 26 mei 2009 een aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet) in.

De voormelde aanvraag wordt uiteindelijk op 30 september 2013 ongegrond verklaard. Bij arrest nr. 190 113 van 27 juli 2017 wordt deze beslissing vernietigd.

1.3. Op 12 december 2014 hebben verzoekende partijen nogmaals een aanvraag op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ingediend.

1.4. Op 15 december 2017 worden de aanvragen van 26 mei 2009 en 12 december 2014 ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 26.5.2009 en 12.12.2014 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

A. A.-S. , S. (..) (R.R.: xxxxxxxxx) nationaliteit: Irak

geboren te Kerbala op 01.01.1950

en H.A. (..) geboren op 5.1.1976 (RR: xxxxxxxxx) nationaliteit: Marokko

en dochter: H. T. (..) (R.R. xxxxxxxxx) geboren op 13.4.2012 nationaliteit: Marokko

adres: (..)

wat betreft de aanvraag 9terdd 12.12.2014: Gelet op de aanvraag om machtiging tot verblijf dd. 12.12.2014 door betrokkene ingediend overeenkomstig artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en gezien de asielaanvraag dd. 9.12.2014 van betrokkenen op genoemde datum nog in behandeling was en gezien de genoemde datum binnen een termijn van zes maanden valt, volgend op de afloop van zijn asielprocedure werd voor onderhavige beslissing gebruik gemaakt van de taal die voor deze asielprocedure gekozen / bepaald werd, te weten het Nederlands (Toepassing van artikel 51 / 4§3 van de wet van 15 december 1980).

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op respectievelijk 12.2.2010 en 24.11.2017, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.

Er werden medische redenen aangehaald voor A. A.-S. S. (...) en H. A. (...) die echter niet weerhouden werden, (zie verslag arts-adviseur dd 1.12.2017 onder gesloten omslag).

Derhalve

1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de "fysieke integriteit, of

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.

Redenen):

Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

Er wordt geen rekening gehouden met eventuele stukken toegevoegd aan het beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gezien deze niet ter kennis werden gebracht aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het komt immers aan betrokkene toe om alle nuttige en recente inlichtingen in zijn aanvraag of als aanvulling op deze aanvraag aan onze diensten over te maken.

Het attest van immatriculatie dat werd afgegeven in het kader van de procedure op basis van genoemd artikel 9ter dient te worden ingetrokken. Gelieve betrokkene tevens af te voeren uit het Vreemdelingenregister omwille van "verlies van recht op verblijf.

Een eventuele onmogelijkheid tot reizen zal bij de uitvoering van een verwijdering onderzocht worden. "

2. Onderzoek van het beroep

1.1. In een enig middel betogen de verzoekende partijen als volgt:

"EERST EN ENIG MIDDEL

Kennelijke appreciatiefout en schending van de artikelen 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en verwijdering van vreemdelingen, artikelen 2 en 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de formele motivering van de bestuurshandelingen, schending van het administratief rechtsbeginsel van de zorgvuldige voorbereiding van bestuurshandelingen en schending van het administratief rechtsbeginsel van behoorlijk bestuur volgens hetwelk, onder anderen, de administratie serieus en zorgvuldig werkt, schending van het gezag van gewijsde

> In rechte

> Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 bepaalt dat de vreemdeling die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

Volgens de voorbereidende werkzaamheden van de Wet van 15 september 1980, deze mogelijkheid betreft de "vreemdelingen die lijden aan een ziekte, waarvoor een adequate behandeling ontbreekt in het land van herkomst of verblijf, waarbij het terugsturen van de vreemdeling een reëel risico inhoudt op zijn leven of fysieke integriteit of die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling in zijn land van herkomst of verblijf" (Pari. Doe., Kamer, 2005-2006, 51-2478/001, pp. 34 en 35).

Deze bepaling houdt een omzetting in Belgisch recht in van artikel 15 van de richtlijn 2004/83/CE van 29 april 2004. Dit artikel bepaalt de ernstige schade die een subsidiaire bescherming rechtvaardigen.

> Betreffende de adequate behandeling dient er nagekeken te worden naar de mogelijke distributie van de zorgen of de mogelijkheid om een behandeling of onderzoeken op gang te zetten en naar de concrete mogelijkheid voor de zieke om ervan te kunnen genieten rekening houdend met de financiële toestand, de afstanden, ...

De Directeur van de Dienst Vreemdelingenzaken heeft naar deze voorwaarden van een effectieve en concrete toegankelijkheid verwezen in zijn verhoor voor het Parlement: « De effectieve toegankelijkheid van die infrastructuur en de materiële mogelijkheid om behandeling en medicatie te krijgen worden ook in rekening gebracht" (Pari. Doe., Kamer, 2005-2006, n°2478/008, page 137).

> Artikel 62 van de wet van 15 december 1980 eist een volledige en correcte motivering van de administratieve beslissingen. Deze motivering moet rekening houden met de elementen van het dossier

in het geheel en hierop antwoorden op pertinente wijze zodat de eiseres de redenering en de draagwijdte van de akte kan begrijpen.

Op basis van deze formele motiveringsplicht van bestuurshandelingen en de rechtsbeginselen van behoorlijk bestuur, moeten individuele beslissingen formele gemotiveerd, dwz dat "de motieven die de beslissing schragen in de beslissing zelf moeten worden opgenomen" en dat, volgens art. 3 van de Wet van 1991, "de motivering in de beslissing zelf de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op afdoende wijze".

Om afdoende te zijn, moeten de motivering juist, pertinent, concreet, precies en volledig zijn.

Betreffende artikel 9 ter, dient de motivering te bepalen dat de ziekte niet ernstig is, of dat de zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn.

> De kennelijk beoordelingsfouten kunnen leiden tot de vernietiging van een bestuurshandeling. Worden beschouwd als redelijk beslissingen die verstaanbaar, aanvaardbaar en aannemelijk zijn.

> In casu

4.1. Schending van het gezag van gewijsde van het arrest van 27 juli 2017

In het arrest van 27 juli 2017, die de voormalige beslissing van ongegrondheid vernietigd, was Uw Raad zeer kritisch ten opzicht van de motivering van het medische advies van de arts adviseur, dat door Uw Raad als te algemeen beschreven werd:

"Gelet op deze specifieke gegevens omtrent de aandoening waar beide verzoekers aan lijden en die duidelijk blijken uit de door hen neergelegde attesten die zich in het administratief dossier bevinden, dient dan ook te worden opgemerkt dat de stelling dat "een anxiodepressie een aandoening (is) die spontaan gunstig evolueert", een al te hoge graad van veralgemening vertoont waardoor de vaststelling niet concreet in verband kan worden gebracht met de aandoening waaraan de verzoekers blijkens de voorgelegde medische getuigschriften lijden en waarbij bovendien op geen enkele wijze wordt beoordeeld of de anxiodepressie ook bij een terugkeer naar het land van herkomst of verblijf - dit is blijkens de aanvraag in beide gevallen Irak en niet Marokko - gunstig zal evolueren derwijze dat het gemis aan een adequate behandeling aldaar voor de verzoekers geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling met zich mee brengt. De verzoekers kunnen worden gevolgd waar zij aangeven dat niet wordt gemotiveerd aangaande de gevolgen van een terugkeer naar Irak op (de ernst van) de aandoening. De in de adviezen van 27 september 2013 opgegeven motivering is, gelet op de voorgelegde medische stukken die het concrete ziektebeeld van de verzoekers betreffen en die het oorzakelijk verband tussen de trauma's in Irak en de aandoening bevestigen en die om die redenen tevens gewag maken van een contra-indicatie om terug te keren naar Irak, dan ook niet draagkrachtig en dus niet afdoende om te concluderen dat de aandoening van de verzoekers niet beantwoordt aan het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet. "

Uw Raad heeft beschouwd dat het afdoend vastgesteld is, op basis van de verschillende medische getuigschriften, dat de depressie met PTSD waarvan de eisers allebei lijden, verbonden zijn met Irak, en in het bijzonder met trauma, uitsluitingen, en religieuze en familie discriminatie die zij daar hebben ondergaan. Het werd benadrukt dat de medische getuigschriften wijzen aan dat, in dit kader, een terugkeer naar Irak onwenselijk is en dat het onmogelijk is om naar Marokko terug te keren, aangezien Meneer daar over geen verblijfsvergunning beschikt:

"Samen met de verzoekers stelt de Raad evenwel vast dat de redengeving van de ambtenaar geneesheer niet afdoende is om te besluiten dat de ziekte van de verzoekers geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst. Uit de stukken van het administratief dossier blijkt immers dat de in het kader van de aanvraag voorgelegde attesten inderdaad doen blijken van een oorzakelijk verband tussen de aandoening van de verzoekers en hun land van herkomst (voor de eerste verzoeker) en gewoonlijk verblijf (voor de tweede verzoekster), met name Irak. Niet enkel hebben de verzoekers in hun schriftelijke aanvraag van 26 mei 2009 op duidelijke wijze te kennen gegeven dat de eerste verzoeker de Iraakse nationaliteit heeft en de tweede verzoekster de Marokkaanse en dat beiden zich sinds hun huwelijk in Irak hadden gevestigd, en hebben zij ook duidelijk vermeld dat de eerste verzoeker geen verblijfsrecht kan verwerven in Marokko, doch tevens wordt in verschillende van de door de ambtenaar-geneesheer in rekening genomen medische en paramedische attesten naar voor gebracht dat de anxiodepressieve toestand, met posttraumatische kenmerken, gelieerd is aan de traumatische gebeurtenissen en de ondergane religieuze en familiale uitsluiting en discriminatie in Irak (voor de eerste verzoeker: zie onder meer het attest d.d. 21 juni 2012, voor de tweede verzoekster, zie onder meer de attesten d.d. 24 december 2008, 4 november 2009, 6 november 2009, 3 oktober 2010, 9 juni 2010, 13 oktober 2010, 7 maart 2011, 16 maart 2011, 6 juli 2011, 18 juli 2011, 1 maart 2012 en 1 juli 2012). In verscheidene van de door de verzoekers voorgelegde attesten wordt ook uitdrukkelijk gesteld dat de terugkeer naar Irak (of Marokko) momenteel tegen-geïndiceerd is omwille van diezelfde problematiek. "

Deze elementen werden door de raadsman van de eiser aan de DVZ herhaald, door een mail van 22 november 2017.

De bestreden beslissing en de twee medische adviezen verwijzen niettemin niet naar deze elementen, noch zijn gemotiveerd op basis van die band tussen de medische aandoening waarvan de eisers lijden en hun land van herkomst, Irak, of het feit dat het onmogelijk is voor Meneer om naar Marokko terug te keren aangezien hij daar over geen verblijfsvergunning beschikt.

Dit schendt het gezag van gewijsde van het arrest van Uw Raad van 27 juli 2017.

Dit element schendt ook de motiveringsplicht, zoals voorzien door artikel 62 van de vreemdelingenwet, evenals door de wet van 1991.

4.2. Schending van artikel 9ter van VW en van zorgvuldigheidsplicht voor Meneer A. S. (..)

In zijn advies, stelt de arts-adviseur dat de Lormetazepam niet beschikbaar is Marokko maar dat er "afdoend alternatieve met dezelfde werking" zijn.

De arts-adviseur heeft de eisers nooit ontmoeten en persoonlijk onderzocht, noch bijvullende documenten verzocht, noch de gespecialiseerde arts die de eiser opvolgt gecontacteerd.

De eiser is opgevolgd bij een psychiater, een arts die gespecialiseerd is, in tegenstelling met de arts adviseur van de DVZ.

Verwerende partij heeft haar zorgplicht even als de principes van goed bestuur geschonden, door een beoordeling van de beschikbaarheid van een medische behandeling die niet overeenkomt met de huidige medische behandeling van de eiseres. Zij heeft dit gedaan zonder dat die arts adviseur waarborgen gekregen heeft door de gespecialiseerd arts, dat een wijzing van de medische behandeling van de eiseres aangeraden was.

De Code van geneeskundige plichtenleer (<http://www.ordomedic.be/nl/code/inhoud/>) bepaalt dat:

Art. 124: " Wanneer deze artsen [belast met een deskundige onderzoek] menen een diagnose te moeten stellen of een prognose te moeten maken, mogen zij slechts besluiten formuleren nadat zij de patiënt hebben gezien en persoonlijk hebben ondervraagd, zelfs indien zij gespecialiseerde onderzoeken hebben laten uitvoeren of over elementen beschikken die hen door andere artsen werden medegedeeld'.

Zelf als deze Code geen wetgevende of regelgevende waard heeft en naar artsen gericht is, vormt hij een voorbeeld van goede praktijken die moeten gerespecteerd worden om de medische toestand van de vreemdelingen die een aanvraag gebaseerd op her artikel 9ter van de VW te beoordelen.

In zijn advies nummer 65 van 16 mei 2016 betreffende vreemdelingen met ernstige medische, inclusief psychiatrische problemen (stuk 3), heeft het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio- ethiek beschouwd dat een taak die opgevoerd is in het kader van de procedure van het artikel 9ter van de VW, valt wel onder het toepassingsgebied van het artikel 124 van de Code van geneeskundige plichtenleer:

"Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek kan deze zienswijze niet bijtreden. Wanneer een arts weze het een ambtenaar of niet -advies geeft over een medisch dossier gaat het om een medische handeling, waarvoor die arts onder de medische plichtenleer valt. Zoals uitgewerkt in de inleiding van dit advies behoort ook het ethisch- deontologisch perspectief tot het juridische kader, aangezien de wet zelf de deontologische instanties (Orde der Artsen) de zorg toevertrouwt erover te waken dat de artsen hun plichten naleven. Elke arts, ook de ambtenaar-arts van de Dienst Vreemdelingenzaken, moet zich bijgevolg in zijn medisch handelen richten op en onderwerpen aan dit ethisch-deontologisch kader. Binnen dit kader gaat een advies over het medisch dossier van een patiënt onvermijdelijk en vanzelfsprekend over deze patiënt, en niet alleen over zijn dossier ".

Op basis van die vaststelling, heeft het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek het belang herhaalt voor een arts adviseur om contact met zijn confrater op te nemen indien een onenigheid bestaat op de diagnose of de voorgeschreven behandeling, evenals de patiënt te ontmoeten:

"De collegialiteit is niet de enige reden waarom overleg tussen de ambtenaar-arts en de attesterende en behandelende arts noodzakelijk is in deze context. Volgens het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek stelt de ambtenaar-arts van de Dienst Vreemdelingenzaken dus een medische handeling als hij/zij advies geeft. Deze medische handeling heeft een diagnostische component, aangezien het onder andere gaat over "de beoordeling van [...] de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling [...]" (art. 9ter, §1, vijfde lid van de wet van 15 december 1980). Een beoordeling van een ziekte en van haar graad van ernst kan vanuit medisch perspectief niet anders geïnterpreteerd worden dan als een diagnostische taak, gevolgd door een indicatiestelling, met name de beoordeling van de noodzakelijk geachte behandeling".

Het Raadgevend Comité beschouwt indien het advies van de arts-adviseur verschillend is met het advies van de gespecialiseerd arts, zoals in casu, dat dit overleg imperatief is:

" Wanneer een ambtenaar-arts die niet gespecialiseerd is in de aandoening in kwestie, een advies geeft dat afwijkt van het advies van een specialist in deze aandoening, is overleg tussen beide artsen daarom imperatief. Als na overleg de dissensus blijft bestaan, zijn een gesprek met en een klinisch onderzoek

van de patiënt door de ambtenaar-arts en een advies van een onafhankelijke expert (specialist in de aandoening in kwestie) aangewezen, zoals ook wettelijk mogelijk, maar in de praktijk zelden toegepast". Dit advies, uitgesproken door een officiële en onafhankelijke raadgevende instantie, opgericht in samenwerking dus federale staat en de gemeenschappen, is van die aard dat het kan de rechtspraak van Uw Raad dat de taak van de arts-adviseurs niet onder toepassingsgebied van artikelen 123 en 124 van Code geneeskundige plichtenleer valt, omkeren.

Dit Comité beschikt inderdaad van de expertise om te kunnen beoordelen of de missies van de arts van de DYZ wel onder de plichtenleer valt.

Uw Raad heeft al kunnen, in een arrest nr 173.764 van 31 augustus 2016, een beslissing vernietigen die genomen werd in toepassing van het artikel 9ter VW, waar de arts-adviseur afstand had genomen met het advies van de gespecialiseerd arts, zonder contact te hebben genomen met die arts:

« De surcroît, au vu des mentions susvisées - certes évoquées dans un premier temps de manière sibylline mais ensuite nettement circonscrites dans les rapports fournis en annexe - le Conseil est d'avis qu'en présence de tels risques et de telles affirmations médicales rédigées par un médecin spécialiste qui émet un avis défavorable à l'éloignement de la requérante, la partie défenderesse ne pouvait uniquement se satisfaire de l'opinion de son médecin conseil qui, bien que médecin généraliste reconnu, n'apparaît pas spécialisé dans la branche de la médecine traitant de l'affectation dont souffre la requérante (voy., en ce sens, C.E., arrêt n°119 281, du 12 mai 2003) et relève à l'instar de ce dernier que le médecin conseil de la partie défenderesse 'aurait dû prendre la peine de prendre contact avec les médecins traitants de la requérante pour s'enquérir des risques de rechute de la requérante au lieu de conclure nativement que son état médical ne justifiait plus une prorogation de séjour' ».

