



Arrest

nr. 228 022 van 25 oktober 2019
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat M. WARLOP
J. Swartenbroucklaan 14
1090 BRUSSEL

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die verklaren van Iraakse nationaliteit te zijn, op 13 maart 2019 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 23 januari 2019 waarbij een 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 ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

Gezien titel *Ibis*, 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 10 september 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 3 oktober 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken I. VAN DEN BOSSCHE.

Gehoord de opmerkingen van de verzoekende partijen en hun advocaat A. HAEGEMAN *loco* advocaat M. WARLOP, en van attaché N. ONRAET, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1 Op 2 oktober 2015 verklaren de verzoekende partijen zich vluchteling. Op 4 november 2016 weigert de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (hierna: de commissaris-generaal) hen de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus. Op 15 juni 2017, bij arrest nr. 188 438, weigert ook de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) hen de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus.

1.2 Op 10 oktober 2017 verklaren de verzoekende partijen zich opnieuw vluchteling. Op 29 november 2017 weigert de commissaris-generaal de inoverwegingname van de meervoudige asielaanvraag.

1.3 Op 24 augustus 2018 verklaren de verzoekende partijen zich een derde keer vluchteling. Op 30 januari 2019 verklaart de commissaris-generaal dit volgend verzoek niet-ontvankelijk. Op 14 augustus 2019, bij arrest nr. 224 950, verwerpt de Raad het tegen deze beslissing ingestelde beroep.

1.4 Op 21 november 2018 dienen de verzoekende partijen een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond 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).

1.5 Op 23 januari 2019 neemt de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) een beslissing waarbij deze aanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die op 12 februari 2019 aan de verzoekende partijen ter kennis werd gebracht en die luidt als volgt:

"(...) Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 21.11.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*A(...), A(...) S(...) H(...) R.R.Nr: (...)
Geboren te (...) op (...)*

+ Echtgenote:

*Al(...) K(...), S(...) A(...) H(...) R.R.Nr: (...)
Geboren te (...) op (...)*

Nationaliteit: Irak

Adres: (...)

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, deel ik u mee dat dit verzoek ontvankelijk doch ongegrond is.

Reden voor A(...), A(...) S(...) H(...) :

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.

Overwegende dat na onderzoek door onze arts-adviseur (zie gesloten omslag, verslag dd. 17/01/2019), zij concludeerde dat de medische elementen die aangehaald werden door betrokkene niet weerhouden kunnen worden.

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.

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).

Gezien de asielpcedure nog lopende is of er nog geen bijlage 13qq afgeleverd werd na het afsluiten van de asielpcedure, verzoek ik u het attest van immatriculatie dat werd afgegeven verder te verlengen tot nadere berichtgeving over de asielpcedure. Gelieve tevens instructies te geven aan het Rijksregister om betrokkene terug in het Wachtregister in te schrijven. (...)"

2. Onderzoek van het beroep

2.1 In een enig middel voeren de verzoekende partijen een manifeste appreciatiefout aan en de schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991) en artikel 62 van de vreemdelingenwet, van het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM) en van artikel 41 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (hierna: het Handvest).

Zij zetten in hun verzoekschrift het volgende uiteen:

“En ce que la partie adverse déclare la demande 9 ter non fondée, après l’avoir déclarée recevable le même jour, au motif que « ... In het dossier is geen tegenindicatie tot reizen vermeld eventueel is een begeleiding door een arts aangewezen. Mantelzorg s niet noodzakelijk alleen de nabijheid van de familie...”

Informatie afkomstig uit de MEDCOI-databank...

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de psychiatrische behandeling en zorg die betrokkene nodige heeft beschikbaar is in het thuisland: psychiaters e psychologen zijn beschikbaar, eveneens opname modaliteiten en dagopvang, ook specifiek psychotherapie s bschikbaar. De noodzakelijke medicatie ...zijn beschikbaar.

Vanuit het standpunt van bschikbaarheid van de zorg is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar het thuisland.

...de gezondheidszorg is georganiseerd op 3 niveaus : primaire gezondheidszorg, PHC subcenters en de ziekenhuizen, elk met hun gen opdrachten...

Spcifiek voor de betrokkene

Voor de mentale problemen werd in 2009 een Basic Halth Service Package in het leven geroepen dat er voor zorgde dat de meeste mentale problemen kunnen behandeld worden in de eerste lijn centra en ziekenhuizen. Elk regionaal centrum beschikt over een psychiatrische afdeling...

Betrokkene woonde in Bagdad voor zijn vertrek. Dit is de plaats waar de meeste uitgebreide zorgverlening aanwezig is met zoals vermeld 3 gespecialiseerd centra voor zwaardere aandoeningen die de complete zorg aanbieden...

Conclusie

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoeveel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die en reëel rsico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien de niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op en onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Irak Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het thuisland, Irak »

Alors que le le Docteur C(...) qui suit Monsieur A(...) décrivait chez ce dernier un syndrome post-traumatique : “Psychotische stoornis bij patient met sterk traumatische voorgeschiedenis en psychotische kwetsbaarheid binnen zijn familie...”

De attesterende dokter preciseert dat, indien de behandeling wordt stopgezet, de mogelijke complicaties zullen zijn:

“Recidief psychose, risico op schade eigen integriteit en die van anderen... “

De Dokter E(...), psychiater, heeft een verslag gemaakt op 28 februari 2019 :

« Nu spreekt men van auditieve hallucinaties, huilbuien, lachbuien, doolgerdag, in zichzelf spreken, impulsief gedrag, vreemde en repettieve lichaamsbewegingen en omkering dag- nachtritme. Onrustige, angstig geagiteerde man. Vermijdt oogcontact, kijkt naar beneden. Wrijft repetitief met handen over tafel. Spreekt zijn neef soms aan, zou aangeven dat hij een wenende baby hoort Staat regelmatig recht en wilt wegwandelen...

Psychiatrische diagnose :

Psychotische decompensatie bij vluchteling met sterke traumatische voorgeschiedenis en psychotische kwetsbaarheid binnen zijn familie. « (Pièce 2)

Monsieur est toujours suivi à l'heure actuelle.

La décision de l'Office des Etrangers interpelle dès lors à plus d'un titre :

A.

L'on est en droit de s'interroger sur la portée d'un diagnostic réalisé par un médecin - le Docteur C(...) B(...) « Experienced Medical Doctor with a demonstrated history of working in the hospital & health care industry. Skilled in Medical Education, Public Speaking, Medical Terminology, Hospitals, and Healthcare Management. Strong arts and design professional with a Master's degree focused in Medische expertise en verzekeringsgeneeskunde from KU Leuven » (Linkedin) et donc nullement psychiatre - qui juge d'un état de santé sans avoir rencontré au préalable un patient : Comment un médecin peut-il juger de l'état de santé du requérant pour en conclure au caractère non fondé de la demande après avoir déclaré cette même demande recevable et ce, sans avoir effectué le moindre examen clinique ?