In casu, heeft de arts-adviseur de medische behandeling onzijdig veranderd, zonder overleg met de arts van de eiseres en zonder de eiseres te onderzoeken. Hij heeft bijgevolg zijn plichtenleer geschonden evenals de zorgplicht en principes van goed bestuur. Hij heeft ook zijn taak beschreven door artikel 9ter van VW niet gerespecteerd. De bestreden beslissing schendt bijgevolg deze bepalingen.

Dit schendt ook het recht om gehoord te worden. De eiser en zijn artsen zou de gelegenheid hebben moeten krijgen om hun advies te kunnen geven om de aanpassing van de medische behandeling, aangezien die aanpassing betreft elementen die, ter initiatief van de verwerende partij, genomen werd.

Uw Raad heeft al beoordeeld op dat punt :

« 4.2.2.2. Or, a cet égard, la partie requérante fait grief à la partie défenderesse d'avoir examiné de manière unilatérale la question de l'existence et de l'accès aux soins dans son pays d'origine et de ne pas avoir été entendue sur cette question.

Sur ce point, le Conseil estime que, si aucune disposition légale n'impose à la partie défenderesse d'investiguer quant à la situation de l'étranger demandeur d'un droit de séjour, en telle sorte qu'il n'appartient pas à la partie défenderesse d'interpeller ex nihilo la partie requérante avant de prendre sa décision (dans le même sens : CCE, arrêt n° 44 129 du 28 mai 2010 et, dans la même affaire, CE, arrêt n° 210.646 du 24 janvier 2011), il en va autrement lorsque, comme en l'espèce, la partie défenderesse a fondé sa décision sur des informations qu'elle a, d'initiative, recueillies. [...]

4.2.2.3. A cet égard, le Conseil rappelle que dans un arrêt « Khaled Boudjlida », rendu le 11 décembre 2014, la Cour de justice de l'Union européenne a indiqué que le droit à être entendu « fait [...] partie intégrante du respect des droits de la défense, principe général du droit de l'Union [...]. Le droit d'être entendu garanti à toute personne la possibilité de faire connaître, de manière utile et effective, son point de vue au cours de la procédure administrative et avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable ses intérêts [...]. [...] la règle selon laquelle le destinataire d'une décision faisant grief doit être mis en mesure de faire valoir ses observations avant que celle-ci soit prise a pour but que l'autorité compétente soit mise à même de tenir utilement compte de l'ensemble des éléments pertinents. Afin d'assurer une protection effective de la personne concernée, elle a notamment pour objet que cette dernière puisse corriger une erreur ou faire valoir tels éléments relatifs à sa situation personnelle qui militent dans le sens que la décision soit prise, ne soit pas prise ou qu'elle ait tel ou tel contenu [...]. [...] Il résulte de ce quiprécède que le droit d'être entendu avant l'adoption d'une décision de retour doit permettre à l'administration nationale compétente d'instruire le dossier de manière à prendre une décision en pleine connaissance de cause et de motiver cette dernière de manière appropriée, afin que, le cas échéant, l'intéressé puisse valablement exercer son droit de recours. [...] » (CJUE, C-249/13, 11 décembre 2014, Khaled Boudjlida, points 34, 36-37 et 59).

Partant, eu égard à la finalité de ce principe général de droit, l'autorité compétente doit, pour statuer en pleine connaissance de cause, procéder à une recherche minutieuse des faits, récolter des renseignements nécessaires à la prise de décision et prendre en considération tous les éléments du dossier (dans le même sens : C.E., 19 février 2015, n° 230.257). »

4.3. Beschikbaarheid en toegankelijkheid: gebrek aan motivering in verband met de stukken die door verzoekende partij voorgelegd werden

In het kader van hun aanvragen, hebben de eisers verschillende objectieve bronnen neergelegd, betreffende de gezondheidszorgen instellingen, zowel in Irak dan in Marokko.

Verwerende partij verwijst niet naar deze elementen in zijn beslissing. Zij enkel verwijst naar haar eigen bronnen, die zij zelf neerlegt.

De aanvraag van 12 december 2014 werd zo ontwikkeld:

« Afin de saisir plus en profondeur le système des soins de santé irakien il y a lieu de rappeler que l'Irak sort d'une guerre sans précédent avec les Etats-Unis qui aura duré près de huit ans et neuf mois.

Elle a débuté le 20 mars 2003 et s'est achevée le 18 décembre 2011. Actuellement, le pays est à nouveau en guerre et au bord de la guerre civile.

Cette guerre a bien entendu eu des conséquences catastrophiques sur le système des soins de santé irakien.

En effet, comme le soulève un article publié sur le site Internet de l'IRIN4 « l'invasion de 2003 et les conflits récurrents ont eu un impact indéniable sur le système de santé irakien. Le conflit a sévèrement perturbé la fourniture des soins de santé de base, les services de contrôle et de prévention des maladies ainsi que les infrastructures de recherche5. Diverses contraintes - notamment la situation sécuritaire fragile et le manque de services liés à l'eau et à l'électricité - entravent les initiatives visant à remettre le système de santé irakien sur les rails ».

Ainsi, suite à l'invasion de 2003, le système de santé s'est sensiblement dégradé, et Mac Skelton, un contributeur du projet Costs of War, craint qu'il ne se rétablisse jamais. Entre 2003 et 2007, la moitié des 18 000 médecins que comptait encore l'Irak a quitté le pays, selon Medact, une organisation caritative internationale basée en Grande-Bretagne. Rares sont ceux qui pensent revenir un jour.

« Retrouver un système [de soins de santé] solide et d'excellente qualité va demander du temps », a dit à IRIN M. Skelton. « Il est facile de reconstruire des infrastructures, mais il est plus difficile d'inverser des mouvements migratoires ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé, en 2011, l'Irak disposait de 7,8 médecins pour 10 000 habitants - le ratio médecin-patient est deux, trois ou quatre fois plus élevé dans les pays voisins, comme la Jordanie, le Liban, la Syrie et même le Territoire palestinien occupé.

Dans un article publié dans The Lancet, « l'organisation non gouvernementale (ONG) Médecins sans Frontières (MSF) a indiqué que « jusqu'à maintenant, il est extrêmement difficile de trouver des médecins irakiens prêts à travailler dans certaines zones, car ils craignent pour leur sécurité » »8.

Les infrastructures de santé « peinent encore à se relever, en dépit de ressources financières suffisantes, du fait d'un manque de savoir-faire et de stratégie », a noté la revue médicale britannique The Lancet dans l'article Health Services in Iraq (Le système de santé en Irak).

Avec la poursuite des violences sectaires, « même les meilleurs plans sont difficiles à mettre en œuvre », ont ajouté les auteurs Thamer Kadum Al Hilfi, Riyadh Lafta et Gilbert Burnham.

Selon Ahmed Abeid, neurochirurgien à Bagdad: « Le matériel est vieux et nous n'avons pas les nouvelles installations dont nous avons besoin, car elles sont très chères », dit la capitale. Les hôpitaux sont équipés pour les urgences traumatologiques, mais pas pour les opérations chirurgicales plus complexes nécessitant du matériel plus sophistiqué ».

Dans un article publié sur le site de MSF, il est clairement indiqué que la guerre en Irak a plongé le pays dans une situation de crise humanitaire marquée par une dégradation des services de base, en particulier sur le plan de la santé.

MSF indique que « les structures de santé manquent de matériels et de personnels qualifiés. 90% des 180 hôpitaux à travers le pays manquent dramatiquement de ressources humaines. Dans la zone centre et ouest du pays, les structures sont attaquées et occupées par les forces militaires ou les milices armées. En raison de leur statut social, le personnel médical est régulièrement menacé, soumis à des pressions, voire kidnappé ou même tué. L'Association Médicale Iraquienne constate que 50% des 34 000 médecins enregistrés en 2003 ont quitté le pays. Depuis 2003, 2 000 ont été assassinés et 250 kidnappés ».

Au vu de ce qui précède, il est évident que le système des soins de santé irakien est défaillant et les médecins eux-mêmes recommandant à leurs patients d'aller se faire soigner à l'étranger.

Un rapport publié par Médecins Sans Frontières relate clairement la situation des irakiens malades, qui comme mon client, n'ont pas accès aux soins (pièce 10) :

« Un système de santé défaillant: l'état critique de Maysam

Maysam Adnan, de Mossoul, a été récemment victime d'un arrêt cardiaque. Ne pouvant être soignée en Irak, elle doit recevoir un traitement médical dans un autre pays, mais divers facteurs s'y opposent. Le jour où la crise cardiaque a eu lieu, elle a été conduite à l'hôpital local où on l'a réanimée à l'aide de décharges électriques. Les médecins lui ont dit qu'elle devait se faire soigner à l'étranger dans un délai d'un mois, faute de quoi l'état de son cœur se détériorerait à nouveau et ne pourrait plus être traité. Sa famille est extrêmement pauvre, son mari est au chômage et elle-même est mère de sept enfants. Maysam a besoin de recevoir une aide d'urgence mais, comme la plupart des Irakiens qui vivent dans

une ville ravagée par la guerre et qui n'ont ni l'accès aux soins requis ni l'argent nécessaire pour se rendre à l'étranger, ses jours sont en danger. Récapitulatif

Nom de la patiente: Maysam Adnan Dawoud

Profil: Née en 1971. Mariée en 1989 et mère de deux gargons et de cinq filles.

Lieu de résidence: Mossoul, Irak.

Problème médical: La patiente a une fréquence cardiaque accélérée et qui nécessite une opération par cathéter. Son médecin lui a suggéré de subir l'intervention dans un hôpital de New Delhi, en Inde, pour un coût d'environ 4 500 dollars.

Soutien du gouvernement irakien: aucun.

Prise en charge du ministère de la Santé: aucune ».

Le Dr Kasim Khalid Muayad, formateur médical irakien précise a cet encore : « La santé publique pâtit toujours considérablement des conflits armés, mais il faudra attendre des années avant de commencer à avoir une idée claire de l'ampleur des répercussions que cette guerre aura eues sur la société irakienne. J'espère que, grâce à la formation des professionnels de santé et à leur mobilisation personnelle, nous pourrions restaurer l'accès aux soins du peuple irakien » (pièce 10).

Le site du Ministère des Affaires Etrangères précise sur son site Internet concernant le système des soins de santé en Irak:

« La situation est incertaine et non fiable. Infrastructures et médicaments ne sont pas toujours présents partout. Certains hôpitaux souffrent également d'interruptions du courant électrique et de la distribution d'eau. L'insécurité et les check-points peuvent rendre l'accès aux hôpitaux difficile voire impossible à certains endroits. N'oubliez pas votre pharmacie de secours dûment remplie ».

Il n'existe aucun système d'assurance soins de santé qui permettrait à mes clients d'être pris en charge alors qu'ils n'ont aucune ressource en Irak.

Or, ainsi que l'a rappelé le Conseil du Contentieux des étrangers dans un arrêt du 10 octobre 2010 :

« Pour être adéquats au sens de l'article 9ter, les traitements existant dans le pays d'origine doivent être non seulement appropriés mais également suffisamment accessibles à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande. Il importe de se prononcer sur la question de savoir si compte tenu de sa situation individuelle particulière, le demandeur aura un accès suffisant aux soins. » (C.C.E., arrêt n°49.781 du 19 octobre 2010, nous soulignons).

Tel n'est manifestement pas le cas d'espèce dans la situation particulière de mes clients.

Enfin, en tout état de cause, la situation sécuritaire actuelle en Irak est totalement catastrophique.

Le pays est à nouveau au bord de la guerre civile !

En effet, comme le titrait le journal « le Monde » le 19 juin dernier : « peut-on arrêter la quatrième guerre d'Irak ? Après l'offensive victorieuse des djihadistes dans le nord-ouest du pays, Irak entre dans sa quatrième guerre en trente ans : guerre contre l'Iran (1980-1988), guerre contre la coalition internationale (1991), guerre contre les Etats-Unis et le Royaume-Uni (2003) et maintenant guerre entre sunnites et chiites ».

Ainsi, « les jihadistes de l'Etat islamique de l'Irak et du Levant (.EIL) se sont emparés en moins de quinze jours d'une large partie du Nord de l'Irak, dont Mossoul, la deuxième ville du pays, et Tikrit. Ils ont également tenté de prendre la première raffinerie de pétrole du pays, et ont annoncé qu'ils avaient Bagdad en ligne de mire ».

En outre, l'armée irakienne est pour l'instant incapable de reprendre significativement du terrain et le gouvernement a dû lancer un appel aux volontaires et a demandé l'aide des Etats-Unis.

Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) :

« Sur le terrain, les combats risquent bien de provoquer "une crise humanitaire prolongée

L'organisation estime en effet qu'environ 40.000 personnes ont fui les villes de Tikrit et Samarra. "La situation est très volatile, les gens bougent. La plupart des gens en ce moment fuient les combats", rapporte Christiane Berthiaume, porte-parole de l'OIM, lors d'un point presse à Genève.

Plus de 500.000 civils ont fui les combats à Mossoul, deuxième ville d'Irak. "A Mossoul, les hôpitaux ne sont pas accessibles, les écoles et mosquées ont été converties en clinique de fortune pour s'occuper des blessés. Les familles dans l'ouest de la ville ont très peu accès à de l'eau potable et la population de la ville entière a accès à l'électricité que quelques heures par jour", explique Christiane Berthiaume.

L'organisation, qui s'attend à ce que le nombre de déplacés augmente, a besoin très rapidement de 15 millions de dollars (11,1 millions d'euros) pour acheter et distribuer 30.000 articles de secours non alimentaires, 5.000 tentes et mettre en oeuvre le programme pour identifier et évaluer les besoins des déplacés .

Le Haut-Commissaire de l'ONU aux droits de l'Homme, Navi Pillay, dénonce des "exécution sommaires" et des "meurtres extrajudiciaires".

"Des rapports suggèrent que le nombre de personnes tuées au cours des derniers jours serait de l'ordre de plusieurs centaines, et que le nombre des blessés approcherait le millier d'individus", indique Navi Pillay dans un communiqué.

Elle exprime son "extrême inquiétude face à la détérioration dramatique de la situation en Irak" où "des rapports font état d'exécutions sommaires et de meurtres extrajudiciaires et du déplacement massif de près d'un demi-million de personnes" ».

Le 12 juin 2014, Eric DECOUTY, écrivait dans l'Editorial du journal Libération :

« TERREUR. Les Etats-Unis ont perdu la guerre en Irak. Onze ans après l'invasion américaine, sur les décombres du régime de Saddam Hussein, un Etat islamiste, un Etat jihadiste, un Etat terroriste est en passé de naitre. Une force aveugle et sanguinaire qui a prospéré aussi sur la lâcheté de Bachar al-Assad qui aurait encouragé l'implantation des jihadistes en Syrie pour d'ignobles raisons tactiques. Nourri par la haine et la terreur partagée entre sunnites et chiites, par le chaos qui règne depuis des années dans la région, l'Etat islamique en Irak et au Levant (EIL) contrôle désormais un territoire d'une ampleur considérable, riche en pétrole, et qui constitue déjà une tragédie pour les peuples irakien et syrien. Une puissance meurtrière qui représente une terrible menace pour l'Arabie Saoudite voisine et pour la Turquie, qui craint une sécession kurde. Une menace aussi pour l'Europe, terrain toujours privilégié des terroristes. Ce triomphe jihadiste qu'on semble devoir être consacré jusqu'aux portes de Bagdad ne marque pas seulement l'échec de l'invasion américaine de 2003. Il souligne l'impuissance occidentale à endiguer la montée des extrémismes religieux. Des occidentaux désormais confrontés à un danger terroriste probablement jamais atteint et engagé dans ce que le journaliste américain Dexter Filkins a depuis bien longtemps appelé la « guerre sans fin » »¹⁹.

L'Etat Islamique est en train de perpétrer un véritable nettoyage ethnique, Amnesty International a spécifié que « des éléments récemment découverts par Amnesty International indiquent que des membres du groupe armé qui se fait appeler Etat islamique (EI) ont lancé une campagne systématique de nettoyage ethnique dans le nord de l'Irak, commettant des crimes de guerre, notamment des enlèvements et exécutions sommaires de masse, contre les minorités ethniques et religieuses .

(...)

Parmi les minorités ethniques et religieuses prises pour cible dans le nord de l'Irak se trouvent les chrétiens assyriens, les chiites turkmènes et shabaks, les yézidis, les kakais et les mandéens sabéens. De nombreux Arabes et musulmans sunnites qui s'opposent, ou sont soupçonnés de s'opposer, à l'EI ont aussi été visés par ce qui semble être des attaques de représailles »²⁰.

Le 14 octobre dernier, le Journal La Libre précisait que « Le groupe Etat islamique a fait des "avancées importantes" en Irak, a reconnu mercredi le coordonnateur de la coalition internationale conduite par les Etats-Unis, le général à la retraite John Allen.

Lors d'un point de presse au département d'Etat, il a également estimé que les frappes aériennes contre les bastions de VEI en Irak et en Syrie ne produisaient "ni vainqueurs, ni vaincus". »

La situation est d'autant plus grave et inquiétante pour mes clients puisque Monsieur AL SADAOUI est de confession sunnite tandis que son épouse est de confession chiite.

Or, la guerre actuelle en Irak oppose précisément les sunnites aux chiites. Comme il l'a été relevé plus haut, l'Etat Islamique opère en outre, un véritable nettoyage ethnique des chiites.

Il est donc tout à fait impensable que mes clients retournent en Irak dans ses circonstances !!

Enfin, le Ministère des Affaires Etrangères déconseille vivement de se rendre en Irak au vu de la gravité de la situation :

« La situation de sécurité en Irak reste instable et très dangereuse pour tous les voyageurs. La situation dans la Région du Kurdistan est mieux qu'ailleurs en Iraq (cfr. infra). Les mesures de sécurité pour les voyageurs sont pratiquement nulles. Les risques d'attentats et d'actes de banditisme sont importants. Les récents combats dans le nord du pays et le risque que les violences ne s'étendent jusqu'à Bagdad rendent la situation très précaire et volatile. Les récents combats dans la province d'Anbar et Ninive ont fait que la situation est très incertaine et tendue. Ces provinces sont à éviter à tout prix. Le nombre d'attentats à Bagdad a récemment augmenté. Aussi les territoires contestés (les provinces de Diyala, Salahhedine, Tameem et Ninive), et les provinces chiites de Kerbala, Babyon et Wassit sont régulièrement frappés par des attentats et restent donc très dangereux. Les villes de Mossoul (Ninive) et de Kirkouk (Tameem) sont absolument à éviter.

Les provinces du sud de Najaf Muthanna, Qadisiya, Dhi-Qar, Missan et Basra sont relativement plus sûres, mais encore très instables.

Suite aux divergences politiques et communautaires, des manifestations ont lieu sur l'ensemble du territoire irakien. Celles-ci sont parfois accompagnées de violence et les tensions montent de plus en plus. Il se peut que le gouvernement décide subitement l'instauration d'un couvre-feu dans certaines villes ou la fermeture des frontières du pays et/ou entre les provinces. Toute participation ou présence à ces manifestations est à éviter, à tout moment.

Le risque d'enlèvement, sans distinction de nationalité, reste très élevé dans tout le pays. Les étrangers sont les cibles spécifiques d'enlèvement à but lucratif ou politique. Il existe un risque élevé d'holdups et de vols par des bandes criminelles. L'on signale la présence de faux 'check points' sur certaines routes. De plus, les risques liés à la présence de mines et à des opérations militaires en cours ne peuvent être écartés ».

Au vu de ce qui précède, il est évident que le traitement et le suivi médical que nécessite l'état de santé de mes clients n'est ni disponible, ni accessible en Irak.

En outre, les pathologies qui ont été diagnostiquées à mes clients sont précisément liées à leur peur de rentrer dans leur pays d'origine !;

Il faut donc prendre leur situation particulière en considération ;

Le Conseil d'Etat a rappelé dans son arrêt du 31 mai 2012 n°82.175 que l'administration doit également tenir compte de la situation individuelle et particulière du demandeur, dans l'examen de son accès aux soins. Cette situation particulière peut être tout élément invoqué par le demandeur. Ainsi, « Les éléments particuliers dont le requérant avait fait état dans sa demande, relatifs notamment à la nécessité de pouvoir bénéficier d'un service d'urgence médico-psychiatrique et d'un hôpital psychiatrique à proximité avec service fermé, aux obstacles non financiers à l'accès aux soins nécessaires à sa pathologie, à savoir des obstacles structurels liés au manque de ressources médicales (psychiatres et médicaments) en termes de quantité et de qualité et des obstacles liés à la société guinéenne, à savoir l'existence de discriminations à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux, ne sont aucunement rencontrés par la décision entreprise, laquelle se limite à faire état de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement médicamenteux et du suivi médical requis au pays d'origine. ».

1. Quant à la situation générale des soins de santé au Maroc et accessibilité aux soins

Dans un rapport intitulé « Les soins de santé de base - Vers un accès équitable et généralisé », rendu public le 9 décembre 2013, Le Conseil Economique Social et Environnemental Marocain pointe les trop nombreuses défaillances qui affaiblissent et rendent, en définitive, peu efficace le système de soins de santé marocain.

Les maux sont nombreux; je n'en citerais ici que quelques-uns et je renvoie pour le surplus au texte du rapport en question :

- les inégalités dans les soins de santé (liés notamment à la position géographique ou au genre) ;
- une pénurie aigue en professionnels de santé qui se manifeste en particulier dans le service public avec une concentration importante des médecins les plus qualifiés dans le secteur médical privé qui se révèle bien entendu extrêmement coûteux et en conséquence pas accessible à la majorité des citoyens;
- des prix des médicaments anormalement élevés ;
- un manque criant de coordination et de moyens logistiques pour le système public de stockage et de distribution des médicaments qui se révèlent en conséquence largement inefficace;
- des dépenses en matière de soins de santé supportées principalement par les ménages eux-mêmes, ...

En conclusion, l'état des soins de santé marocain, malgré les efforts entrepris par le gouvernement en place, reste catastrophique.

Ce rapport n'est bien entendu pas le premier à souligner cette situation.

Ainsi, un rapport de l'association marocaine des droits humains (AMDH) relève que « La santé publique au Maroc souffre d'un manque considérable en matière d'infrastructure de santé, tant pour les soins et le traitement que pour la prévention et l'hygiène ».

En outre « s'il on tient compte des données du rapport des nations unies sur le développement humain en 2002, il apparaît que pour cent mille habitants, le nombre de médecins est de 312 au Portugal, 219 en Irlande contre 46 pour le Maroc ».

De surcroît, « les cas de mauvaise qualité de services de santé se rencontrent dans de nombreux rapports, études et recherches, thèses et mémoires, etc... Les manifestations d'un tel manque de qualité des services sont diverses : vétusté des équipements, manque d'organisations, pénurie de ressources financières, déséquilibre entre de nombreux demandeurs de services effectifs et prestataires. La mauvaise qualité des services est manifeste dès l'entrée dans les hôpitaux: attroupement, manque de structure, d'orientation et d'accueil, spectacles des patients malades ou blessés, en train de souffrir et gémir, abandonnés à leur sort sur le seuil ou dans les couloirs ».

De son côté, le programme des Nations Unies pour le développement considère que le financement du système de santé au Maroc est globalement insuffisant par rapport aux pays comparables et ne dépassent pas 4,5 à 5% du pays²⁹.

En effet, « La dépense globale de santé est faible et est nettement inférieure à celle d'autres pays à revenu comparable. Cette dépense repose pour près de 60% sur les ménages, l'Etat ne contribuant par les ressources fiscales qu'à 26% de cette dépense. La part du budget de l'Etat consacrée à la santé est

nettement inférieure à celle d'un grand nombre de pays à revenu comparable. Les dépenses publiques locales sont presque insignifiantes (1 %).³⁰ »

Et Abdelkrim BENNIS de poursuivre : « En fait, les nombreuses insuffisances, le mode financement et les dysfonctionnements entraînent des iniquités pour ne pas dire des injustices importantes. Ceci fait que seule la population la plus riche et dans une certaine mesure la population ayant une assurance maladie peuvent accéder assez correctement au système. (...).

Selon l'enquête nationale du niveau de vie (ENNVM) faite par la Direction de la statistique du Ministère du plan (1998/99), plus de 33% de la population s'abstient de recourir aux soins de santé. La proportion des demandes de soins non satisfaites sont près de 2,5 fois plus élevées chez la population la plus pauvre que chez la plus riche. (...) Des iniquités importantes existent même pour l'accès aux soins gratuits dans les structures du Ministère de la santé. C'est ainsi que moins de 5% de la population non couverte par une assurance maladie les plus pauvres (les 20% les plus pauvres) bénéficient gratuitement des soins dans les hôpitaux publics contre 67% de la population la plus riche. »

Le Conseil Economique Social (ci-après « CSE ») et Environnemental a rendu un rapport véritablement alarmant sur l'accès aux soins de santé au Maroc ;

Le CSE tire la sonnette d'alarme. Selon le rapport, «le système de santé traîne de lourds handicaps : discrimination, déficit en personnel, faible accessibilité aux soins, etc ».

D'après le rapport du CSE, le secteur des soins de santé marocain est marqué par une pénurie du personnel soignant. Selon le Ministère de la santé, il manque 6000 médecins et 9000 paramédicaux au Maroc.

Selon le Pr. Hakima Himmich, rapporteur de la Commission permanente chargée des affaires sociales du CESE, le pays :

« connaît une grave pénurie en professionnels de santé, et de grandes disparités dans leur répartition entre régions et dans une même région, entre milieux urbain et rural Le ratio médecins/habitants ne répond pas aux normes préconisées par l'OMS. Il est de 6,2 médecins pour 10 000 habitants, loin derrière le Liban, la Jordanie, la Tunisie et l'Algérie. La densité du personnel paramédical formé aux soins liés à l'accouchement est en deçà de 2,28 pour 1 000 habitants, définis par l'OMS comme seuil critique. Le ministère de la Santé évalue le déficit en médecins à 6 000 et celui des paramédicaux à 9 000. Ce déficit est d'autant plus problématique que le secteur privé fonctionne aussi avec du personnel soignant du secteur public. Ce déficit va s'aggraver lors des dix prochaines années, avec le départ à la retraite de 24% des paramédicaux, ce qui représente environ 7 000 personnes. Les principales causes de cette pénurie sont le nombre insuffisant de médecins et d'infirmiers formés, l'insuffisance de postes budgétaires, l'émigration des médecins et des infirmiers, notamment vers l'Europe. En 2011, le nombre de Marocains travaillant dans le domaine de la santé en France était estimé à plus de 5 000. A cela, il faut rajouter les difficultés d'affectation et de rétention dans les zones éloignées et enclavées ».

Concernant l'accessibilité des médicaments celui-ci affirme que :

« Le budget que le ministère de la Santé réserve aux médicaments est passé de 1,6 milliard de DH en 2012 à 2,2 milliards en 2013 sans pour autant répondre aux besoins, y compris ceux des bénéficiaires du Ramed. En effet, la part des dépenses de santé directement prise en charge par les ménages s'élève à 53,6%, dont la moitié est consacrée à l'achat de médicaments.

Les arrêtés qui déterminent les modalités de fixation des prix des médicaments sont obsolètes et contribuent à leur prix élevé. Les prix pourraient être réduits de 60% en moyenne en passant du princeps (molécule d'origine) aux génériques, étant entendu qu'il est formellement prouvé que la qualité du médicament générique est équivalente à celle du médicament princeps. Or le taux de pénétration du médicament générique au Maroc n'est que de 42%), toutes consommations confondues, alors qu'il est de 70% aux États-Unis. Les marges de distribution sont les mêmes, quel que soit le prix du médicament. Le système de stockage et de distribution des médicaments du secteur public est très centralisé, posant d'énormes problèmes, comme en témoignent les difficultés de stockage et de conservation, les grandes quantités de médicaments périmés, les retards de livraisons et les ruptures de stock. La baisse des prix des médicaments que nécessite le succès de la couverture médicale de base suppose une réforme globale du système actuel et la refonte totale de la réglementation des prix des médicaments »³⁴.

Aujourd'hui, 53% des dépenses de santé sont supportées par les ménages alors qu'il est reconnu que les médicaments coûtent très cher au Maroc ;

En outre, concernant la prise en charge dans la santé mentale, le Maroc est en sous-effectif.

En effet, le Maroc compte actuellement de 27 établissements publics spécialisés dans le traitement des maladies mentales.

« La capacité litière de l'ensemble de ces structures est, selon les données fournies par le ministère de la Santé, de 1 725 lits. Les structures existantes sont, à l'évidence, en deçà des besoins de la population.

On remarque paradoxalement que la capacité litière est, partout et depuis des années, en baisse continue. Alors qu'elle atteignait à Berrechid seulement un millier de lits vers le milieu des années 1970, elle ne dépasse guère actuellement 240 lits. Et à Tit Mellil, elle est passée de 400 lits à 140, puis à 120 pour finalement se situer à 86 lits. Soit, en fin de compte, une baisse d'environ 80%. A Meknès, le nombre de lits réservés aux malades mentaux, qui atteignait initialement 120, n'en garantit plus que 58. S'il n'y a pas assez de places dans ces centres, il n'y a pas non plus assez de personnel. En tout, ils sont quelque 320 psychiatres d'exercer au Maroc. Soit moins d'un médecin et deux infirmiers pour 100 000 habitants, a indiqué Hicham El Berri, chef de la Division des maladies non transmissibles, Direction de Vépidémiologie et de lutte contre les maladies au ministère de la Santé. Pourquoi sont-ils peu nombreux ? Pour Omar Battas, professeur de psychiatrie et directeur de l'UFR, il y a de multiples raisons à cela. Tout d'abord, parce que la psychiatrie est une discipline relativement récente dans notre pays. «L'imaginaire collectif considère que les malades mentaux sont assez particuliers, et que les gens qui s'en occupent sont assez bizarres, quand ils ne sont pas malades eux-mêmes». Ceci ne motive certainement pas les jeunes médecins pour choisir cette spécialité.

En plus d'être peu nombreux, ils sont également très mal répartis. En effet, les seuls 172 psychiatres du secteur public se concentrent essentiellement dans les grandes villes. Pour preuves, 35,5% de ces spécialistes se trouvent dans les seuls CHU de Casablanca et Rabat, avec 35 psychiatres à Casablanca et 26 à Rabat, soit au total 61 psychiatres. Au CHU de Fès, il y a huit psychiatres et neuf au CHU de Marrakech, alors que le chiffre le plus élevé pour les autres établissements ne dépasse pas cinq, ce qui représenterait approximativement, pour une ville comme Agadir, un psychiatre pour 70 000 habitants. Nombreux sont donc les établissements d'hospitalisation qui n'ont qu'un seul psychiatre bien qu'ils aient une capacité litière assez élevée. C'est pourquoi certains psychiatres seraient affectés contre leur volonté ou par mesure disciplinaire officielle ou implicite dans des régions déshéritées, ce qui ne manque pas de peser et sur leur rendement et sur leur relation avec les usagers » 35

Mes clients ne pourront donc manifestement pas avoir accès à une prise en charge effective de leur état de santé;

Enfin, c'est à tort que l'Office des étrangers, lorsqu'il s'agit du Maroc, signale qu'à l'heure actuelle, il existe pour les personnes démunies une aide médicale appelée le Ramed.

Or le Ministre de la Santé, Lhoussaine Louardi a déclaré en mars 2013 à propos de l'exécution du RAMED que :

« Tout d'abord en ce qui concerne l'accès aux soins et la répartition de l'offre de soins à l'échelle nationale, nous ne sommes pas du tout satisfaits parce que c'est un régime social de proximité. Il va donc falloir faire un effort colossal dans ce sens. Le deuxième dysfonctionnement se situe au niveau des médicaments. Nous avons déployé au niveau du ministère de grands efforts en termes de quantité, puisqu'en 2011 le ministère de la santé a acheté 675 millions DH de médicaments à l'échelle nationale, en 2012 nous avons atteint 1,4 milliard DH et en 2013 nous sommes à 2,2 milliard DH. Mais malgré la multiplication par quatre de la quantité de médicaments, les citoyens ne les reçoivent pas; il faut que les médicaments arrivent à destination au niveau des centres de santé. Il y a aussi un problème au niveau de l'accueil, nous essayons d'y remédier par la mise en place du guichet Ramed et le recrutement d'assistantes sociales. Puis il y a le problème de l'achat des dispositifs médicaux qui coûtent extrêmement cher avec une enveloppe budgétaire de 190 millions DH, en plus de 40 millions pour les hôpitaux régionaux afin que les citoyens n'achètent plus ces dispositifs médicaux. Quid des moyens d'accompagnement, notamment en ce qui concerne les ressources humaines, l'amélioration des infrastructures et du plateau technique ? C'est vrai, nous avons beaucoup de problèmes dans ce sens, au niveau des ressources humaines, au niveau des infrastructures, au niveau du matériel médico-technique et biotechnique. Mais cela ne concerne pas seulement le Ramed, c'est un dysfonctionnement et une insuffisance qui concerne le système de santé en général» .

Mes clients ont connu de problèmes importants en raison de leur différence religieuse au Maroc;

ils ont donc fui le pays et rompu les liens avec leur famille ; ils sont donc seuls et sans ressources au Maroc ;

Ils ne travaillent pas et n'ont donc pas les moyens de faire face au coût qu'entraînerait le suivi médical et le traitement médical qui leur est indispensable ;

Enfin, c'est précisément en raison des problèmes connus dans leur pays d'origine et de l'angoisse générée par un retour que mes clients ont développés leurs pathologies actuelles »;

Nog in zijn mail van 22 november 2017, legden de eisers een artikel neer, betreffende de gezondheidstoestand in Irak, waarmee de verwerende partij niet rekening heeft gehouden.