Au regard des circonstances de l'espèce, à savoir une personne atteinte d'une telle décompensation psychotique et d'un si grave stress post-traumatique dont la sévérité et la gravité ne sont pas remises en cause - la demande a été déclarée recevable en date du 23 janvier 2019 l- et dont l'arrêt du traitement prescrit par les médecins spécialistes qui le suivent entraînerait une décompensation physique et psychique irrémédiable, il y a une nécessité de devoir rencontrer le requérant et de réaliser un examen clinique avant de conclure au caractère non fondé de la demande comme l'a fait la partie adverse.

L'article 124 du Code de déontologie stipule « Ces médecins; lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic, ne peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont fait procéder à des examens spécialisés ou ont disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins »

La Cour Constitutionnelle a été amenée à considérer que « tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins. » (Cour Const, arrêt du 28 juin 2012, n° 82/2012, B.15)

Le Comité consultatif de Bioéthique affirme « quand un médecin qu'il soit fonctionnaire ou non fournit un avis au sujet d'un dossier médical, il s'agit d'un acte médical pour lequel ce médecin est soumis à la déontologie médicale. » (Avis n° 65 du 9 mai 2016)

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a rendu, dès 2013, un avis sur le contrat de travail qui lie ces derniers avec l'Office des Etrangers : 'Compte tenu de ce que les activités effectuées par ces médecins sont des actes relevant de l'exercice de l'art médical. »

Tel est le cas en l'espèce puisque le Docteur C(...) B(...) agit pour le compte de l'OE et est chargée de remettre un avis pour lequel elle pose un acte relevant de l'exercice de l'art médical.

En aucune façon, elle ne peut émettre un avis sérieux et circonstancié sans avoir rencontré le patient : depuis quand un médecin juge-t-il de l'état de santé d'un patient sans l'ausculter, sans l'interroger ?

Le médecin de l'Office déclare de manière péremptoire que la pathologie dont souffre Monsieur A(...) n'est pas une contre-indication à un retour dans le pays d'origine, l'Irak.

C'est d'ailleurs dans ce sens que l'on fait état de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne au terme duquel toute personne a le droit d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre et au terme duquel il y a une obligation pour l'administration de motiver ses décisions.

La CJUE a, dans son arrêt, M.M contre Irlande, du 22 novembre 2012 indiqué ce qui suit « ce droit à une bonne administration comporte notamment le droit de toute personne d'être entendue avant qu'une mesure individuelle qui l'affecterait défavorablement ne soit prise à son encontre, le droit d'accès de toute personne au dossier qui la concerne, dans le respect des intérêts légitimes de la confidentialité et du secret professionnel et des affaires, ainsi que l'obligation pour l'administration de motiver ses décisions »

Il résulte du libellé même de cette disposition que celle-ci est d'application générale.

Ce principe a encore été rappelé par le Conseil d'Etat dans un arrêt en Cassation administrative du 29 octobre 2015 :

« Que dans son arrêt C-249/13 du 11 décembre 2014, en cause Khaled Boudjlida, la Cour de Justice de l'UE a indiqué en substance que le droit pour une personne à être entendue par une autorité nationale, avant l'adoption par cette autorité de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable les intérêts de la personne concernée, fait partie du respect des droits de la défense consacré par un principe général du droit de l'UE. Le droit à être entendu avant l'adoption de toute décision susceptible d'affecter de manière défavorable les intérêts de l'intéressé, est également consacré par un principe général de droit dans l'ordre juridique interne. » (CE, arrêt n° 232.758, 29/10/2015) (voir rapport du médiateur fédéral, p. 46)

Il ressort du dossier que la partie défenderesse a pris les décisions attaquées en date du 23 janvier 2019 sans avoir laissé à Monsieur A(...) le soin de s'expliquer, d'apporter, le cas échéant, des documents médicaux supplémentaires.

La partie adverse est restée en défaut de procéder à pareil examen et il y a, par conséquent, une violation de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

Il est bien évident que, si le requérant avait pu être invité à être entendu, la partie adverse aurait pu constater :

- l'état d'extrême fragilité, de vulnérabilité dans lequel le requérant est plongé ;
- une impossibilité totale de voyager ;

Et ainsi arriver à une conclusion différente ; la procédure administrative aurait pu aboutir à un résultat différent.

B.

La partie adverse aurait dû dès lors tenir compte de l'entière des éléments portés à sa connaissance ce qu'elle n'a pas fait en l'espèce.

L'article 9 ter, alinéa 1, de la loi du 15/12/1980 stipule « l'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au §2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne »

Si la demande a été déclarée recevable le 23 janvier 2019, cela signifie que la pathologie remplissait les conditions requises et imposées par la loi.

Tous les rapports médicaux versés au dossier font état de la gravité de l'état de santé de Monsieur A(...) et font état de la nécessité d'un suivi médical et thérapeutique sous peine d'aggravation majeure !

Les rapports médicaux actuels ne disent pas autre chose. (Pièce 2)

Le séjour Monsieur A(...) en Belgique est donc primordial et indispensable à sa santé mentale.

Comment imaginer que Monsieur A(...) puisse retourner en Syrie, pays d'où il vient, ou en Irak, pays où il est né et a vécu la plupart du temps, tous deux lieux de son traumatisme, de ses persécutions ?

Cela n'a aucun sens.

Si le requérant ne devait pas obtenir une régularisation de sa situation pour pouvoir ainsi poursuivre son traitement, cela entraînerait un risque réel pour sa vie ou son intégrité psychique avec très certainement la mort comme résultat final.

Le risque réel pour la vie ou l'intégrité physique ne suppose pas que la maladie ait atteint un stade terminal. L'étranger atteint d'une affection qui, non soignée, porterait atteinte à son intégrité physique ou à sa vie bénéficie d'une protection au même titre que celui dont la maladie a atteint un stade terminal ; (CE, 28 novembre 2013, n° 225.632) (L. Leboeuf, le séjour médical (9ter) offre une protection plus étendue que l'article 3 de la CEDH, Newsletter EDEM, décembre 2013)

« A la lumière de ce qui précède, et rappelant qu'il est essentiel que la Convention soit interprétée et appliquée d'une manière qui rende les garanties qu'elle contient concrètes et effectives et non pas théoriques et illusoires (Airey c. Irlande, 9 octobre 1979, §26 ; Mamatkoulov et Askarov c. Turquie, §121 et Hirsi Jamaa et autres c. Italie, §175, la Cour est d'avis qu'il y a lieu de clarifier l'approche suivie jusqu'à présent La Cour estime qu'il faut entendre par «autres cas très exceptionnels» pouvant soulever, au sens de l'arrêt N. c.