De bestreden beslissing, die niet verwijst naar deze elementen, kan niet als afdoend gemotiveerd beschouwd worden. De motivering van de bestreden beslissing moet aan de verzoekende partij de gelegenheid geven om te kunnen vaststellen dat de verwerende partij een zorgvuldige en serieuze analyse heeft uitgevoerd van alle elementen die ter kennis van haar werden gebracht, quod non in casu.

4.4. De motivering van de bestreden beslissing betreffende de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen in Irak is tegenstijdig met de stukken van het administratieve dossier
36« Lhoussaine Louardi: Prendre soin du personnel médical pour un meilleur rendement» disponible sur <http://nouvsmaroc.blogspot.be/2013/03/lhoussaine-louardi-prendre-soin-du.html>
In het negatieve advies, stelt de arts-adviseur dat de zorgen in Irak beschikbaar en toegankelijk zouden zijn.

Die appreciatie is gebaseerd op MedCOI rapporten.

Deze MedCOI rapporten geven geen appreciatie van de toegankelijk van de zorgen.

Uit komt het medische advies dat:

"The information is limited to the availability of medical treatment, usually at a particular clinic/health institute, in the country of origin; it does not provide information on the accessibility of treatment. The information is collected with great care. The Medical Advisors Office does its utmost to include accurate, transparent and up-to-date information within a limited time frame. However, this document does not claim to be exhaustive. No rights like (medical liability) claims can be derived from its contents "

Het feit dat de zorgen beschikbaar zouden zijn is in strijd met elementen voortvloeiend uit stukken daar door de verwerende partij aan het administratieve dossier werden toegevoegd.

Betreffende de psychiatrische behandeling, komt het uit een rapport "Country Fact Sheet Access to healthcare: Iraq-Update", dat:

"Mental illnesses probably affect half of the Iraqi population and the few existing psychiatrists in Iraq usually left the country.

Decades of violence affect the mental wellbeing of people and, in turn, 'undermine the capacity of the country to heal and grow.' An article in the New Internationalist magazine explains:

'Iraq has the added dynamic of years of cumulative trauma but many Iraqis do not necessarily recognize mental health problems. Without treatment these problems manifest in anxiety, depression, smoking, alcoholism and even suicide. The World Health Organization defines mental health as 'a state of wellbeing in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.' Since psychological disorders affect the normal functioning of people, treatment for mental health problems should be provided as a human right. Because of its effect on the country at large and those it touches, long term trauma can be detrimental to a nation.'

6.2 Access to treatment

Iraq has only 400 psychiatrists while it needs around 5,000.¹⁵⁵

Dit element spreekt tegen het feit dat psychiatrische opvolging effectief beschikbaar is.

De appreciatie van de beschikbaarheid moet inderdaad concreet zijn, en niet theoretisch.

De zelfde opmerkingen geldt voor de beschikbaarheid van de medische zorgen voor de kanker. Uit het voorgemelde rapport, komt het uit dat:

"Oncology remains problematic in Iraq because there are few specialists. Although the Iraqi authorities claim that 80 to 85% of cancers can be treated, a lot of wealthy Iraqis travel abroad to receive their treatments. 76 Indeed, some treatments are not available and the low sanitary standards sometimes compromise the quality of the treatments. "

Dat in casu, de MedCoi rapport nr BMA 9139 betreffende de behandeling van een totale laryngectomie, stelt dat de follow up enkel in één ziekenhuis beschikbaar is, gelegen in Bagdad, te Bagdad Medical City Hospital.

Objectieve bronnen tonen bijgevolg duidelijk dat de medische behandeling voor de psychiatrische aandoening evenals dan voor de kanker, niet effectief beschikbaar en toegankelijk zijn.

De motivering van de bestreden beslissing, die enkel verwijst naar de Med COI rapporten, zonder verwijzen naar de inhoud van deze objectieve bronnen die zij zelf aan het administratieve dossier heeft toegevoegd, toont een gebrek aan zorgvuldige analyse van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen.

De beslissing is bijgevolg niet afdoend gemotiveerd.

4.5. De motivering van de bestreden beslissing betreffende de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen in Marokko is tegenstijdig met de stukken van het administratieve dossier

Het medische advies stelt dat de zorgen ook in Marokko beschikbaar en toegankelijk zijn.

Het komt niet uit stukken van het administratieve dossier dat de zorgen niet effectief toegankelijk zijn.

De medische zorgen zouden gedeeltelijk toegankelijk zijn voor de staatsburgers die over de RAMED mogen beschikken.

Het komt niettemin uit dat, zelf voor degenen die over de tussenkomst van de RAMED mogen beschikken, staat er geen zekerheid dat de zorgen in verband met de stemprothese effectief beschikbaar en toegankelijk zijn.

Het document van MedCOI Medcoi BDA-20170919-MA-6613 stelt het tegenovergesteld:

"AMO beneficiaries receive a reimbursement of MAD 300 for medical devices for laryngectomies. It was not possible to find out if speech prosthesis were available in public facilities

De beslissing, dat enkel stelt dat de zorgen ook in Marokko beschikbaar zouden zijn, terwijl andere objectieve rapporten die zij zelf aan het administratieve dossier heeft toegevoegd dit tegenspreekt, kan niet beschouwd zijn als afdoend gemotiveerd."

2.2. De motieven van de bestreden beslissing kunnen op eenvoudige wijze in die beslissing gelezen worden zodat verzoekende partijen er kennis van hebben kunnen nemen en hebben kunnen nagaan of het zin heeft de bestreden beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover zij in rechte beschikken.

In de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag ervan, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, en naar de adviezen van de arts-adviseur die de medische elementen die voor verzoekende partijen werden aangevoerd heeft onderzocht en daarop concludeerde dat er medisch gezien geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar Irak of Marokko omdat de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in beide landen. Derhalve, zo besluit de verwerende partij in de bestreden beslissing, kan uit het voorgelegde medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkenen lijden aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit en evenmin dat betrokkenen lijden aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkenen gewoonlijk verblijven. Uit deze motieven blijkt dat de verwerende partij zich bij het nemen van de bestreden beslissing volledig gesteund heeft op het advies van de arts-adviseur, dat moet worden beschouwd als integraal deel uitmakend van de bestreden beslissing.

Een motivering door verwijzing naar het uitgebrachte advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Vooreerst moet de inhoud van de stukken waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende gemotiveerd zijn en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgevalen door de verwerende partij (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734, NV BAECK en JANSEN). Verzoekende partijen betwisten niet dat zij in het bezit werden gesteld van de adviezen en tonen verder niet aan dat en om welke redenen de bestreden beslissing, samen gelezen met de adviezen, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht.

Er is dan ook voldaan aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht, zoals voorgeschreven in de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en artikel 62 van de vreemdelingenwet (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.358; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.357; RvS 21 september 2005, nr. 149.149; RvS 21 september 2005, nr. 149.148). Verzoekende partijen maken niet duidelijk op welk punt deze formele motivering hen niet in staat zou stellen te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissing is genomen derwijze dat niet voldaan zou zijn aan het hiervoor uiteengezette doel van de formele motiveringsplicht.

2.3. Waar de verzoekende partijen inhoudelijke argumenten ontwikkelen tegen de bestreden beslissing, voeren zij in wezen de schending aan van de materiële motiveringsplicht, zodat dit onderdeel van het middel vanuit dit oogpunt wordt onderzocht. Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van deze van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is kunnen komen.

2.4. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding.

2.5. De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht wordt onderzocht in het licht van de aangevoerde schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door *"(d)e in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een*

onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft”.

2.6. Het advies van de ambtenaar-geneesheer van 1 december 2017 ten aanzien van eerste verzoekende partij bevat de volgende motieven:

“NAAM: A. A.-S., S. (..) (R.R.: xxxxxxxxxxxxxxxx)

Mannelijk

nationaliteit: Irak

geboren te Kerbala op 01.01.1950

adres: (..)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 12-12-2014

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

-Standaard Medisch getuigschrift d.d. 27-10-2011 van Dr. Jamouille, huisarts met de volgende informatie: psychiatrische behandeling nodig omwille van familiaal en religieus conflict, medicatie: Dominal, Zalidar, Omeprazole

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 1-3-2012, 21-6-2013 van Dr. Jamouille, huisarts, met identieke informatie als SMG d.d. 27-10-2011

-Standaard Medisch getuigschrift d.d. 21-11-2014 van Dr. Bourdouxhe-Koch, psychiater met de volgende informatie; Posttraumatisch stress-syndroom met regressie, behandeld met Alprazolam en psychotherapie

-Verslag van Dr. Bourdouxhe-Koch d.d. 18-7-2014: melancholische depressie sinds 3 jaar

-Attest van de heer Claessens, psycholoog d.d: 9-10-2014: depressie door PTSD met zelfmoord gedachte

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 21-8-2015 van Dr. Bourdouxhe-Koch, psychiater met als informatie: ernstige depressie met risico op suicide medicamenteuze therapie en opvolging psychotherapie

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 3-12-2015 van Dr. Bourdouxhe-Koch met diagnose van PTSD met suicide gedachten, behandeld met Alprazolam

-Verslag psycholoog d.d. 19-3-2015,30-6-2015,3-12-2015 angst voor terugkeer naar moslimland omwille van gemengd huwelijk

-Verslag psycholoog d.d. 14-3-2016,15-9-2016: ongewijzigde situatie

-Standaard Medisch getuigschrift d.d. 14-11-2016 van Dr. Huet, ORL, met de volgende informatie: operatie in 2016 wegens kanker van de stembanden, nabehandeling met radiotherapie. Bijkomende medicatie: Medrol

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 25-2-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met diagnose van depressie

-Standaard medisch Getuigschrift d.d. 13-6-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met diagnose van depressie en diagnose larynxcarcinoom

-Standaard medisch Getuigschrift d.d. 7-9-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met diagnose van depressie en diagnose larynxcarcinoom

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 2-11-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met de volgende informatie; dubbele diagnose van ernstige depressie met angst en kanker van de larynx, chirurgisch en. radiotherapeutisch behandeld

-Standaard Medisch getuigschrift d.d. 23-5-2016 van Dr. Lonchay, oncoloog met als informatie larynx carcinoom met nood tot radiotherapie

-Attest van Dr. Lonchay met vermelding van diagnose van larynxcarcinoom met behandeling van radiotherapie, gunstige prognose

-Standaard Medisch getuigschrift d.d.? van ? met diagnose van depressie gekend sinds 2012 met als behandeling Lormetazepam en Alprazolam, bijkomend larynxcarcinoom

-Aanvraag consult ORL18-4-2016

-Aanvraag CT18-4-2016

-Aanvraag onderzoek stomatoloog d.d. 28-4-2016

-Aanvraag onleesbaar

-Aanvraag orthopantomogram d.d. 28-4-2016

-Aanvraag Pet -CT 28-4-2016

-Overzicht van de verschillende afspraken

-Verslag van hospitalisatie voor verwijderen stembanden op datum van 25-4-2016

-Afspraak voor ingreep (3)

-Aanvraag Pet-scan d.d. 8-8-2016 wegens tumor stembanden, bilan post-radiotherapie

-Aanvraag CT voor posttherapeutisch bilan d.d. 18-8-2016

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 11-1-2017 van Dr. Huet, ORL, malnutritie na totale laryngectomie op 9-1-2017

-Verslag multidisciplinair oncologisch overleg dd. 9-12-2016: tumor van de rechter stemband met invasie van de voorste commissuur zonder tekens van overschrijden van de mediane grens type cT2cN0cM0, behandeld met radiotherapie van 9-6 tot 26-7-2016. Recidief 4 maand na behandeling, beslissing tot totale laryngectomie

-Preoperatoir protocol d.d. 8-1-2017

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d.21-4-2017 van Dr. Bourdouxhe-Koch, met als diagnose ernstige depressie met desastreuze mentale toestand na laryngectomie door verlies van stem, medicatie Lormetazepam en Alprazolam

-Verslag van 7-2-2017 van psycholoog: angst voor doodstraf bij terugkeer naar Irak

-Standaard Medisch getuigschrift d.d.15-6-2017 van Dr. Jamoulie, huisarts, met als informatie: depressie en status na laryngectomie wegens kanker. Betrokkene gebruikt een sternprothese maar deze functioneert niet naar behoren. Nood aan opvolging oncologie, ORL en logopedie

-Postoperatieve controle na laryngectomie d.d. 1-6-2017: stemre-ductie gestopt na 1 maand klinisch geen bijzonderheden, planning tot endoscopie

-Aanvraag endoscopie d.d. 1-6-2017

-Attest van behandeling d.d. 1-6-2017 van Dr. Huet ORL

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 7-7-2017 van Dr. Bourdouxhe-Koch ernstige depressie herstellend van kanker, medicatie Alprazolam en Lormetazepam

-Aanvraag endoscopie op datum van 1-6-2017

-Attest van Dr. Huet d.d. 1-6-2017 dat betrokkene stem re-educatie volgt na zijn totale laryngectomie

-Verslag d.d. 11-7-2017 van psycholoog, voornaamste probleem is angst voor terugkeer naar Irak

-Attest arbeidsongeschiktheid van 24-8-2017 tot 8-8-2017

In samenvatting uit de aangeleverde medische documenten kunnen we besluiten dat betrokkene, een man van 67 jaar afkomstig uit Irak zich aanmeld met een dubbele medische problematiek:

Diagnose van een stemband tumor in juni 2016, initieel behandeld met radiotherapie, maar met recidief en nood tot totale laryngectomie in februari 2017. Periode van malnutritie. Problemen met spraakprothese en nood aan logopedie en opvolging

Psychiatrische problematiek met vooral angstsymptomen behandeld met Lormetazepam en Alprazolam, (benzodiazepines). Twee maal per maand volgt hij psychotherapie bij een psycholoog samen met zijn echtgenote. De angst voor terugkeer naar een moslimland is zeer uitgesproken omwille van het gemengde huwelijk. Uit de uitgebreide rapportering kunnen we evenwel geen enkele evolutie besluiten en beperkt zich tot het feit van angst voor vervolging en eventuele executie (dit zijn geen medische aandoeningen).

In het dossier zijn geen tegenindicaties tot reizen vermeld evenmin de nood aan mantelzorg.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Gezien bovenvermelde familiale situatie werd de beschikbaarheid onderzocht voor zowel Irak als Marokko,

Irak:

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is1 :

Aanvraag Medcoi van 26-7-2017 met het unieke referentienummer 9763

Aanvraag Medcoi van 3-2-2017 met het unieke referentienummer 9139

De noodzakelijke medische opvolging is beschikbaar in Irak: psychotherapie zowel door psychiater en psycholoog zijn beschikbaar in ambulante en hospitaal omgeving. Voor de opvolging van de oncologische problematiek zijn ORL-specialisten, oncologen en logopedisten beschikbaar. Er is eveneens ervaring met spraakprothesen.

De medicatie die betrokkene inneemt is beschikbaar in Irak zie bijlage 2

Marokko:

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is2;

Aanvraag Medcoi van 17-4-2017 met het unieke referentienummer 9542

Aanvraag Medcoi van 16-9-2017 met het unieke referentienummer 10094

2. De noodzakelijke medicatie is beschikbaar in Marokko, ondanks het feit dat Lormetazepam niet beschikbaar is; zijn er erg genoeg alternatieven met dezelfde werking. Zie bijlage 2 bis.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat betrokkene, een man van 67 jaar ondanks de zware medische problematiek volwaardig kan verzorgd worden in zijn thuisland en zijn land van herkomst. In Marokko zowel als Irak is de noodzakelijke medicatie beschikbaar, namelijk benzodiazepines van het type Alprazolam, Lormetazepam en Lorazepam.

De medische zorg is eveneens beschikbaar. Een follow-up door oncologen en ORL specialisten is in beide landen beschikbaar eveneens de logopedische behandeling. In het kader van zijn spraakproblematiek na de totale laryngectomie is in beide landen een spraakprothese beschikbaar. Psychiatrische hulp is eveneens aanwezig.

Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen.

Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Toegankelijkheid zorg in Irak:

De gezondheidszorg in Irak was gebaseerd op een kosten delend systeem onder controle van het ministerie voor gezondheid (Ministry of Health MoH) waarbij de overheid het grootste deel van de kosten droeg met een minimaal aandeel van de patiënt. Voor deze bijdrage kreeg de patiënt de toegang tot de zorg die gratis verstrekt werd of aan een minimale bijdrage.³ De gezondheidszorg is georganiseerd op 3 niveaus: primaire gezondheidszorg (PHC), PHC subcenters en de ziekenhuizen, elk met hun eigen opdrachten.

Deze situatie is volledig veranderd door de conflictsituatie van de voorbije jaren. De WHO geeft de volgende beschrijving in 2016 van toestand: "Iraq's health system is faltered of the conflict, displacement and disease outbreaks. National health systems have been disrupted an infrastructure has been destroyed and looted. There is a widespread lack of essential medicines, medical supplies and nutritional supplements.

Oncologie blijft problematisch omwille van het gebrek aan specialisten. Behandeling en follow-up zijn beschikbaar evenals radio- en chemotherapie maar de kwaliteit is zeer laag. Officieel is de zorg gratis. Opgemerkt wordt wel dat de meeste bewoners naar het buitenland gaan voor hun zorgen.⁶

Specifiek voor de aandoening van betrokkene: de verschillende modaliteiten van verzorging zouden beschikbaar zijn⁷; de zorgen voor opvolging door een oncoloog en neus-keel-oorspecialist zijn gratis. Op gebied van toegankelijkheid voor de specifieke begeleiding door een spraaktherapeut, wordt evenwel vermeld dat er geen toegankelijkheid is tot een logopedist (een specialisme dat niet erkend of gekend is) in Irak, en dat de spraak prothese dient geïmporteerd te worden vanuit het buitenland.⁸ Dit is eventueel van belang als er problemen zijn met de huidige prothese.

Psychiatrische behandeling is zeer schaars in Irak en wordt zeer negatief ervaren. In Bagdad zijn er 3 ziekenhuizen die een psychiatrische dienst hebben. Buiten de hoofdstad is er geen zorg aanwezig. Normaal gesproken is de zorg in publieke instellingen gratis. Een private consultatie kan oplopen in prijs.[®]

In Irak hebben oudere personen recht op een pensioen wanneer ze lang genoeg bijgedragen hebben aan de sociale zekerheid. Ook als aan deze voorwaarde niet voldaan wordt kan er op bijstand gerekend worden.

Toegankelijkheid zorg in Marokko:

De gezondheidszorg in Marokko wordt bij wet geregeld sinds 2002 met als doel een volledige dekking van de gezondheidszorgen. Er zijn twee systemen: aan de ene kant de RAMED = régime d'aide sociale Médicale dat de basisbehoeften dekt, aan de andere kant de AMO = Assurance Maladie Obligatoire dat bestuurd wordt door de ANAM ~ l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie met als doel de dekking van de gezondheidszorgen voor bedienden en gepensioneerden uit de private en publieke sector, studenten, vroegere verzetsstrijders en leden van het vrijheidsleger. Nog niet iedereen is verzekerd via één van deze instellingen. Bijkomend is er nog de CNSS = Caisse Nationale de Sécurité Sociale en de CNOPS = - Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale. Belangrijk is dat de RAMED voor zijn begunstigden alle kosten dekt voor verzorging en medicatie wanneer de patiënt naar een publieke instelling gaat voor verzorging. In de andere gevallen dient afhankelijk van het specialisme en de arts een toeslag betaald te worden. Er zijn twee categorieën die kunnen genieten van de voordelen

van RAMED: degenen die als kwetsbaar beschouwd worden betalen een bijdrage van MAD 120 (10 euro) per persoon en degenen die als arm beschouwd worden kunnen gratis genieten van het systeem . Specifiek voor betrokkene: Voor de kosten van een behandeling bij de psychiater gelden dezelfde regels als voor andere aandoeningen: personen die tot de RAMED groep behoren betalen niets als zij zich laten verzorgen in publieke Instellingen, voor CNOPS is de terugbetaling 80% voor CNSS 70% en AMO krijgen eveneens een terugbetaling¹¹.

In het kader van de oncologische behandeling geldt dezelfde regel als voor alle andere specialiteiten: de prijs van de consultaties en behandelingen worden geregeld door conventies tussen de beroepsuitoefenaars en de autoriteiten. Dit houdt in dat de personen die onder de AMO vallen 70- tot 100% van de bedragen die overeengekomen zijn terugbetaald krijgen. Er is een variatie afhankelijk van de ernst van de aandoeningen en dit impliceert dat voor oncologie 95 tot 100% terugbetaald wordt. Wanneer men valt onder het RAMED systeem wordt alles terugbetaald in publieke instellingen. Opgemerkt dient te worden dat in een publieke instelling niet altijd alles voorhanden is, zoals b.v. een spraakprothese. Die dient betrokkene zelf te betalen en kost ongeveer 4.200 MAD = 378 euro (prijs nog te vervullen met accessoires), iemand die valt onder het AMO sociaal systeem krijgt hiervoor 300 MAD terugbetaald.¹²

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de psychische pathologie en de oncologische pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Irak en Marokko

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Irak en Marokko.

2.7. Het advies van de ambtenaar-geneesheer van 1 december 2017 ten aanzien van tweede verzoekende partij bevat de volgende motieven:

“NAAM: H., A. (..) (R.R.: xxxxxxxxx)

Vrouwelijk

nationaliteit Marokko

geboren te Nas Hamo op 05.01.1976

adres: (..)

ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon In het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 12-12-2014.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

-Attest psycholoog d. d. 6-11-2009: diagnose van PTSD met belangrijke factor van depressie zich uitend door anhedonie, vermoeidheid, beperkte uiting van gevoelens, negatief toekomstbeeld

-Attest van psycholoog d.d. 15-11-2010 dat betrokkene lijdt aan PTSD met tekens van depressie en neurovegetatieve hyperactiviteit

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 13-10-2010 van Dr. Rihoux psychiater met diagnose van majeure depressie en PTSD behandeld met Paroxetine en Dominal

-Attest van Dr. Jamouile d.d. 15-10-2010 met verklaring dat betrokkene lijdt aan een chronische aandoening

-Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 16-3-2011 van Dr. Rihoux met verklaring dat betrokkene lijdt aan een PTSD met angst en depressie behandeld met Paroxetine en Dominal

-Attest van psycholoog d.d. 7-3-2011: diagnose van PTSD, depressie en angst, lichte beterschap maar labiel omwille van niet kennen asielstatus

-Medisch attest van Dr. Jamouile, huisarts d.d. 11-3-2011 met vermelden van chronische aandoening duur behandeling 2 jaar en 1 jaar verbod tot roken

-Attest van de psycholoog d.d. 18-7-2011 met ongewijzigde informatie

-Standaard medisch getuigschrift dd. 18-7-2011 van Dr. Jamouile, huisarts, met ongewijzigde informatie

-Attest van Dr. Jamouile dd. 19-7-2011 met identieke informatie als 11-3-2011

-Attest van psycholoog d.d. 26-10-2011: zelfde symptomatologie iets beter, mogelijks door zwangerschap

-Standaard Medisch getuigschrift d.d. 26-10-2011 van Dr. Jamouile, huisarts, depressie en niet geplande zwangerschap

-Begeleidend schrijven van betrokkene dd. 7-3-2012 bij indienen dossier

-Attest van psychologe d.d. 5-3-2012: zelfde diagnostiek verergerd door voorval in Luik, opvolging nodig in kader van zwangerschap

- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 1-7-2012 van Dr. Jamoule, huisarts met diagnostiek van angst en depressie in kader van PTSD en risicozwangerschap
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 1-3-2012 van Dr. Jamoule, huisarts met diagnostiek van angst en depressie in kader van PTSD. Medicatie te hervatten na bevalling
- Attest van volgen psychotherapie d.d. 2-7-2012
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 21-11-2014 van Dr. Bourdouxhe-Koch, psychiater, met de volgende informatie: aangekomen in België na geleefd te hebben in Marokko en Irak in een toestand van PTSD, met bijkomende angststoornis. Medicatie: Alprazolam? (zeer slecht leesbaar geschrift)
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 19-3-2015 van Dr. Bourdouxhe-Koch met vermelding van ernstige depressie met mutisme medicatie Alprazolam
- Attest psycholoog d.d. 9-10-2014: ernstige depressie met PTSD en suïcide gedachten
- Schrijven van Dr. Bourdouxhe-Koch d.d. 18-7-2014: melancholische depressie
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 21-8-2015 van Dr. Bourdouxhe-Koch met vermelding van ernstige depressie met mogelijks neiging tot suïcide* medicatie Alprazolam
- ~ Attest psycholoog d.d. 19-3-2015, 30-6-2015, 3-12-2015: depressie door PTSD
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 3-12-2015 van Dr. Bourdouxhe-Koch met vermelding van ernstige depressie met mogelijks neiging tot suïcide, medicatie Alprazolam
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 25-2-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met vermelding van depressie, zelfmoordpoging; medicatie Alprazolam, Folavit
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 2-11-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met vermelding van depressie, zelfmoordpoging, verslechtering door vaststellen kanker bij echtgenoot; medicatie Zolpidem
- Attest van psycholoog d.d. 14-3-2016, 15-9-2016 met zelfde diagnostiek, verergeren van problematiek door vaststellen kanker bij echtgenoot
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 15-6-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met vermelding van depressie, zelfmoordpoging, verslechtering door vaststellen kanker bij echtgenoot; medicatie Alprazolam, Folavit
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 7-9-2016 van Dr. Bourdouxhe-Koch met vermelding van depressie, zelfmoordpoging, verslechtering door vaststellen kanker bij echtgenoot; medicatie Alprazolam
- Standaard Medisch getuigschrift d.d. 7-7-2017 van Dr. Bourdouxhe-Koch zonder nieuwe elementen: depressie met PTSD, medicatie Alprazolam. Psychotherapie twee maal per maand samen met echtgenoot
- Attest psycholoog d.d. 11-7-2017: ernstige depressie met zelfmoordgedachten
- Standaard Medisch getuigschrift d.d. 21-4-2017 van Dr. Bourdouxhe-Koch geen nieuwe elementen
- Attest d.d. 25-4-2017 van psycholoog: situatie onveranderd gekenmerkt door angst en depressieve stoornis met PTSD
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d.? Dr. Bourdouxhe-Koch depressie, verergerd door kanker van echtgenoot» medicatie Zolpidem
- Attest van psycholoog d.d. 7-2-2017: bevestiging van de toestand van betrokkene met zware depressie en PTSD

Uit de medische documenten kunnen we het volgende besluiten:

- Betrokkene is een dame van 41 jaar afkomstig uit Marokko, Het dossier vermeldt dat zij via Irak, waar zij woonde met haar partner, een Iraakees, naar België gekomen is
 - Het medisch probleem situeert zich in de psychische sfeer met een PTSD, depressie met angst en "tentatives de suïcide", zelfmoordpogingen, waar geen objectivatie van data, of verslagen van eventuele hospitalisatie zijn terug te vinden in het dossier. Verschillende symptomen die kaderen in de diagnose van depressie worden vermeld gaande van mutisme, angst, desoriëntatie, slaapproblemen, nachtmerries,.. worden in de verschillende attesten vermeld. Zij wordt sinds 2009 gevolgd door psychologen, In de verschillende medische documenten kunnen we geen enkele evolutie noch positief, noch negatief weerhouden. Sinds januari na het vaststellen van kanker bij de partner gaat de situatie eerder achteruit.
 - De behandeling is vooral psychotherapie tweemaal per maand en als medicatie Zolpidem.
- In het medisch dossier is geen tegenindicatie voor reizen weerhouden, noch zijn er argumenten voor mantelzorg.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Gezien het land van herkomst en het land van verblijf verschillend zijn; werd er een opzoeking naar beschikbaarheid voor beide landen uitgevoerd.

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze Informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):

Marokko:

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI databank die niet-publiek is 1:

- Aanvraag Medcoi van 17-4-2017 met het unieke referentienummer 9542

2. De medicatie is beschikbaar in Marokko zie bijlage 2

Irak:

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is 2:

- Aanvraag Medcoi van 21-2-2017 met het unieke referentienummer 9117

2. De medicatie is beschikbaar

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat betrokkene een dame van 41 jaar van Marokkaanse origine via Irak naar België gekomen met haar partner de zorg die zij nodig heeft kan ontvangen zowel in Irak als Marokko. Psychiaters, psychologen evenals opvang bij acute situaties zijn beschikbaar in beide landen evenals de nodige medicatie Zolpidem.

Toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds,... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen.

Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Toegankelijkheid zorg Marokko:

De gezondheidszorg in Marokko wordt bij wet geregeld sinds 2002 met als doel een volledige dekking van de gezondheidszorgen. Er zijn twee systemen: aan de ene kant de RAMED = régime d'aide médicale dat de basisbehoeften dekt, aan de andere kant de AMQ = Assurance Maladie Obligatoire dat bestuurd wordt door de ANAM - l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie met als doel de dekking van de gezondheidszorgen voor bedienden en gepensioneerden uit de private en publieke sector, studenten, vroegere verzetsstrijders en leden van het vrijheidsleger. Nog niet iedereen is verzekerd via één van deze instellingen. Bijkomend is er nog de CNSS = Caisse Nationale de Sécurité Sociale en de CNOPS - * Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale. Belangrijk is dat de RAMED voor zijn begunstigten alle kosten dekt voor verzorging en medicatie wanneer de patiënt naar een publieke instelling gaat voor verzorging. In de andere gevallen dient afhankelijk van het specialisme en de arts een toeslag betaald te worden. Er zijn twee categorieën die kunnen genieten van de voordelen van RAMED; degenen die als kwetsbaar beschouwd worden betalen een bijdrage van MAD120 (10 euro) per persoon en degenen die als arm beschouwd worden kunnen gratis genieten van het systeem. Voor de kosten van een behandeling bij de psychiater gelden dezelfde regels als voor andere aandoeningen: personen die tot de RAMED groep behoren betalen niets als zij zich laten verzorgen in publieke instellingen, voor CNOPS is de terugbetaling 80% voor CNSS 70% en AMO krijgen eveneens een terugbetaling 4

Specifiek voor betrokkene kan gesteld worden dat de psychiatrische zorg en behandeling ten laste van de staat is. De zorg is nog in volle ontwikkeling dankzij een programma van het Ministerie van Volksgezondheid. De zorg is beschikbaar in de publieke sector in verschillende regionale ziekenhuizen. Het probleem blijft hier zoals in vele "derde" landen dat psychiatrie zeer gestigmatiseerd wordt 5

Toegankelijkheid zorg Irak:

De gezondheidszorg in Irak was gebaseerd op een kosten delend systeem onder controle van het ministerie voor gezondheid (Ministry of Health MoH) waarbij de overheid het grootste deel van de kosten droeg met een minimaal aandeel van de patiënt. Voor deze bijdrage kreeg de patiënt de toegang tot de zorg die gratis verstrekt werd of aan een minimale bijdrage. 8 De gezondheidszorg is georganiseerd op 3 niveaus: primaire gezondheidszorg (PHC), PHC subcenters en de ziekenhuizen, elk met hun eigen opdrachten.

Deze situatie is volledig veranderd door de conflictsituatie van de voorbije jaren. 7 De WHO geeft de volgende beschrijving in 2016 van toestand: "Iraq's health system is faltered of the conflict, displacement and disease outbreaks. National health systems have been disrupted an infrastructure has been destroyed and looted. There is a widespread lack of essential medicines, medical supplies and nutritional supplements".

Specifiek voor betrokkene kan gesteld worden dat zij behandeld kan worden in verschillende publieke instellingen: de meeste primaire gezondheidscentra en de hospitalen van de tweede lijn bieden psychiatrische hulp. Elk overheidshospitaal beschikt over een afdeling psychiatrie voor opname. De zorgen zijn ten laste van de gezondheidszorg. In Bagdad zelf zijn er 3 ziekenhuizen die een psychiatrische dienst hebben. Door de stigmatisering van psychiatrische aandoeningen wenden velen zich tot de private sector. Een private consultatie kan evenwel oplopen in prijs.

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.¹⁰

Uit deze gegevens kunnen we concluderen dat betrokkene kan terugkeren zowel naar Irak als Marokko omdat in beide landen de zorg toegankelijk is.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de psychiatrische pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Irak en Marokko.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Irak en Marokko."

2.8. Verzoekende partijen betogen in de eerste plaats dat er sprake is van een schending van het gezag van gewijsde van het arrest van 27 juli 2017 en benadrukken dat de Raad erop gewezen heeft dat de medische getuigschriften gewag maken van het feit dat de depressie met PTSD verbonden is met Irak, in het bijzonder met trauma, uitsluitingen en religieuze en familiale discriminatie aldaar ondergaan, zodat een terugkeer naar Irak in dat kader onwenselijk is en verder dat het onmogelijk is naar Marokko terug te keren omdat eerste verzoekende partij daar niet over een verblijfsvergunning beschikt.