Royaume-Uni, un problème au regard de l'article 3 les cas d'éloignement d'une personne gravement malade dans lesquels il y a des motifs sérieux de croire que cette personne, bien que ne courant pas de risque imminent de mourir, ferait face, en raison de l'absence de traitements adéquats dans le pays de destination ou du défaut d'accès à ceux-ci, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie. La Cour précise que ces cas corespondent à un seuil élevé pour l'application de l'article 3 de la Convention dans les affaires relatives à l'éloignement des étrangers gravement malades. » (arrêt Paposhvili c. Belgique, 13 décembre 2016, §182)

Selon l'Arrêt PAPOSHVILI du 13 décembre 2016. «

La Cour entend souligner, en conséquence, que la protection de l'article 3 CEU^H ne se limite pas aux étrangers confrontés à 'un risque imminent de mourir', contrairement à ce que certains arrêts porteraient à croire, mais bénéficie également à ceux qui risquent d'être exposés à un 'déclin grave, rapide et irréversible' de leur état de santé en cas de renvoi. (CEDH, Paposhvili, §183)

Selon la Cour, il revient au premier chef aux autorités nationales d'opérer pareille évaluation. Elle insiste : L'obligation de protéger l'intégrité des intéressés que l'article 3 fait peser sur les autorités s'exécute en premier lieu par voie de procédures adéquates permettant un tel examen.

...

Cette évaluation doit porter sur le degré de souffrance qu'engendrerait l'absence de traitement adéquat, premièrement, et sur la possibilité effective d'accéder à un traitement adéquat dans le pays d'origine, deuxièmement :

- en ce qui concerne le degré de souffrance, la Cour rappelle qu'il ne s'agit pas de déterminer si le requérant bénéficiera, dans le pays de renvoi, de soins équivalents à ceux dispensés dans le pays d'accueil. Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'Etat de renvoi, mais bien le degré de gravité consacré par l'article 3 CEDH, soit un engagement de pronostic vital ou un 'déclin grave, rapide et irréversible, de l'état de santé.

- en ce qui concerne l'accessibilité à un traitement adéquat, elle doit s'analyser en tenant compte 'du coût des médicaments et traitements, de l'existence d'un réseau social et familial, de la distance géographique pour accéder aux soins requis. En cas de sérieux doutes, il revient à l'Etat de renvoi de solliciter de l'Etat d'accueil des assurances individuelles et suffisantes relatives à l'accessibilité des soins... »

Monsieur le Président RAIMONDI dans son allocution d'ouverture le précise encore :

The judgment in Paposhvili v. Belgium, delivered last December, has already received widespread coverage. It is noteworthy in several respects. Firstly in its content, and secondly, from the perspective of our relationships with the national supreme courts.

The background to this case is relevant. You will remember that in 2008 the Court had held, in the case of N. v. the United Kingdom, that it was possible to expel a Ugandan national suffering from Aids to her country of origin, without this entailing a violation of Article 3. It had found at that time that a State could only be prevented from expelling a sick alien "in very exceptional cases, where the humanitarian grounds against removal" were compelling. This case-law attracted criticism. The Court's approach was subsequently reaffirmed in several Chamber judgments. Nonetheless, the judges who had expressed their views in a separate opinion, like the legal theorists, voiced the hope that the Grand Chamber would one day return to this question.

This has now been done, and the Paposhvili judgment departs from the N. v. the United Kingdom case-law, clarifying it in a manner that is more favourable for applicants. The applicant in this case, who was suffering from a very serious illness and whose condition was life-threatening, did not wish to be deported to Georgia. The Court considered that in the absence of any assessment by the domestic authorities of the risk facing him in Georgia, with due regard to his state of health and of whether or not there existed appropriate treatment in the destination country, the Belgian domestic authorities did not have available to them sufficient information to conclude that the applicant, if returned to Georgia, would not run a real and concrete risk of treatment contrary to Article 3 of the Convention.

The Paposhvili judgment provides important explanations and clarifies the approach followed to date. Admittedly, the threshold of severity for preventing the deportation of an alien suffering from an illness remains high. However, the work of assessment is primarily for the national authorities, who must put in place adequate procedures in order to evaluate the risks run in the event of deportation. This is proper implementation of the principle of subsidiarity. The assessment must take account both of the general situation in the receiving State and of the alien's particular case. It is necessary to obtain assurances that medical treatment will be available and accessible to the person concerned.

However, this case also warrants examination in terms of our relationship with the Supreme Courts. In practice, the N. v. the United Kingdom judgment had led the Belgian authorities to grant leave to remain only in really very exceptional circumstances, where the individual concerned was close to death. Yet the Belgian supreme courts considered that wider protection ought to be provided. We see here a very interesting dialogue between the domestic court and our Court, in

which it is the national court which, as it were, asks us to adopt a less restrictive position, one that is more protective of the rights of applicants.

The voices raised in Brussels have thus been heard in Strasbourg.

Tel est bien le cas en l'espèce. À défaut de traitement, c'est l'intégrité physique et psychique de Monsieur A(...) qui risque d'être fortement hypothéquée. Sans nul doute, nous assisterions, en cas de envoi en Irak, à un risque réel d'être exposée à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie.

Il est donc exclu, contrairement à ce que soutient le médecin de l'OE, le Docteur B(...), que le requérant puisse être envoyée en Irak. Ce médecin se prononce à l'encontre de médecins spécialistes.

Ce médecin rend un avis sans même prendre contact avec les médecins en charge du requérant, ce qui est contraire au Code de déontologie médicale, (articles 123 à 125 et articles 126 et 127)

c.

Il convient de souligner que le champ d'application de l'article 9 ter est dès lors beaucoup plus large que celui de l'article 3 de la CEDH lequel stipule (...)

L'on n'aperçoit pas très bien la raison pour laquelle le médecin de l'Office des Etrangers s'écarte des rapports rédigés et notamment ceux rédigés par des médecins spécialistes en charge de Monsieur A(...).

L'on peut légitimement en déduire que la pathologie dont est atteint Monsieur A(...) avec toutes ses complications présente un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH et que, contrairement à ce que prétend le médecin-conseil de l'Office des Etrangers, il y a bien une menace directe pour la vie du requérant dès lors qu'il n'aurait aucun accès au traitement en cas de retour en Irak.

Il ne pourrait dès lors faire face seul à la maladie et à ses conséquences. Le risque d'être exposé à un déclin grave, rapide et irréversible de son état de santé entraînant des souffrances intenses ou à une réduction significative de son espérance de vie est dès lors bien réel !

La partie adverse a dès lors commis une erreur manifeste d'appréciation.

La partie adverse, sans examen plus approfondi de la situation Monsieur A(...), arrive à la conclusion reprenant ainsi la conclusion du médecin-conseil que son état de santé ne l'empêche pas de voyager et qu'il n'y a pas de contre indication d'un point de vue médical à un retour dans son pays d'origine et ce, alors que les rapports des spécialistes sont formels pour dire que Monsieur est totalement incapable de voyager !