2.9. De Raad stelt vast dat hij in zijn arrest van 27 juli 2017, nr. 190 113 als volgt geoordeeld heeft naar aanleiding van het beroep van verzoekende partijen tegen een eerdere weigeringsbeslissing inzake de aanvraag op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet van 26 mei 2009:

"Samen met de verzoekers stelt de Raad evenwel vast dat de redengeving van de ambtenaargeneesheer niet afdoende is om te besluiten dat de ziekte van de verzoekers geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst. Uit de stukken van het administratief dossier blijkt immers dat de in het kader van de aanvraag voorgelegde attesten inderdaad doen blijken van een oorzakelijk verband tussen de aandoening van de verzoekers en hun land van herkomst (voor de eerste verzoeker) en gewoonlijk verblijf (voor de tweede verzoekster), met name Irak. Niet enkel hebben de verzoekers in hun schriftelijke aanvraag van 26 mei 2009 op duidelijke wijze te kennen gegeven dat de eerste verzoeker de Iraakse nationaliteit heeft en de tweede verzoekster de Marokkaanse en dat beiden zich sinds hun huwelijk in Irak hadden gevestigd, en hebben zij ook duidelijk vermeld dat de eerste verzoeker geen verblijfsrecht kan verwerven in Marokko, doch tevens wordt in verschillende van de door de ambtenaargeneesheer in rekening genomen medische en paramedische attesten naar voor gebracht dat de anxio-depressieve toestand, met posttraumatische kenmerken, gelieerd is aan de traumatische gebeurtenissen en de ondergane religieuze en familiale uitsluiting en discriminatie in Irak (voor de eerste verzoeker: zie onder meer het attest d.d. 21 juni 2012, voor de tweede verzoekster, zie onder meer de attesten d.d. 24 december 2008, 4 november 2009, 6 november 2009, 3 oktober 2010, 9 juni 2010, 13 oktober 2010, 7 maart 2011, 16 maart 2011, 6 juli 2011, 18 juli 2011, 1 maart 2012 en 1 juli 2012). In verscheidene van de door de verzoekers voorgelegde attesten wordt ook uitdrukkelijk gesteld dat de terugkeer naar Irak (of Marokko) momenteel tegen-geïndiceerd is omwille van diezelfde problematiek.

Gelet op deze specifieke gegevens omtrent de aandoening waar beide verzoekers aan lijden en die duidelijk blijken uit de door hen neergelegde attesten die zich in het administratief dossier bevinden, dient dan ook te worden opgemerkt dat de stelling dat “een anxiodepressie een aandoening (is) die spontaan gunstig evolueert”, een al te hoge graad van veralgemening vertoont waardoor de vaststelling niet concreet in verband kan worden gebracht met de aandoening waaraan de verzoekers blijkens de voorgelegde medische getuigschriften lijden en waarbij bovendien op geen enkele wijze wordt beoordeeld of de anxiodepressie ook bij een terugkeer naar het land van herkomst of verblijf - dit is blijkens de aanvraag in beide gevallen Irak en niet Marokko - gunstig zal evolueren derwijze dat het gemis aan een adequate behandeling aldaar voor de verzoekers geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling met zich mee brengt. De verzoekers kunnen worden gevolgd waar zij aangeven dat niet wordt gemotiveerd aangaande de gevolgen van een terugkeer naar Irak op (de ernst van) de aandoening. De in de adviezen van 27 september 2013 opgegeven motivering is, gelet op de voorgelegde medische stukken die het concrete ziektebeeld van de verzoekers betreffen en die het oorzakelijk verband tussen de trauma's in Irak en de aandoening bevestigen en die om die redenen tevens gewag maken van een contra-indicatie om terug te keren naar Irak, dan ook niet draagkrachtig en dus niet afdoende om te concluderen dat de aandoening van de verzoekers niet beantwoordt aan het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Bijgevolg schendt de bestreden beslissing de uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorzien in artikel 3 van de wet van 29 juli 1991.”

De Raad heeft er in voormeld arrest op gewezen dat uit de voorgelegde medische attesten blijkt dat er een oorzakelijk verband werd geattesteerd tussen de aandoening van verzoekende partijen en Irak en waarbij in de aanvraag ook wordt gewezen op het feit dat eerste verzoekende partij geen verblijfsrecht kan verwerven in Marokko.

2.10. Waar verzoekende partijen betogen dat de verwerende partij weer volledig voorbijgaat aan de link tussen de medische toestand van verzoekende partijen en de gebeurtenissen in Irak, gaan zij evenwel zelf voorbij aan de overwegingen van de arts-adviseur in het medisch advies waar hij stelt: *“Psychiatrische problematiek met vooral angstsymptomen behandeld met Lormetazepam en Alprazolam, (benzodiazepines). Twee maal per maand volgt hij psychotherapie bij een psycholoog samen met zijn echtgenote. De angst voor terugkeer naar een moslimland is zeer uitgesproken omwille van het gemengde huwelijk. Uit de uitgebreide rapportering kunnen we evenwel geen enkele evolutie besluiten en beperkt zich tot het feit van angst voor vervolging en eventuele executie (dit zijn geen medische aandoeningen).”*

De Raad stelt vast dat verzoekende partijen tegen deze bevindingen niks concreets inbrengen, terwijl het hen toekomt duidelijk uiteen te zetten waarom de gegeven motivering gebrekkig is.

Uit de meest recente voorgelegde attesten blijkt inderdaad dat daarin slechts de voorgeschiedenis van verzoekende partijen geattesteerd wordt en dat verzoekende partijen een terugkeer niet zien zitten omwille van hun gemengd huwelijk. Zo wordt geattesteerd: *“Un retour vers un pays musulman leur paraît, en tant que couple mixte, évidemment dangereux vu le contexte actuel de grande tension au sein du monde musulman entre chiïtes et sunnites”* (eigen vertaling : Een terugkeer naar een islamitisch land lijkt voor de betrokkenen, als gemengd koppel, evident gevaarlijk gelet op de actuele context van grote spanning tussen sjiïeten en soennieten in de islamitische wereld). Hieruit blijkt dat inderdaad het enkel de verklaringen van de verzoekende partijen zelf zijn die geattesteerd worden waarom voor hen een terugkeer problematisch is. Een terugkeer wordt door de behandelende arts/psycholoog in eerste instantie afgeraden enkel vanwege een gebrek aan noodzakelijke zorg bij terugkeer (*“En tant que psychologue, je suis convaincu que le soutien psychothérapeutique et médicamenteux prescrit par le Docteur Koch sont indispensables à leur santé et il me semblerait donc dommageable qu'ils perdent cet accompagnement inaccessible tant au Maroc qu'en Irak”*) (eigen vertaling : In de hoedanigheid van psycholoog ben ik ervan overtuigd dat de psychotherapeutische en medicamenteuze ondersteuning voorgeschreven door dr Koch noodzakelijk zijn voor hun gezondheid en het lijkt mij schadelijk dat zij deze ondersteuning verliezen bij terugkeer naar Marokko of Irak wegens gebrek aan dergelijke ondersteuning aldaar). Evenwel heeft de arts-adviseur vastgesteld dat dergelijke ondersteuning wel degelijk aanwezig is bij terugkeer.

In die context is het dan ook geenszins kennelijk onredelijk dat de arts-adviseur besluit dat er slechts sprake is van angst voor vervolging en eventuele executie hetgeen geen medische aandoeningen zijn en nu blijkt dat de medische behandeling voor hun aandoening voorhanden is bij terugkeer, zodat dit ook geen beletsel vormt om de aanvraag af te wijzen.

Ook waar er verder nog geattesteerd wordt in de voorgelegde medische stukken dat gelet op hun levensloop een terugkeer ernstige gevolgen zal hebben op hun psychische gezondheid kan dit de bevindingen van de arts-adviseur niet aan het wankelen brengen. Immers blijkt uit de afwijzing van de eerste asielaanvraag dat verzoekende partijen steeds in Marokko hebben gewoond en dat er geen geloof gehecht kan worden aan hun verklaringen dat zij na hun huwelijk naar Irak zijn vertrokken. De verklaringen van verzoekende partijen dat hun mentale toestand verbonden is aan de ondergane gebeurtenissen in Irak mist dan ook grondslag. In die zin is het dan evenmin kennelijk onredelijk om te oordelen dat de uitgebreide rapportering over de angst voor terugkeer zich slechts beperkt tot het vermelden van deze angst.

Zo heeft de commissaris-generaal als volgt geoordeeld:

“Daarenboven dient te worden opgemerkt dat u niet aannemelijk weet te maken dat u op 28 juni 2006 naar Irak terugkeerde en tot 28 september 2007 in Karbala bij uw schoonbroer verbleef. Niet alleen weet u het paspoort dat u bij uw reis van Marokko naar Irak gebruikte niet voor te leggen (zie gehoorverslag CGVS, p. 4), daarnaast legde u tijdens het gehoor voor het Commissariaat-generaal tegenstrijdige verklaringen af over hetgeen met dit paspoort gebeurd zou zijn. Zo verklaarde u aanvankelijk dat u dit document in Irak achterliet maar toen u werd gevraagd dit document voor te leggen wijzigde u deze verklaringen vervolgens door te stellen dat u dit document verscheurde omdat u het niet meer nodig had (zie gehoorverslag CGVS, p. 4). Uw onvermogen om dit document voor te leggen en de tegenstrijdige verklaringen die u omtrent dit document aflegde, roepen ernstige twijfel op over uw bewering dat u in 2006 gebruikmakend van dit paspoort naar Irak terugkeerde. Het door u neergelegde document betreffende uw hospitalisatie in Karbala in juli 2006 en januari 2007 (in de marge dient nog aangestipt dat u tijdens het gehoor op het CGVS geen melding maakte van het feit dat u in januari 2007 diende te worden opgenomen), een attest opgesteld door het Iraqi National Accord/Karbala Office gedateerd op 25 september 2007 betreffende uw ontvoeringen in 2006, het overlijden van uw nicht en de ontvoering van uw neef en een attest opgesteld door de politie van Karbala op 25 september 2007 wijzigen deze verklaringen niet. Vermits uw verklaringen omtrent de betreffende feiten afwijken van de verklaringen van uw echtgenote hieromtrent dient het waarheidsgehalte van deze documenten immers te worden betwijfeld. Wat betreft het schrijven afkomstig van de "mokhtar" van de wijk Alhossein opgesteld in september 2007 en het schrijven afkomstig van de directeur van het politiebureau van de wijk Alhossein opgesteld in september 2007 dient te worden vastgesteld dat deze documenten een gesolliciteerde indruk maken. Bijgevolg kunnen deze documenten evenmin weerhouden worden als bewijs van uw bewering dat u in de periode 2006-2007 in Irak verbleef. Het feit dat u tijdens het gehoor voor het Commissariaat-generaal enige kennis etaleerde over de actuele levensomstandigheden in Karbala wijzigt deze vaststelling niet, uw verklaringen omtrent de actuele levensomstandigheden in Karbala betreffen immers feiten waarover wereldwijd gerapporteerd werd en werden daarenboven op een weinig doorleefde manier verteld (zie gehoorverslag CGVS, pp. 6-8).

(..)

Bovenvermelde opmerkingen laten niet toe geloof te hechten aan uw asielrelaas en hebt u niet aannemelijk weten te maken dat u na uw vertrek naar Marokko in 1982 naar Irak terugkeerde. Bijgevolg biedt u de asielinstanties niet de mogelijkheid een correcte inschatting te maken van uw vrees in de zin van de Conventie en kan evenmin een correcte inschatting gemaakt worden van uw nood aan subsidiaire bescherming – temeer daar u te kennen gaf dat u in Marokko probleemloos een verblijfsvergunning wist te bekomen (zie gehoorverslag CGVS, p. 2).

(..)”

Het beroep tegen voormelde weigeringsbeslissing werd door de Raad verworpen bij arrest nr. 18 305 van 3 november 2008 daar de verzoekende partijen niet ter terechtzitting zijn verschenen.

Eerste verzoekende partij heeft nadien nog twee asielaanvragen ingediend maar heeft de ongeloofwaardigheid met betrekking tot een verblijf in Irak na het huwelijk met de echtgenote niet kunnen herstellen. Zo wijst de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen bij de afwijzing van de tweede asielaanvraag op 24 juni 2015 erop dat eerste verzoekende partij niet aannemelijk maakte na het vertrek naar Marokko in 1982 teruggekeerd te zijn naar Irak en dat de nieuwe elementen die worden aangebracht in kader van de tweede asielaanvraag de geloofwaardigheid van het asielrelaas verder ondermijnen.

Het beroep tegen voormelde beslissing werd door de Raad bij arrest nr. 157 255 van 27 november 2015 verworpen nu eerste verzoekende partij er niet in is geslaagd de motieven van de beslissing te weerleggen.

Ook in de beslissing van weigering van inoverwegingname van de derde asielaanvraag van 12 mei 2017 wordt erop gewezen dat eerste verzoekende partij niet aannemelijk heeft gemaakt sinds het vertrek naar Marokko in 1982 ooit teruggekeerd te zijn naar Irak. Zij maakt voorts ook niet aannemelijk omwille van vluchtmotieven niet terug te kunnen naar Irak. Evenmin komt zij in aanmerking voor subsidiaire bescherming.

Het beroep tegen voormelde beslissing werd door de Raad verworpen bij arrest nr. 190 341 van 1 augustus 2017.

Nu verzoekende partijen niet aannemelijk hebben gemaakt in Irak verbleven te hebben, kunnen zij evenmin overtuigen met de stelling dat zij aldaar problemen gekend hebben die hun medische aandoening zou veroorzaakt hebben.

Nu blijkt dat de arts-adviseur wel degelijk de link tussen de medische aandoening en Irak in ogenschouw heeft genomen en hieromtrent heeft gemotiveerd, en verzoekende partijen niks concreets inbrengen tegen deze motivering, meer nog, nu ook uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat er geen geloof gehecht kan worden aan de verklaringen inzake verblijf in Irak en bijgevolg de daaruit voortvloeiende problemen, kunnen verzoekende partijen niet overtuigen met hun stelling als zou de verwerende partij op dat vlak het gezag van gewijsde van 's Raads arrest nr. 190 113 hebben geschonden.

2.11. De Raad stelt evenwel vast dat de verzoekende partijen wel gevolgd kunnen worden waar zij verder betogen dat er een probleem rijst inzake de toegankelijkheid van de medische zorgen in Irak. Immers blijkt dat eerste verzoekende partij afkomstig is uit Kerbala, een provincie in Zuid-Irak. Zoals blijkt uit de afgewezen asielaanvragen is er geen probleem voor terugkeer naar Kerbala.

De Raad wijst er daarbij op dat in het kader van het onderzoek met betrekking tot artikel 9ter van de vreemdelingenwet het volstaat dat verwerende partij vaststelt dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, waaronder inbegrepen dat van verzoekende partij redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat zij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst/gewoonlijk verblijf begeeft waar zij een behandeling kan verkrijgen.

De Raad stelt vast dat het onderzoek van de arts-adviseur inzake de behandelingsmogelijkheden in Irak zich beperkt heeft tot een onderzoek naar de behandelingsmogelijkheden in de hoofdstad, Bagdad. Zo erkent de arts-adviseur bij het toegankelijkheidsonderzoek dat er buiten de hoofdstad geen psychiatrische zorg aanwezig is.

In hun verzoekschrift wijzen de verzoekende partijen er ondermeer op dat de onveiligheid in Irak en check-points de toegang tot ziekenhuizen zeer moeilijk, zelfs onmogelijk kan maken in bepaalde gebieden (zie verzoekschrift p. 12).

In de geschetste context van Irak (meer bepaald de veiligheidssituatie aldaar) kwam het de verwerende partij toe, wanneer zij meent dat behandeling in Bagdad voorhanden is, en nu uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat verzoekende partijen kunnen terugkeren naar Kerbala in het zuiden van Irak, na te gaan of er voor verzoekende partijen geen hindernissen zijn om zich te begeven naar Bagdad om aldaar de noodzakelijke zorg te verkrijgen. De verwerende partij brengt in de nota met opmerkingen geen argumenten naar voren die voormelde vaststelling kunnen ontkrachten.

Het onderzoek wat betreft de geografische toegankelijkheid van de zorgen in Irak is aldus gebrekkig en schendt het zorgvuldigheidsbeginsel.

2.12. De Raad stelt verder evenwel vast dat de arts-adviseur ook een onderzoek heeft gevoerd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen voor verzoekende partijen in Marokko. Verzoekende partijen menen echter dat dit onterecht is, in de eerste plaats voor wat eerste verzoekende partij betreft omdat zij in de aanvraag aangegeven had dat zij aldaar geen verblijfsvergunning kan krijgen en ook de Raad hierop in zijn arrest van 27 juli 2017 heeft gewezen.

Lezing van het arrest van 27 juli 2017 leert evenwel dat de Raad in zijn arrest nergens op affirmatieve wijze gesteld heeft dat het aangetoond is dat eerste verzoekende partij niet terug kan naar Marokko bij gebrek aan een verblijfsvergunning. De Raad wijst enkel op hetgeen gesteld is in de aanvraag.

Thans stelt de Raad vast dat de arts-adviseur een onderzoek heeft gevoerd zowel naar wat betreft Irak als naar wat betreft Marokko. In zijn adviezen motiveert hij dit door te stellen: *“Gezien bovenvermelde familiale situatie werd de beschikbaarheid onderzocht voor zowel Irak als Marokko”* en: *“Gezien het land van herkomst en het land van verblijf verschillend zijn; werd er een opzoeking naar beschikbaarheid voor beide landen uitgevoerd.”* De Raad stelt aldus vast dat de arts-adviseur oog heeft gehad voor het gegeven dat eerste verzoekende partij de Iraakse nationaliteit en tweede verzoekende partij de Marokkaanse nationaliteit heeft en er verder op wijst dat het land van herkomst en het land van verblijf verschillend zijn. Dit strookt met de gegevens van het administratief dossier waaruit blijkt dat – hoewel de eerste verzoekende partij de Iraakse nationaliteit heeft en Irak aldus het land van herkomst betreft – eerste verzoekende partij sinds 1982 steeds in Marokko heeft gewoond, ook na het huwelijk met tweede verzoekende partij, en nooit terug is gekeerd naar Irak. Verder blijkt ook uit de stukken van het administratief dossier dat eerste verzoekende partij verblijfsgerechtigd was in Marokko en zelf verklaarde geen problemen te hebben met het verkrijgen van een verblijfsvergunning aldaar. In het licht van deze gegevens is het dan ook geenszins incorrect noch kennelijk onredelijk dat de arts-adviseur oordeelt dat het land van verblijf wat betreft eerste verzoekende partij Marokko is, hetgeen ook het land van herkomst van tweede verzoekende partij is. Bijgevolg heeft de arts-adviseur niets anders gedaan dan wat van hem verwacht wordt in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, met name wanneer hij vaststelt dat het gaat om een ernstige ziekte die behandeling behoeft, na te gaan of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst of het land van verblijf van verzoekende partijen.

Het loutere feit dat verzoekende partijen simpelweg poneren, zonder enig objectief stavingsstuk, dat eerste verzoekende partij geen verblijfsvergunning kan bekomen in Marokko, overtuigt in het licht van de gegevens van het administratief dossier niet. De Raad benadrukt dienaangaande nogmaals de vaststelling dat eerste verzoekende partij sinds 1982 probleemloos in Marokko heeft kunnen verblijven, aldaar ook gehuwd is met een Marokkaanse en zelf verklaard heeft dat hij geen problemen heeft om aldaar een verblijfsvergunning te verkrijgen.

2.13. Nu verzoekende partijen niet aannemelijk hebben gemaakt dat de arts-adviseur op verkeerde gronden een onderzoek naar de medische zorgen in Marokko heeft gevoerd, bespreekt de Raad de kritiek van verzoekende partijen inzake de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen aldaar.

2.14. Verzoekende partijen wijzen erop dat de arts-adviseur vaststelt dat Lormetazepam niet beschikbaar is in Marokko maar dat er alternatieven zijn met dezelfde werking. Zij wijzen er evenwel op dat eerste verzoekende partij opgevolgd wordt door een psychiater, hetgeen de arts-adviseur niet is, en dat deze laatste eerste verzoekende partij niet persoonlijk onderzocht heeft noch de behandelend psychiater gecontacteerd heeft.

2.15. Er wordt allereerst benadrukt dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet niet vereist dat een identieke of zelfs even kwaliteitsvolle behandeling als deze in België kan worden genoten in het herkomstland of land van verblijf. Het kan volstaan dat een adequate behandeling van de aandoening in het herkomstland/land van verblijf beschikbaar en toegankelijk is voor de betrokken vreemdeling.

De verzoekende partijen betwisten op zich niet dat de door de arts-adviseur gehanteerde bronnen leren dat er in Marokko genoeg alternatieven voor Lormetazepam zijn met dezelfde werking. Op basis van deze vaststelling stelt de arts-adviseur vast dat voor zover Lormetazepam niet voorhanden is in Marokko, deze medicatie kan worden vervangen door alternatieven met dezelfde werking, die wel zeker beschikbaar zijn.

De arts-adviseur heeft zodoende op duidelijke wijze geoordeeld dat de voorgestelde vervanging van de medicatie mogelijk is en dat de beschikbare medicamenteuze behandeling geschikt en adequaat is. Er blijkt niet dat de arts-adviseur dienaangaande nog enige verdere redengeving of verder bronnenmateriaal ter staving van zijn standpunt diende voor te leggen om te besluiten tot de beschikbaarheid van een adequate behandeling in Marokko (cf. RvS 6 oktober 2016, nr. 236.016).

De beoordeling door de arts-adviseur dat de huidige behandeling met Lormetazepam kan worden vervangen door een behandeling met alternatieve medicatie betreft een strikt medische beoordeling op basis van de medische gegevens die voorlagen. Het behoort tot de uitsluitende bevoegdheid van de arts-adviseur om op grond van de voorliggende medische gegevens te oordelen of een verandering van medicatie medisch verantwoord is, gelet op onder meer de medische voorgeschiedenis van de patiënt,

eventuele bijwerkingen en de doeltreffendheid van de betreffende medicatie. De Raad is niet bevoegd om zich op dit punt uit te spreken. Gelet op de in artikel 9ter van de vreemdelingenwet vastgelegde vrije appreciatiebevoegdheid van de arts-adviseur, kan deze – waar zijn advies zelf is gemotiveerd, hetgeen in casu kan worden aangenomen – er niet toe worden verplicht de beweegredenen voor die motieven te zoeken buiten zijn eigen beoordelingsbevoegdheid, voor zover hij niet meent dat het nodig is een beroep te doen op deskundigen (RvS 20 april 2017, nr. 237.95).

De verzoekende partijen brengen ook geen concrete aanwijzingen naar voren dat de arts-adviseur ten onrechte zou hebben geoordeeld dat de ziekte van eerste verzoekende partij ook adequaat kan worden behandeld met alternatieve medicatie. Door het louter plaatsen van vraagtekens bij de vervangbaarheid van Lormetazepam weerleggen de verzoekende partijen de vaststelling door de arts-adviseur niet en tonen zij evenmin aan dat de arts-adviseur is tekort geschoten in het door hem gevoerde onderzoek. In de medische attesten die door de eerste verzoekende partij werden overgemaakt kan ook niet worden gelezen dat de behandelende psychiater zou hebben geoordeeld dat enkel een behandeling met Lormetazepam mogelijk is en een alternatieve medicatie niet als adequate behandeling kan worden beschouwd.

De Raad wijst er in dit verband ook nog op dat uit de tekst van artikel 9ter van de vreemdelingenwet geen verplichting kan worden afgeleid om de aanvrager aan een medisch onderzoek te onderwerpen, de behandelende artsen te contacteren of een advies van een gespecialiseerd arts te vragen. Het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische elementen, inclusief de medische attesten die worden voorgelegd bij de aanvraag, behoren uitsluitend tot de bevoegdheid van de arts-adviseur die hierbij volledig wordt vrijgelaten. Het behoort tevens tot de uitsluitende bevoegdheid van de arts-adviseur om te oordelen of hij de voorgelegde attesten voldoende acht om een advies te kunnen verstrekken nopens de in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet vermelde risico's. De arts-adviseur is dan ook niet verplicht om in zijn advies afzonderlijk te motiveren waarom hij het niet nodig acht de vreemdeling aan een persoonlijk onderzoek te onderwerpen, de behandelende artsen te contacteren dan wel een advies van een specialist te vragen.

Waar de verzoekende partijen zich hierbij nog beroepen op de medische deontologische code dient te worden opgemerkt dat de code van de geneeskundige plichtenleer als doel heeft de geneesheren een gids of leidraad aan te reiken om hun beroep op een professionele, waardige en respectvolle manier in te vullen en uit te oefenen. Voor de patiënten en hun omgeving vormt de code der geneeskundige plichtenleer een waarborg dat gestreefd wordt naar een correcte en integere uitoefening van de geneeskunde. De code van de geneeskundige plichtenleer werd evenwel nooit als algemeen bindend verklaard, noch vermag de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren door middel van de adviezen bindende regels op te leggen. Er wordt voorts op gewezen dat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen geen wettigheidscontrole kan uitoefenen inzake een medische deontologische code die een gids of leidraad betreft en disciplinaire gedragsregels omvat en geen wetgeving noch juridisch bindende norm uitmaakt. De in de medische deontologische code geopperde disciplinaire principes, voorschriften en gedragsregels maken nog geen afdwingbare wetgeving uit, zodat de verzoekende partijen zich hierop niet kunnen beroepen om de onwettigheid van de bestreden beslissing aan te voeren. Een eventuele niet-naleving van een disciplinaire 'code' vervat in de geneeskundige plichtenleer kan niet tot de onwettigheid van de bestreden beslissing leiden.

Ten overvloede merkt de Raad ook nog op wat volgt. De door verzoekende partijen aangehaalde bepalingen van de code van geneeskundige plichtenleer betreffen, blijkens het artikel 119, een geneesheer belast met een deskundig onderzoek naar de lichamelijke of geestelijke bekwaamheid of geschiktheid van een persoon met om het even welk klinisch onderzoek, met een controle van een diagnose of met het toezicht op een behandeling of nog met een onderzoek naar de medische prestaties voor rekening van een verzekeringsinstelling. In casu maken verzoekende partijen niet concreet aannemelijk dat de thans tussenkomende arts-adviseur als dusdanig met een dergelijk onderzoek is belast. De aan een arts-adviseur in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet toebedeelde taak is niet zozeer een deskundig, klinisch onderzoek van de geschiktheid of bekwaamheid van een persoon door te voeren en evenmin over te gaan tot een onderzoek van de patiënt teneinde de diagnose te controleren of toezicht te houden op een behandeling. Hij of zij is niet specifiek belast met een controle van de diagnose, wel met de beoordeling van de in het standaard medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling in het licht van deze wetsebepaling. Enkel indien hij dit zelf nodig zou achten, dient hij hierbij de vreemdeling zelf te onderzoeken. Er blijkt aldus wezenlijk niet dat de specifiek door verzoekende partijen aangehaalde bepalingen van de code in casu spelen. De arts-adviseur achtte het niet nodig een eigen onderzoek te

doen van verzoekers om tot zijn advies te komen. In casu blijkt niet dat de arts-adviseur overgaat tot een klinisch onderzoek van de geschiktheid of bekwaamheid, tot een eigen onderzoek ter controle van een diagnose of tot een toezicht op een behandeling. Er blijkt ook niet dat verzoekende partijen er belang bij hebben te stellen dat wel een eigen onderzoek ter controle van de diagnose zich opdrong, nu de diagnose op zich niet wordt betwist. Evenmin gaat de arts-adviseur zelf over tot het stellen van een diagnose of het maken van een prognose, zodat verzoekende partijen ook in geen geval kunnen voorhouden dat op deze grond een eigen onderzoek zich opdrong. Uit de voorgaande bespreking blijkt daarenboven ook nog niet dat de vaststellingen van de arts-adviseur concreet in strijd zijn met deze van de behandelende arts en hiermee niet in overeenstemming zijn te brengen. Verzoekende partijen hebben immers niet aannemelijk gemaakt dat de vervanging van Lormetazepam in strijd is met hetgeen geattesteerd is door de behandelend psychiater. Aldus blijkt evenmin een deontologische plicht om verzoekende partijen persoonlijk te onderzoeken, contact op te nemen met de behandelende arts of het advies van een deskundige in te winnen. Verzoekende partijen maken aan de hand van de door hen aangehaalde bepalingen van de code van geneeskundige plichtenleer niet aannemelijk dat op de arts-adviseur die in casu werd belast met het geven van een advies in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, een deontologische plicht rustte om hen te onderzoeken, in contact te treden met de behandelende arts of een advies van een deskundige te vragen.

In het door verzoekende partijen aangehaald advies nr. 65 van mei 2016 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek wordt zo ook slechts besloten dat in het kader van de procedure op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet de arts-adviseur enkel wanneer hij tot een ander advies komt dan de behandelende arts contact dient op te nemen met de behandelde arts en bij blijvend gebrek aan overeenstemming het advies dient te vragen van een deskundige. Verzoekende partijen maken niet aannemelijk dat deze situatie zich in casu voordoet.

Ten overvloede dient vermeld dat de verzoekende partijen indien zij van mening zijn als patiënt het slachtoffer te zijn van een door een geneesheer begaan misdrijf, dan wel van een door een arts begane fout of andere moeilijkheden met een arts, zich respectievelijk kunnen richten tot de repressieve macht of de burgerlijke rechtbanken teneinde aldaar de geëigende (straf)procedure in te stellen.

2.16. Naast de vaststelling dat in een continentale rechtstraditie er geen precedentswaarde geldt zodat de verwijzing van de verzoekende partijen naar rechtspraak van de Raad niet dienstig is, dient in elk geval vastgesteld te worden dat verzoekende partijen niet aannemelijk maken dat de rechtspraak waarnaar ze verwijzen transponeerbaar zijn op onderhavige zaak nu niet blijkt dat de feitelijkheden die aanleiding hebben gegeven tot voormelde rechtspraak identiek of vergelijkbaar zijn met onderhavige zaak.

2.17. Waar verzoekende partijen ook nog menen dat het hoorrecht naar Unierecht geschonden werd, wijst de Raad erop dat het Hof van Justitie bij arrest van 18 december 2014 in de zaak C- 542/13 (arrest M'BODJ) heeft geoordeeld dat artikel 15, sub b van de richtlijn 2004/83/EG van 29 april 2004 van de Raad inzake minimumnormen voor de erkenning van onderdanen van derde landen en staatlozen als vluchteling of als persoon die anderszins internationale bescherming behoeft, en de inhoud van de verleende bescherming (hierna: de Kwalificatierichtlijn) aldus moet worden uitgelegd dat *“de daarin omschreven ernstige schade niet ziet op een situatie waarin onmenselijke of vernederende behandelingen, zoals die welke zijn bedoeld in de in het hoofdgeding aan de orde zijnde wettelijke regeling, die een verzoeker die aan een ernstige ziekte lijdt mogelijkwerijs ondergaat in geval van terugkeer naar zijn land van herkomst, het gevolg zijn van het ontbreken van adequate behandeling in dat land, zonder dat hem medische zorg opzettelijk wordt geweigerd”*. Hieruit blijkt dus dat deze richtlijn niet van toepassing is op het geval van artikel 9ter van de vreemdelingenwet en dat dit een louter nationale bepaling betreft.

De situatie bedoeld in artikel 9ter van de vreemdelingenwet kan evenmin als een volgens artikel 3 van de Kwalificatierichtlijn toegelaten gunstigere norm beschouwd worden, nu dit niet verenigbaar is met deze richtlijn. Het Hof van Justitie stelde expliciet dat *“Derdelanders die gemachtigd zijn tot verblijf krachtens een dergelijke wettelijke regeling, zijn dus geen personen met de subsidiaire beschermingsstatus, op wie de artikelen 28 en 29 van die richtlijn van toepassing zijn”*.

Ook de Raad van State (RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778, RvS 5 december 2014, nrs. 229.072 en 229.073) bevestigde meermaals dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet blijkens de conclusies van advocaat-generaal BOT voor het Hof van Justitie buiten het toepassingsgebied van de

Kwalificatierichtlijn valt en dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet een nationale wetsbepaling uitmaakt, en geen omzetting vormt van Europese regelgeving.

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet is een nationale bepaling waarmee artikel 41 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie geen uitstaans heeft. De verzoekende partijen kunnen zich dus niet met goed gevolg op deze bepaling beroepen.

De hoorplicht vormt evenwel een beginsel van behoorlijk bestuur en dient derhalve door de verwerende partij als dusdanig wel in aanmerking te worden genomen.

In casu dient evenwel te worden opgemerkt dat de bestreden beslissing een antwoord vormt op een verzoek van de verzoekende partijen om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd en dat de verzoekende partijen de kans hadden om de vereiste toelichtingen te verstrekken in hun aanvraag en deze met alle nodige stukken te staven. De verzoekende partijen houden derhalve ten onrechte voor dat zij niet de kans hadden om hun standpunt te verduidelijken. De verzoekende partijen gaan tevens voorbij aan het feit dat de bestreden beslissing geen eenzijdig door de overheid opgelegde maatregel is, doch een bestuurshandeling die een weigering inhoudt om een door hen gevraagd voordeel te verlenen en een dergelijke beslissing niet is onderworpen aan tegenspraak (RvS 17 september 2001, nr. 98.879; RvS 15 juli 2008, nr. 185.402; cf. ook I. OPDEBEEK, *Beginnelsen van behoorlijk bestuur in Administratieve rechtsbibliotheek*, Brugge, die Keure, 2006, 247), zodat hun uiteenzetting wat dit onderdeel van het middel betreft hoe dan ook niet dienstig is.

2.18. Verzoekende partijen verwijzen verder naar hun aanvraag en menen dat de verwerende partij niet naar de elementen daarin inzake de beschikbaarheid en toegankelijkheid heeft verwezen maar zich enkel gebaseerd heeft op haar eigen bronnen.

Wat betreft de zorgen in Marokko hebben de verzoekende partijen in essentie op volgende bronnen gewezen waaruit ze citeren:

- "*Les soins de santé de base – vers un accès équitable et généralisé*" van 9 december 2013 van de Conseil Economique Social et Environnemental
- "Rapport Parallèle du 3^{ème} rapport périodique du gouvernement Marocain relatif au Pacte internationale sur les Droits économiques, sociaux et Culturels" van mei 2006 van l'association marocaine des droits humains (AMDH)
- een rapport van 2005 van PNUD
- "Le système de soins de santé au Maroc : Quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesses" van Bennis A.
- een rapport van CSE
- enkele artikelen.

Volgens verzoekende partijen werd hiermee geen rekening gehouden.

De Raad wijst er vooreerst op dat het niet is omdat de arts-adviseur in zijn adviezen niet uitdrukkelijk verwijst naar de door de verzoekende partijen gehanteerde bronnen, dat daarom kan besloten worden dat hij geen gedegen onderzoek heeft gevoerd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen in, in casu, Marokko nu uit het antwoord van de arts-adviseur dienaangaande blijkt dat de kritiek van verzoekende partijen geformuleerd in de aanvraag niet overtuigt.