La partie adverse n'a pas recueilli toutes les informations nécessaires avant de prendre pareille décision. Elle ne s'est donc nullement prononcée en connaissance de cause. Si la partie adverse avait pris la peine d'entendre le requérant, elle se serait très vite aperçu combien la situation médicale de Monsieur est précaire, combien l'état de santé du requérant est fragile.

La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et elle statue en violation des principes de bonne administration puisqu'elle ne prend pas en considération tous les éléments liés à Monsieur A(...) au lieu de prétendre qu'il n'existe aucune entrave à la disponibilité des soins médicaux dans le pays d'origine, l'Irak et que les soins sont accessibles en Irak.

Pour ce faire, le médecin de l'OE fait référence à diverses sources :

** la banque de données MedCOI*

Le projet Med-COI est un projet d'échange d'informations médicales existantes et de création d'une base de données commune, concernant la disponibilité des soins au pays d'origine.

Il s'agit de sources non publiques violant ainsi le principe de transparence et provenant de sites afférents la plupart du temps à des compagnies d'assurance et donc destinés à des étrangers et non aux résidents.

Cette base de données se fonde sur trois sources :

- International SOS : il s'agit d'une banque de données médicales avec informations pour ceux qui voyagent à l'étranger ou des expatriés ;
-ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE : société internationale d'assurance voyage également destinée aux voyageurs ;
- Médecins locaux dont l'identité est protégée ce qui n'est pas légalement admissible au nom du principe de transparence et de vérification des données I la précision en note de bas de page est interpellante « De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zij vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden. »
Donc un avocat spécialisé en droit familial est à même de répondre à une question pointue en droit commercial...

Quant à l'accessibilité :

La motivation de la décision doit permettre de vérifier si la partie adverse a effectué un examen individualisé et sérieux de la disponibilité, dans le pays d'origine, des soins nécessaires ainsi que de leur accessibilité.

Voir notamment l'arrêt n°72291 du 20 décembre 2011 qui rappelle que :

« aux termes de l'article 9 ter, § 1er de la Loi : « L'étranger qui séjourne en Belgique et qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au ministre ou son délégué. »

En vue de déterminer si l'étranger qui se prévaut de cette disposition répond aux critères ainsi établis, la disposition précitée prévoit que l'étranger doit transmettre tous les renseignements utiles concernant sa maladie ainsi que les possibilités et l'accessibilité du traitement adéquat dans son pays d'origine ou de séjour.

Le quatrième alinéa de ce paragraphe prévoit que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts ».

Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la Loi, que le « traitement adéquat » mentionné dans cette disposition vise « un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour », et que l'examen de cette question doit se faire « au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur ». (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, boc. pari, Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9) Il en résulte que pour être « adéquats » au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence du demandeur doivent être non seulement « appropriés » à la pathologie concernée, mais également « suffisamment accessibles » à l'intéressé dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande. »

Si l'obligation de motivation formelle qui pèse sur l'autorité n'implique nullement la réfutation détaillée de tous les arguments avancés par la partie requérante, elle comporte, néanmoins, l'obligation d'informer la partie requérante des raisons qui ont déterminé l'acte attaqué et ce, aux termes d'une motivation qui réponde, fut-ce de façon implicite mais certaine, aux arguments essentiels de l'intéressé.

Or, tel n'est pas le cas en l'espèce.

L'obligation de motivation formelle à laquelle est tenue l'autorité administrative doit également permettre au destinataire de la décision de connaître les raisons sur lesquelles celle-ci se fonde, en faisant apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de son auteur, afin de permettre au destinataire de la décision, le cas échéant, de pouvoir la contester dans le cadre d'un recours et à la juridiction compétente, d'exercer son contrôle à ce sujet.

En déclarant non fondée la demande d'autorisation de séjour basée sur l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur les étrangers, sans avoir procédé à un examen sérieux des possibilités pour le requérant d'être suivi en Irak, la partie adverse n'a pas adéquatement motivé sa décision et a violé les dispositions légales visées au moyen et ce, alors même que la partie adverse se permet de critiquer les sources d'informations citées par le requérant au terme de sa demande et dont le contenu y était mentionné.

En outre, le médecin déclare que Monsieur a des enfants lesquels, en cas de retour en Irak, pourraient retrouver l'accès au marché du travail irakien !

Déjà, la partie adverse ne tient nullement compte de la situation réelle du requérant et de sa famille lesquels, pour rappel, Verzoekers hebben Irak verlaten op 23 september 2006 en ze zijn naar Syrie geweest. Ze hebben Syrie verlaten op 15 augustus 2015 omwille van de algemene situatie.

Donc cela fait plus de 12 ans qu'ils ont quitté l'Irak !

Ensuite, ce n'est pas la s'interroger sur la disponibilité et l'accessibilité effective du traitement dans le cas individuel de Monsieur A(...). Ceci a été mis en exergue dans le rapport du médiateur fédéral.

La partie adverse n'a pas correctement évalué la situation de Monsieur ; elle devait s'estimer insuffisamment informée. Elle confond disponibilité - et encore en l'espèce théorique - et accessibilité des soins. (CCE, arrêt n° 158.676, du 16 décembre 2015) (CCE, arrêt n° 162.147, du 16 février 2016)

Or, l'on connaît la situation des soins de santé en Irak :

L'extrême précarité de la situation sanitaire a été confirmée dès la première visite hospitalière au centre de Bagdad. Les visites effectuées au cours de la mission ont montré que cette situation s'appliquait à l'ensemble du territoire irakien. Il est du reste vraisemblable que les conditions sanitaires et l'approvisionnement en médicaments soient meilleurs à Bagdad que dans le reste du pays. Comme le confirme l'OMS, la résolution 986 du conseil de sécurité des Nations unies signée en 1996 par l'Irak n'a pas permis d'éviter la catastrophe prévue en 1991.

Malgré les efforts déployés par les services hospitaliers, le manque de moyens est tel que certains hôpitaux ressemblent à des "mouroirs d'enfants".

Les déficits concernent l'ensemble des secteurs pouvant avoir des conséquences directes et indirectes sur la santé d'une population.

Les grandes fractures sociales s'ajoutent à la misère de l'état sanitaire, de la médecine, à une disparité entre les hôpitaux "privilégiés" peu nombreux où il y a une concentration du peu de moyens existants et les autres.

Les pénuries alimentaires persistent ; ce pays est sous alimenté depuis 1990 ; le programme alimentaire mondial a montré que l'indice du pouvoir d'achat est inférieur à 20 fois le seuil au-dessous duquel il existe une insuffisance nutritionnelle dans la famille depuis 1955.

Les quotas pharmaceutiques (les classes de médicaments autorisés sont toujours insuffisantes) rendent impossible les schémas thérapeutiques même les plus élémentaires tel que le traitement d'une angine. Les pénuries de médicaments par exemple les pénuries d'insulines pour les diabétiques, ainsi que leur coût moyen rapporté au salaire moyen, aggravent bien évidemment cette situation.