De arts-adviseur heeft wat betreft de toegankelijkheid van de zorgen in Marokko voor verzoekende partijen als volgt geoordeeld:

"Toegankelijkheid zorg in Marokko:

De gezondheidszorg in Marokko wordt bij wet geregeld sinds 2002 met als doel een volledige dekking van de gezondheidszorgen. Er zijn twee systemen: aan de ene kant de RAMED = régime d'aide médicale dat de basisbehoeften dekt, aan de andere kant de AMO = Assurance Maladie Obligatoire dat bestuurd wordt door de ANAM ~ l'Agence Nationale de L'Assurance Maladie met als doel de dekking van de gezondheidszorgen voor bedienden en gepensioneerden uit de private en publieke sector, studenten, vroegere verzetsstrijders en leden van het vrijheidsleger. Nog niet iedereen is verzekerd via één van deze instellingen. Bijkomend is er nog de CNSS = Caisse Nationale de Sécurité Sociale en de CNOPS = - Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale. Belangrijk is dat de RAMED voor zijn begunstigden alle kosten dekt voor verzorging en medicatie wanneer de patiënt naar een

publieke instelling gaat voor verzorging. In de andere gevallen dient afhankelijk van het specialisme en de arts een toeslag betaald te worden. Er zijn twee categorieën die kunnen genieten van de voordelen van RAMED: degenen die als kwetsbaar beschouwd worden betalen een bijdrage van MAD 120 (10 euro) per persoon en degenen die als arm beschouwd worden kunnen gratis genieten van het systeem. Specifiek voor betrokkene: Voor de kosten van een behandeling bij de psychiater gelden dezelfde regels als voor andere aandoeningen: personen die tot de RAMED groep behoren betalen niets als zij zich laten verzorgen in publieke Instellingen, voor CNOPS is de terugbetaling 80% voor CNSS 70% en AMO krijgen eveneens een terugbetaling¹¹.

In het kader van de oncologische behandeling geldt dezelfde regel als voor alle andere specialiteiten: de prijs van de consultaties en behandelingen worden geregeld door conventies tussen de beroepsuitoefenaars en de autoriteiten. Dit houdt in dat de personen die onder de AMO vallen 70- tot 100% van de bedragen die overeengekomen zijn terugbetaald krijgen. Er is een variatie afhankelijk van de ernst van de aandoeningen en dit impliceert dat voor oncologie 95 tot 100% terugbetaald wordt. Wanneer men valt onder het RAMED systeem wordt alles terugbetaald in publieke instellingen. Opgemerkt dient te worden dat in een publieke instelling niet altijd alles voorhanden is, zoals b.v. een spraakprothese. Die dient betrokkene zelf te betalen en kost ongeveer 4.200 MAD = 378 euro (prijs nog te vervolledigen met accessoires), iemand die valt onder het AMO sociaal systeem krijgt hiervoor 300 MAD terugbetaald.¹²

“Toegankelijkheid zorg Marokko:

De gezondheidszorg in Marokko wordt bij wet geregeld sinds 2002 met als doel een volledige dekking van de gezondheidszorgen. Er zijn twee systemen: aan de ene kant de RAMED = régime déassistance Médicale dat de basisbehoeften dekt, aan de andere kant de AMQ = Assurance Maladie Obligatoire dat bestuurd wordt door de ANAM - l'Agence Nationale de L'Assurance Maladie met als doel de dekking van de gezondheidszorgen voor bedienden en gepensioneerden uit de private en publieke sector, studenten, vroegere verzetsstrijders en leden van het vrijheidsleger. Nog niet iedereen is verzekerd via één van deze instellingen. Bijkomend is er nog de CNSS = Caisse Nationale de Sécurité Sociale en de CNOPS - * Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale. Belangrijk is dat de RAMED voor zijn begunstigten alle kosten dekt voor verzorging en medicatie wanneer de patiënt naar een publieke instelling gaat voor verzorging. In de andere gevallen dient afhankelijk van het specialisme en de arts een toeslag betaald te worden. Er zijn twee categorieën die kunnen genieten van de voordelen van RAMED; degenen die als kwetsbaar beschouwd worden betalen een bijdrage van MAD120 (10 euro) per persoon en degenen die als arm beschouwd worden kunnen gratis genieten van het systeem. Voor de kosten van een behandeling bij de psychiater gelden dezelfde regels als voor andere aandoeningen: personen die tot de RAMED groep behoren betalen niets als zij zich laten verzorgen in publieke instellingen, voor CNOPS is de terugbetaling 80% voor CNSS 70% en AMO krijgen eveneens een terugbetaling ⁴

Specifiek voor betrokkene kan gesteld worden dat de psychiatrische zorg en behandeling ten laste van de staat is. De zorg is nog in volle ontwikkeling dankzij een programma van het Ministerie van Volksgezondheid. De zorg is beschikbaar in de publieke sector in verschillende regionale ziekenhuizen. Het probleem blijft hier zoals in vele "derde" landen dat psychiatrie zeer gestigmatiseerd wordt ⁵

De arts-adviseur wijst er aldus op dat Marokko twee systemen kent met als doel volledige dekking van de gezondheidszorgen, enerzijds RAMED en anderzijds ANAM. Daarnaast is er nog de CNSS.

Blijkens de voetnoten gevoegd aan de medische adviezen steunt de arts-adviseur zijn bevindingen op volgende informatie:

-	BDA (Belgian Desk on	Accessibility)	BDA-20170428MA6520,	1-12-2017
	http://www.medcoi.eu/Source/Detail10260			
-	BDA (Belgian Desk on	Accessibility)	BDA-20170424-MO-6515,	1-12-2017
	http://www.medcoi.eu/Source/Detail10409			
-	BDA (Belgian Desk on	Accessibility)	BDA-20151130-MA-6197,	1-12-2017
	http://www.medcoi.eu/Source/Detail7664			
-	BDA (Belgian Desk on	Accessibility)	BDA-20170919-MA-6613,	1-12-2017
	http://www.medcoi.eu/Source/Detail11098			

Kopie van deze informatie bevindt zich tevens in het administratief dossier.

Uit deze informatie komt inderdaad naar voren dat degenen die als kwetsbaar worden beschouwd een bijdrage moeten betalen van 10 euro/pp om te kunnen genieten van RAMED en degenen die als arm worden beschouwd gratis beroep kunnen doen op het RAMED-systeem.

Indien men lijdt aan een aandoening die een behandeling bij een psychiater noodzaakt, hetgeen in casu het geval is, dan blijkt dat de personen die tot de RAMED groep behoren niets betalen als zij zich in publieke instellingen laten verzorgen. Ook de andere verzekeringen voorzien in een grotendeelse terugbetaling.

Wat betreft de oncologische behandeling stelt de arts-adviseur eveneens op goede gronden vast dat onder het RAMED-systeem alles wordt terugbetaald in publieke instellingen. Voor de rest is er een grotendeelse terugbetaling voorzien.

Wat betreft de spraakprothese blijkt inderdaad voorts dat eerste verzoekende partij die zelf zal moeten betalen en ongeveer 378 euro kost. Iemand die valt onder het AMO-systeem krijgt hiervoor 300 MAD terugbetaald.

2.19. Met het blote betoog dat uit de stukken niet blijkt dat de zorgen effectief toegankelijk zijn, tonen verzoekende partijen niet aan op welk punt zij menen dat de zorgen niet effectief toegankelijk zijn. Zij betwisten immers niet in concreto de vaststellingen van de arts-adviseur dienaangaande die gebruik heeft gemaakt van objectieve en recente bronnen om zijn advies op te baseren.

Zij betwisten geenszins dat ze via het RAMED-systeem wat betreft de psychische problemen gratis terecht kunnen in publieke instellingen. Zij wijzen er slechts op dat er maar een terugbetaling van 300 MAD is voor een spraakprothese en dat niet blijkt dat deze beschikbaar is in publieke instellingen. Zoals evenwel blijkt uit de informatie inzake de beschikbaarheid van spraakprotheses in Marokko (BMA 10094 van 16/9/2017) zijn deze protheses voorhanden in een privé-faciliteit in Rabat, de woonplaats van verzoekende partijen in Marokko. Het loutere feit dat eerste verzoekende partij hiervoor ongeveer 378 euro zelf zal moeten betalen, maakt niet dat deze prothese voor haar financieel ontoegankelijk is. Verzoekende partijen lijken er van uit te gaan dat de medische zorgen gratis ter beschikking moeten staan, maar zij kunnen dergelijke verwachting niet koesteren. Uit niets blijkt dat verzoekende partijen dermate financieel onvermogen zijn dat zij deze kosten niet zouden kunnen betalen. Zij betogen in hun aanvraag wel dat zij Marokko ontvlucht zijn omwille van hun verschillende religie en de banden met hun familie hierom hebben doorgesneden, maar dergelijke blote beweringen kunnen niet overtuigen om vast te stellen dat zij in Marokko geen financiële middelen hebben of kunnen verwerven, temeer uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat zij steeds in het land van herkomst/land van verblijf, in casu Marokko, hebben gewerkt, beiden hogere studies hebben gedaan, en de vader van tweede verzoekende partij zijn toestemming heeft gegeven bij het huwelijk van verzoekende partijen zodat de geloofwaardigheid dat zij omwille van hun verschillend geloof de banden hebben moeten verbreken met de familie in Marokko onderuit gehaald wordt en redelijkerwijze aangenomen kan worden dat verzoekende partijen aldaar nog steeds over een familiaal netwerk beschikken waarop zij eventueel kunnen terugvallen.

Nu duidelijk blijkt dat de aandoeningen gratis, minstens grotendeels terugbetaald, behandeld kunnen worden in Marokko, maken verzoekende partijen niet aannemelijk dat louter omwille van het feit dat zij toch nog een klein bedrag aan medische kosten zelf moeten dragen, de medische zorgen in Marokko daarom financieel ontoegankelijk zouden zijn.

Zoals verder duidelijk blijkt heeft de arts-adviseur zich gebaseerd op actuele bronnen om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen in Marokko na te gaan. De Raad stelt verder vast dat de bronnen die de verzoekende partijen gehanteerd hebben in hun aanvraag om dit ter discussie te stellen soms zeer gedateerd zijn. Met de in algemene termen geformuleerde kritiek op het gezondheidssysteem in Marokko, zoals de ongelijkheid in behandeling, het feit dat de meest gekwalificeerde artsen in de privésector werkzaam zijn, het gebrek aan logistieke middelen voor de bevoorrading van medicijnen, het gebrek aan medische infrastructuur, de lage kwaliteit van gezondheidszorg, de onderfinanciering van de sector, de toegang tot gratis gezondheidszorg, het gebrek aan personeel, de hoge kostprijs van medicatie en het lage aantal psychiaters, slagen de verzoekende partijen er verder niet in, gelet op de door de arts-adviseur gehanteerde en meer recente informatie, dat zij specifiek voor wat hun aandoeningen betreft, in Marokko niet kunnen beschikken en geen toegang hebben tot adequate zorg. De Raad benadrukt hierbij ook dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet slechts vereist dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land

van herkomst of verblijf zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verweerder aangestelde arts-adviseur dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van een zelfde kwalitatief niveau is als dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de arts-adviseur vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is. De arts-adviseur heeft, met verwijzing naar bronnenmateriaal, duidelijk uiteengezet dat verzoekende partijen kunnen reizen en in Marokko kunnen beschikken over de nodige medicatie en een opvolging door artsen met de vereiste specialisaties. Hij heeft dan ook de in artikel 9ter van de vreemdelingenwet bepaalde criteria in acht genomen.

Waar verzoekende partijen voorts nog een passage citeren inzake de inefficiëntie van het RAMED-systeem wijst de Raad erop dat deze passage afkomstig is uit een artikel van 2014 en betrekking heeft op de situatie in 2013, zodat de actualiteitswaarde hiervan danig in vraag kan gesteld worden. Dit temeer in het licht van het feit dat in deze passage tevens wordt aangehaald dat de Marokkaanse overheid wel degelijk inspanningen levert om de tekortkomingen weg te werken en uit de actuele bronnen die door de arts-adviseur gehanteerd worden blijkt dat het RAMED-systeem wel nog tekortkomingen kent maar dat ondertussen al meer dan 10 miljoen begunstigten genieten van het systeem. Uit deze informatie kan niet afgeleid worden dat omwille van de tekortkomingen in het systeem, verzoekende partijen voor hun specifieke aandoeningen verstoken zullen blijven van adequate behandeling.

2.20. Voor zover de verzoekende partijen er in hun aanvraag ook nog op gewezen hebben dat zij niet terug kunnen naar Marokko omwille van problemen aldaar gekend, dient ook hier benadrukt te worden dat de attesteringen dienaangaande enkel de verklaringen van verzoekende partijen zelf betreffen. Er blijkt ook niet dat wanneer een adequate behandeling voorhanden is, omwille van deze redenen verzoekende partijen niet terug kunnen keren naar Marokko. In die zin benadrukt de Raad nogmaals dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet in twee situaties voorziet waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfsmachtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoont dat een terugkeer op zich naar zijn land van herkomst/land van verblijf niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (cf. Parl. St. Kamer, 2005-06, nr. 2478/001, 34) en er dus *“een onmogelijkheid om te reizen”* bestaat (Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Het betreft hier dus vreemdelingen *“die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst”* en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de vreemdelingenwet (Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 9). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat hierbij in regel zal dienen te worden onderzocht of het mogelijk is om een ziekte te laten behandelen in het land van herkomst en of de effectieve toegang tot een behandeling van deze ziekte in het land van herkomst van een vreemdeling voldoende is gegarandeerd (Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/001, 35 en Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Verzoekende partijen tonen in casu met hun betoog niet aan dat de arts-adviseur niet op goede gronden heeft kunnen vaststellen dat, nu een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst/land van verblijf, in casu Marokko, hun aandoeningen geen reëel risico inhouden voor hun leven of fysieke integriteit noch op een onmenselijke of vernederende behandeling.

Daarenboven wijst de Raad erop dat het betoog dat zij problemen gekend hebben in Marokko slechts verklaringen van verzoekende partijen zelf zijn terwijl uit het administratief dossier blijkt – meer bepaald de huwelijksakte – dat de vader van tweede verzoekende partij zijn toestemming gegeven heeft bij het huwelijk (zie huwelijksakte) – zodat ernstige vraagtekens geplaatst kunnen worden bij de bewering dat zij omwille van dit huwelijk problemen gekregen hebben met de familie van tweede verzoekende partij in Marokko. Ook blijkt uit de diverse asielaanvragen niet dat verzoekende partijen ooit gewag hebben gemaakt van discriminatie in Marokko of nog, dat aangenomen kan worden dat omwille hiervan verzoekende partijen verstoken zullen blijven van de benodigde zorgen. Het loutere feit voorts dat de angst om terug te moeten keren de medische toestand veroorzaakt heeft, maakt ook niet dat daaruit kan

besloten worden dat de arts-adviseur onterecht of kennelijk onredelijk heeft vastgesteld dat de medische toestand waarin verzoekende partijen zich bevinden adequaat kan behandeld worden in Marokko. Er blijkt niet dat wanneer verzoekende partijen in Marokko kunnen genieten van een adequate behandeling hun medische toestand alsnog een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit inhoudt of een reëel risico op onmenselijke of vernederende behandeling.

Verzoekende partijen tonen met hun betoog geenszins aan dat de arts-adviseur met zijn adviezen niet tegemoet is gekomen aan hun kritiek inzake de medische zorgen in Marokko.

Een schending van de door de verzoekende partijen opgeworpen bepalingen en beginselen wordt, wat betreft het onderzoek inzake Marokko, niet aannemelijk gemaakt.

2.21. In zoverre verzoekende partijen nog een schending van de artikelen 2 en 3 EVRM ontwaren, wijst de Raad erop dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./ Verenigd Koninkrijk). Het begrip “*uitzonderlijke gevallen*” werd nader omschreven in de zaak Paposhvili / België (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde: “183. *The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.*” (Het Hof oordeelt dat onder “andere zeer uitzonderlijke gevallen” zoals bedoeld in de zaak N v. Verenigd Koninkrijk die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen.).

In casu tonen de verzoekende partijen dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat de in casu aangenomen ernstige aandoeningen, aandoeningen zijn die in Marokko kunnen worden behandeld. Een schending van de artikelen 2 en 3 EVRM kan niet aangenomen worden.

2.22. De Raad stelt vast dat de gegrondheid van het middel inzake de medische zorgen in Irak niet tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden, aangezien verzoekende partijen niet aannemelijk hebben gemaakt niet in Marokko terecht te kunnen voor de noodzakelijke medische zorgen. De conclusie in de bestreden beslissing dat uit het voorgelegde medische dossier niet kan worden afgeleid dat betrokkenen lijden aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst (voor tweede verzoekende partij) of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft (voor eerste verzoekende partij) blijft overeind. Het beroep wordt verworpen.

3. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

De vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring worden verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op veertien juni tweeduizend achttien door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

S. DE MUYLDER