Aux manques de matériel paramédical, de produits de base (perfusions, seringues), de matériel chirurgical consommable, viennent s'ajouter les problèmes de distributions dans les centres de santé, l'insuffisance des transports et des communications, un matériel lourd obsolète (pauvreté des équipements médicaux), l'absence de maintenance, les dégradations des infrastructures, les coupures d'électricité (la conservation de certains produits est impossibles notamment les vaccins), le manque d'eau potable (touchant plus de 50 % de la population).

La science est gelée depuis 10 ans. Alors que ce pays était parmi les plus avancés de la région, le manque d'accès aux nouvelles technologies se répercute sur la formation des médecins et des paramédicaux.

Tous ces problèmes font que les urgences ne sont pas assurées, qu'il existe une diminution de plus de la moitié des investigations biologiques et de 60 % des activités chirurgicales par rapport à 1989. Il n'y plus de médecine préventive efficace (absence de vaccination). Les difficultés, voire l'impossibilité d'accéder aux soins adaptés, résument pour la majorité des malades leur dramatique quotidien.

Les conséquences à court et à long terme sont la dénutrition, les résurgences des maladies infectieuses (choléra fréquent), l'augmentation des maladies infantiles, la réapparition de pathologies initialement éradiquées (poliomyélite, 0 cas en 1989, OMS). La fréquence et l'aggravation des maladies dites bénignes sur un terrain de malnutrition, exacerbées par l'arrêt des campagnes de prévention sont responsables d'une mortalité importante en particulier infantile dès les premières années de l'embargo. La sous nutrition dont est victime la population irakienne a donné naissance à de grands états carenciels tels le marasme, le kwashiorkor, maladies qui sont habituellement fréquentes dans les pays en voie de développement dont l'Irak ne faisait pas partie en 1989.

En ce qui concerne les irradiations, et la question de la responsabilité de l'utilisation d'armes à uranium appauvri, les médecins qui accompagnaient la mission ont retenu deux constatations :

Q L'augmentation anormale de la fréquence des cancers, q des malformations et la prédominance des patients originaires des zones bombardées (Bassora et environs).

Les conséquences socio-psychologiques de l'embargo sont considérables :

q Les guerres successives, l'embargo, la dégradation de l'économie, et l'absence de conditions sanitaires minimales sont responsables d'un important exode rurale vers la capitale mais aussi d'un exode des autres villes vers Bagdad.

q le bouleversement de la cellule familiale, et la diminution de la scolarisation (sur 5 millions d'enfants plus de 40 % ne sont plus scolarisés) sont également des conséquences directes de l'embargo.

q La recrudescence des maladies mentales (avec une incidence directe sur l'augmentation du taux des suicides) est liée au désespoir d'une population épuisée moralement et physiquement, qui meure de plus en plus jeune.

Les conséquences d'un état de guerre militaire, puis économique, ont des conséquences psychologiques évidentes chez les enfants de moins de 12 ans qui ont toujours vécu sous ces contraintes.

L'irakien est au niveau le plus bas de la pyramide de Maslow qui est basée sur la santé, la sous nutrition et l'insécurité permanente. L'Irak s'avance lentement mais incontestablement vers le passé ; il est non seulement en danger, mais il le devient également, pour les pays alentours ainsi qu'à l'échelle planétaire. Le non respect des consensus thérapeutiques d'utilisations des médicaments crée des résistances bactériennes aux antibiotiques et l'extension de certaines maladies graves comme la poliomyélite entre autre.

Les indicateurs de santé font état d'une mortalité de plus de 1 million de morts supplémentaires qui résulte majoritairement des problèmes socioéconomiques dus à l'embargo et aux sanctions.

Sur le plan sanitaire trois priorités claires apparaissent:

q lutter contre la malnutrition,

q permettre les campagnes de vaccinations, notamment pour prévenir les maladies infantiles,

q lutter contre les cancers.

En dépit de l'intervention du programme « pétrole contre nourriture » depuis 1996 les moyens dont dispose l'Irak pour sortir de cette sous nutrition et cette dégradation du secteur sanitaire sont notoirement insuffisants. La mission médicale a en particulier pu constater l'obsolescence des moyens en matériel (il existe exceptionnellement des matériels récents mais l'absence de maintenance et de pièces de rechange les rendent indisponibles dès la première panne). Le système O, ne saurait pallier l'insuffisance de ces moyens. La mission médicale ne peut que constater que les soins de santé primaires essentiels ne peuvent être assurés en Irak. Notamment l'étude épidémiologique des maladies infectieuses en Irak de 1996 à 2001 fait état d'aucune amélioration significative de leur incidence.

L'étude pratique effectuée par les médecins qui ont accompagné la mission sénatoriale s'avère confortée par l'étude des dossiers cliniques qui montre à l'évidence que la moitié des enfants malades présentés sont condamnés à mourir. Quant à l'expérience chirurgicale au bloc opératoire dans un hôpital de Bagdad, elle a permis de constater l'insuffisance des moyens, y compris des plus simples (comme les champs opératoires usés, insuffisants pour recouvrir en totalité le patient), le manque d'asepsie, et le retard de "l'école chirurgicale". »

(groupe d'amitié sénatorial français : 21/11/2018)

Par ailleurs, le médecin fait également état de considérations juridiques et se réfère à la jurisprudence de la CEDH.

Or, il ne revient pas à un médecin de s'étendre sur des considérations juridiques mais bien de remettre un avis médical circonstancié après avoir réalisé un examen clinique et ce, dans le respect du Code de Déontologie médicale, (avis du 16 novembre 2013 émis par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Il s'ensuit dès lors que, venir prétendre qu'un retour dans le pays d'origine ne contreviendrait pas à la Directive 2004/83/CE ni à l'article 3 de la CEDH, est une erreur d'appréciation.

La partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et statue en violation des principes de bonne administration puisque ne prend pas en considération tous les éléments liés à la situation du requérant.

La motivation de la décision querellée n'est nullement adéquate, correcte et précise.

La partie adverse n'a pas recueilli toutes les informations nécessaires avant de prendre pareille décision notamment en consultant le requérant, elle ne s'est donc nullement prononcée en connaissance de cause.

Il y a une violation des dispositions reprises au moyen dont l'article 9 ter§1^{er} et les décisions querellées doivent être annulées.

Il y a lieu de l'annuler. (...)"

2.2 In de mate dat de verzoekende partijen de schending aanvoeren van het “*principe général de bonne administration*”, wijst de Raad erop dat een schending van het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur niet kan worden aangevoerd, maar dat moet gepreciseerd worden van welk beginsel precies de schending wordt ingeroepen. In deze mate is het enig middel dan ook niet ontvankelijk. Onder ‘middel’ moet immers worden begrepen de voldoende duidelijke omschrijving van de overtreden rechtsregel en van de wijze waarop die rechtsregel door de bestreden rechtshandeling wordt geschonden (RvS 17 december 2004, nr. 138.590; RvS 1 oktober 2004, nr. 135.618; RvS 4 mei 2004, nr. 130.972). De Raad gaat dan ook slechts in op de schending van het concreet aangevoerde beginsel van behoorlijk bestuur, met name het “*principe général selon lequel l'autorité est tenue de statuer en prenant connaissance de tous les éléments pertinents de la cause*”, dat overeenkomt met het zorgvuldigheidsbeginsel.

Dit beginsel legt de overheid namelijk de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te stoelen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Verder wijst de Raad erop dat de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 – net als artikel 62 van de vreemdelingenwet – de administratieve overheid verplichten in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dit op ‘afdoende’ wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, dit wil zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen. De belangrijkste bestaansredenen van de motiveringsplicht, zoals die wordt opgelegd door de wet van 29 juli 1991, bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, opdat hij met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 9 september 2015, nr. 232.140).

De Raad stelt vast dat de motieven van de bestreden beslissing op eenvoudige wijze in die beslissing kunnen worden gelezen, zodat de verzoekende partijen niet kunnen voorhouden dat de juridische en feitelijke overwegingen die aan de bestreden beslissing ten grondslag liggen, niet in deze beslissing zouden zijn opgenomen. In deze mate maken zij een schending van de formele motiveringsplicht zoals vervat in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de vreemdelingenwet niet aannemelijk. De verzoekende partijen voeren echter aan dat de opgenomen motivering niet volstaat.

Met hun verwijzing naar een manifeste appreciatiefout voeren de verzoekende partijen tevens de schending aan van de materiële motiveringsplicht. Deze houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 5 december 2011, nr. 216.669; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 14 juli

2008, nr. 185.388). De materiële motivering vereist met andere woorden dat voor elke administratieve beslissing rehtens aanvaardbare motieven met een voldoende feitelijke grondslag moeten bestaan.

Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van die 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 gekomen (RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

De voorgehouden schending van de formele en materiële motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van de bepaling waarop de bestreden beslissing steunt, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, waarvan de verzoekende partijen eveneens de schending aanvoeren en dat luidt als volgt:

“§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoot 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, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

(...)

De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.

(...)”

In het kader van een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet moet aldus worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong. Dit onderzoek moet geval per geval gebeuren, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager (*Parl.St.* Kamer, 2005-2006, nr. 51-2478/01, 35 en nr. 51-2478/08, 9). Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een benodigde medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Het onderzoek naar de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen omvat ook een onderzoek naar de financiële toegankelijkheid ervan. Uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt dat dit onderzoek door de ambtenaar-geneesheer moet worden gevoerd, en bij deze beoordeling moet het redelijkheids criterium in acht worden genomen.

In casu verklaarde de gemachtigde de aanvraag om machtiging tot verblijf ontvankelijk doch ongegrond, aangezien het aangehaalde medisch probleem van de eerste verzoekende partij niet kan worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Hierbij wordt verwezen naar het medisch advies dat de ambtenaar-geneesheer op 17 januari 2019 opstelde met betrekking tot de medische problematiek van de eerste verzoekende partij. De ambtenaar-geneesheer bracht het volgende advies uit:

“(…) NAAM: A(...), A(...) S(...) H(...) (R.R.: (...))

Mannelijk

nationaliteit: Irak

geboren te (...) op (...)

adres: (...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 21-11-2018.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Standaard Medisch getuigschrift d.d. 5-9-2018 van Dr. C(...) , psychiater in opleiding met de volgende informatie:*
 - o Voorgeschiedenis van hersentrombose, prostatisme, hypothyroïdie, anterolisthesis L4-L5*

- o Actuele pathologie, psychotische stoornis met sterke traumatische voorgeschiedenis en psychotische kwetsbaarheid binnen de familie, partiële remissie
- o Medicatie: Ariprazole, Clopidogrel, Combodart, L-Thyroxine, Lipitor, Lormetazepam, Temesta, Movicol
- o Heden intensieve dagbehandeling
- o Nood aan familiale context en levenslange begeleiding
- Verslag van psychiatrisch centrum A(...): vrijwillige opname bij psychotische decompensatie, heden opvolging in dagbehandeling

In samenvatting van de aangeleverde documentatie kunnen we het volgende besluiten:

- Het betreft hier een man van heden 54 jaar afkomstig uit Irak
- Hij verblijft heden sinds 2015 in België na een vlucht via Syrië
- Hij vertoont een psychotische decompensatie bij een familiale belasting (schizofrenie)
- Hij wordt heden gevolgd in daghospitalisatie en vertoont een partiële remissie
- Hij heeft nood aan blijvende opvolging door een psychiater en de nabijheid van zijn familie
- Als medicatie neemt hij heden:
 - o Aripiprazole, antipsychoticum
 - o Clopidogrel: bloedverdunner
 - o Combodart Dutasteride en Tamsulosine tegen prostatisme
 - o L-Thyroxine: schildklierhormoon
 - o Lipitor, Atorvastatine, cholesterolverlager
 - o Lormetazepam, Benzodiazepine
 - o Temesta, Lorazepam, Benzodiazepine
 - o Movicol, Macrogol, stoelgangmodulator

In het dossier is geen tegenindicatie tot reizen vermeld eventueel is een begeleiding door een arts aangewezen. Mantelzorg is niet noodzakelijk alleen de nabijheid van de familie.

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

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 is :
 - Aanvraag Medcoi van 1 -10-2018 met het unieke referentienummer 11641

Toont aan dat de volledige psychiatrische behandeling in al zijn modaliteiten zelfs de eventuele opname mogelijkheid en dagopvang beschikbaar zijn in Irak, het thuisland.

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond. Van Lorazepam zijn geen gegevens gekend. Als analoog middellang werkend product zijn analogen zoals Alprazolam en Oxazepam beschikbaar. Zo de indicatie slaapmedicatie is kan Zolpidem aangewend worden.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de psychiatrische behandeling en zorg die betrokkene nodige heeft beschikbaar is in het thuisland: psychiaters en psychologen zijn beschikbaar, eveneens opname modaliteiten en dagopvang, ook specifieke psychotherapie is beschikbaar. De noodzakelijke medicatie Ariprazole, Clopidogrel, Dulasteride, Tamsulosine, schildklierhormoon L-Thyroxine, Atorvastatine, Lorazepam, Alprazolam;-Oxazepam, Zolpidem, Movicol zijn beschikbaar.

Vanuit het standpunt van beschikbaarheid van de zorg is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar het thuisland.

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.

De publieke gezondheidszorg in Irak is 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 draagt met een minimaal aandeel van de patiënt. Voor deze bijdrage krijgt de patiënt de toegang tot de zorg die gratis verstrekt werd of aan een minimale bijdrage. Deze bijdrage laat toe dat de patiënt de dienst kan binnen komen en dekt 1 consultatie. Voor Labo, RX en andere onderzoeken dient de patiënt zelf te betalen.

De gezondheidszorg is georganiseerd op 3 niveaus: primaire gezondheidszorg (PHC), PHC subcenters en de ziekenhuizen, elk met hun eigen opdrachten. De primaire gezondheidszorg is over het ganse land verdeeld, evenwel niet evenredig, de ziekenhuizen zijn vertegenwoordigd in alle steden met soms meerdere per stad. In de meer afgelegen landelijke delen van het land wordt verondersteld van de aanwezigheid van minimum 1 ziekenhuis, maar aan deze voorwaarde is nog altijd niet voldaan. De hoog gespecialiseerde zorg is alleen te vinden in de grote steden en de hoofdstad. Naast de publieke zorgverlening is er ook een private sector die beperkt is en alleen hoog gespecialiseerde zorg aanbiedt tegen een hoge prijs. De ontwikkeling van de private sector is eveneens geremd door de conflictsituatie die lang in het land heerste.

Op gebied van sociale zekerheid bestaat er een maandelijkse tegemoetkoming van de staat voor werkloze arme, weduwen, wezen, gehandicapten en ouderen. Er bestaat ook een sociale zekerheidssysteem voor werknemers van ondernemingen vanaf 3 of 5 personen afhankelijk van het type toelage. Er is een pensioensregeling voor werknemers, speciale tegemoetkoming voor chronische zieken maar geen uitkering bij werkloosheid.

Specifiek voor betrokkene:

Voor de mentale problemen werd in 2009 een "Basic Health Service package" in het leven geroepen dat er voor zorgde dat de meeste mentale problemen kunnen behandeld worden in de eerste lijn centra en ziekenhuizen. Elk regionaal centrum beschikt over een psychiatrie afdeling. De zorg wordt gedekt door het budget van basiszorg en is gratis. In het kader van zwaardere aandoeningen zijn er in Bagdad 3 gespecialiseerde centra. Hier is de zorg eveneens gratis. Zo betrokkene wil kan hij zich ook wenden tot de private sector. De prijs voor een consultatie kan daar oplopen tot IQD 25.000.

Betrokkene woonde in Bagdad voor zijn vertrek. Dit is de plaats waar de meest uitgebreide zorgverlening aanwezig is met zoals vermeld 3 gespecialiseerde centra voor zwaardere aandoeningen die de complete zorg aanbieden.

Betrokkene heeft nood aan familiale omkadering. Hij verblijft in België met de ganse familie, echtgenote en kinderen. Heden is hij niet geïnstitutionaliseerd en volgt hij therapie in dagopvang. Deze vorm van behandeling kan zonder probleem verder gezet worden bij terugkeer naar het thuisland (en vroegere woonplaats Bagdad). Er is geen tegenindicatie objectief in het dossier dat de ganse familie terugkeert naar het thuisland.

Gezien zijn medische toestand is betrokkene heden arbeidsongeschikt. In het dossier is geen argument dat dit altijd zo zal zijn. Betrokkene, noch andere leden van de familie leggen een bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier, naast de huidige situatie van betrokkene, die erop wijzen dat zij geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in hun land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Er dient eveneens opgemerkt te worden dat betrokkene nog steeds contacten onderhoudt met zijn familie in Irak.

De argumenten die de advocaat aanhaalt over de toestand van de zorg in Irak zijn algemeen en niet van directe toepassing concreet op betrokkene. Sinds 2009 zijn er volop nieuwe initiatieven zoals eerder

vermeld in het kader van de psychiatrische opvang gezien de hoge nood en de vele patiënten in Irak. De verwijzing naar het arrest Paposhvili is niet correct. Betrokkene bevindt zich in een totaal andere situatie gezien de pathologie, medische toestand en familiale omkadering. In het kader naar de verwijzing naar zijn soennitische origine dienen we de opmerking te maken dat de soennieten, ondanks dat zij een minderheid vormen, zij een belangrijke bevolkingsgroep met belangrijke invloeden zijn binnen Irak vooral in de driehoek Bagdad, Ramada en Tikrit (soennitische driehoek).

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 Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand 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.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de 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.

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

Dit advies werd onder gesloten omslag aan de eerste verzoekende partij overhandigd en naar dit advies wordt expliciet verwezen in de motivering van de bestreden beslissing, waarvan het een integraal deel uitmaakt.

Voorafgaandelijk wijst de Raad erop dat de ambtenaar-geneesheer bij het beoordelen van het in artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet genoemde risico weliswaar over een ruime beoordelingsbevoegdheid beschikt en dat hij deze beoordeling niet mag maken in de plaats van de ambtenaar-geneesheer. De Raad moet echter wel in staat worden gesteld om na te gaan waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd om te besluiten dat de zorgen en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst. De Raad benadrukt dat de beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer niet betekent dat diens vaststellingen steeds volstaan als motieven voor een beslissing tot weigering van verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet (RvS 18 september 2013, nr. 224.723). Het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer een arts is, impliceert ook niet dat er op hem bij het verlenen van zijn advies conform artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet, geen of een verminderde motiveringsplicht zou rusten. Indien zou blijken dat aan het advies van de ambtenaar-geneesheer een motiveringsgebrek kleefte en de aanvraag ongegrond wordt verklaard op basis van dit advies, dan zal het motiveringsgebrek in dit advies bijgevolg noodzakelijkerwijze leiden tot de vernietiging van deze ongegrondheidsbeslissing. Het is de verzoekende partijen derhalve toegelaten om de onwettigheden die aan dit advies kleven aan te voeren tegen de uiteindelijk door de gemachtigde op grond van het voormelde artikel 9ter genomen beslissing (cf. RvS 28 juni 2011, nr. 214.213; RvS 5 juli 2007, nr. 173.201; RvS 13 oktober 2006, nr. 163.590).

De verzoekende partijen bekritisieren in een eerste onderdeel het feit dat de ambtenaar-geneesheer geen psychiater is, terwijl de behandeling van de eerste verzoekende partij is voorgeschreven door specialisten, en dat hij haar bovendien niet persoonlijk heeft onderzocht. Zij verwijzen hiervoor naar artikel 124 van de Code van geneeskundige plichtenleer, het arrest nr. 82/2012 van 28 juni 2012 van het Grondwettelijk Hof, en naar adviezen van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en de Nationale Raad van de Orde der artsen. Ook verder in het verzoekschrift verwijzen de verzoekende partijen nog naar een aantal artikelen van de voormelde Code en voeren zij opnieuw aan dat de ambtenaar-geneesheer de specialisten tegensprekt.

De Raad wijst erop dat artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

“De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling,

gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen."

De Raad benadrukt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens, met inbegrip van de medische attesten die worden voorgelegd bij de aanvraag, uitsluitend tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer behoren, die hierbij volledig vrij wordt gelaten (cf. RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)). De ambtenaar-geneesheer/arts-adviseur moet niet van een bijzondere expertise blijk geven om de door de vreemdeling ingediende medische attesten te beoordelen en hij is niet verplicht om zich met een gespecialiseerd arts in verbinding te stellen, enkel omdat het standaard medisch getuigschrift van de vreemdeling door een geneesheer-specialist is opgesteld (cf. RvS 6 november 2013, nr. 225.353).

Uit de laatste zin van het voormelde artikel 9ter, § 1, vijfde lid blijkt uitdrukkelijk dat de ambtenaar-geneesheer de vreemdeling kan onderzoeken, "*indien hij dit nodig acht*". Van enige verplichting om de betrokkene aan een fysiek onderzoek te onderwerpen of een advies in te winnen is dan ook geen sprake (cf. RvS 29 oktober 2010, nr. 208.585; RvS 16 april 2012, nr. 8348 (c); *Parl.St.* Kamer, 2005-2006, nr. 51-2478/001, 34). De keuze om beroep te doen op een deskundige of om bijkomend medisch advies in te winnen, behoort tot de autonome appreciatie van de ambtenaar-geneesheer en de bewijslast inzake de medische verblijfsaanvraag blijft in de eerste plaats op de aanvrager zelf rusten. In dit verband wijst de Raad erop dat het overeenkomstig artikel 9ter, § 1, derde lid van de vreemdelingenwet de vreemdeling toekomt om samen met zijn aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in het land van herkomst of het land waar hij verblijft, over te maken aan de gemachtigde. Het behoort tevens tot de uitsluitende bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer om te oordelen of hij de voorgelegde attesten voldoende acht om een advies te kunnen verstrekken nopens het in artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet vermelde risico en de mogelijkheden van behandeling in het land van oorsprong of het land waar de vreemdeling verblijft. De Raad kan deze beoordeling van de ambtenaar-geneesheer niet overdoen, maar deze enkel onwettig bevinden wanneer zij zou getuigen van een kennelijk onredelijk handelen of wanneer bij de medische beoordeling essentiële elementen uit het dossier zouden zijn miskend. Door slechts te kennen te geven het niet eens te zijn met de handelswijze en de conclusies van de ambtenaar-geneesheer, tonen de verzoekende partijen dit echter niet aan. Bovendien benadrukt de Raad dat de ambtenaar-geneesheer de aandoeningen van de eerste verzoekende partij, zoals die werden omschreven door zijn behandelende artsen-specialisten, door de ambtenaar-geneesheer ook niet in twijfel worden getrokken. Wel oordeelde hij dat de eerste verzoekende partij kan reizen en dat mantelzorg niet noodzakelijk is, en dat behandeling en opvolging voor haar aandoeningen beschikbaar en toegankelijk zijn in Irak.

Met betrekking tot de artikelen 123 tot 127 van de Code van geneeskundige plichtenleer, wijst de Raad er vooreerst op dat deze code sinds 3 mei 2018 vervangen is door de Code van medische deontologie (cf. het voorwoord van de laatstgenoemde Code) en bijgevolg niet meer van toepassing is. Bovendien maken de in een medische deontologische code geopperde disciplinaire principes, voorschriften en gedragsregels hoe dan ook geen afdwingbare wetgeving uit, zodat de verzoekende partijen zich hierop niet kunnen beroepen om de onwettigheid van de bestreden beslissing aan te voeren. De Raad kan immers geen wettigheidscontrole uitoefenen inzake een medische deontologische code die een gids of leidraad betreft en disciplinaire gedragsregels omvat en die aldus geen wetgeving of een juridisch bindende norm uitmaakt. Een eventuele niet-naleving van zulke disciplinaire 'code' kan niet tot de onwettigheid van de bestreden beslissing leiden. Dat de ambtenaar-geneesheer overeenkomstig punt B.15. van het voormelde arrest nr. 82/2012 van het Grondwettelijk Hof inderdaad gehouden is de Code van medische deontologie (op dat moment nog de Code van geneeskundige plichtenleer) na te leven, doet dan ook niet ter zake in het licht van een beoordeling van de wettigheid van de thans bestreden beslissing.

Met betrekking tot het door de verzoekende partijen aangehaalde advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en dat van de Nationale Raad van de Orde der artsen, tonen de verzoekende partijen niet aan dat aan deze adviezen een bindende kracht kan worden toegekend. Ook hierop kunnen zij zich dan ook niet beroepen om de wettigheid van de bestreden beslissing aan te vechten.

Met dit betoog kunnen de verzoekende partijen niet aannemelijk maken dat de ambtenaar-geneesheer op niet-afdoende wijze zou hebben geoordeeld dat de aandoening van de eerste verzoekende partij geen contra-indicatie zou uitmaken voor een terugkeer naar Irak.

Vervolgens beroepen de verzoekende partijen zich op het hoorrecht vervat in artikel 41 van het Handvest. Vooreerst wijst de Raad erop dat uit de bewoordingen van het voormelde artikel 41 duidelijk volgt dat deze bepaling niet is gericht tot de lidstaten, maar uitsluitend tot de instellingen, organen en instanties van de Unie (HvJ 17 juli 2014, C-141/12, *Y.S.*, pt. 67). De verzoekende partijen kunnen zich bijgevolg hoe dan ook niet dienstig rechtstreeks op artikel 41 van het Handvest beroepen. Het hoorrecht maakt als algemeen beginsel van Unierecht echter wel integraal deel uit van de eerbiediging van de rechten van verdediging (HvJ 5 november 2014, C-166/13, *Mukarubega*, pt. 45; HvJ 22 november 2012, C-277/11, *M.M.*, pt. 81). De verplichting tot eerbiediging van de rechten van de verdediging van de adressaten van besluiten die hun belangen aanmerkelijk raken, rust op de administratieve overheden van de lidstaten wanneer zij maatregelen of beslissingen nemen die binnen de werkingssfeer van het Unierecht vallen (HvJ 10 september 2013, C-383/13 PPU, *M.G. e.a.*, pt. 35). Er moet zodoende een aanknopingspunt met het Unierecht te zijn. Een beslissing genomen in toepassing van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet – bepaling die geen omzetting vormt of toepassing is van Unierecht noch anderszins aanknoopt bij het Unierecht – valt niet binnen de werkingssfeer van het Unierecht (cf. HvJ 26 februari 2013, C-617/10, *Akerberg*, ptn. 22-23; zie HvJ (GK) 18 december 2014, C-542/13, *M'Bodj*, ptn. 27, 41 en 45-46, en HvJ (GK) 18 december 2014, C-562/13, *Abdida*, pt. 33). Het hoorrecht als algemeen beginsel van Unierecht is dan ook niet van toepassing. Bijgevolg mist het ganse betoog van de verzoekende partijen in dit verband juridische grondslag en kan de Raad erop niet verder ingaan.

In een tweede onderdeel voeren de verzoekende partijen aan dat de gemachtigde en de ambtenaar-geneesheer rekening hadden moeten houden met het geheel van elementen waarvan zij kennis hadden, hetgeen *in casu* niet is gebeurd.

De verzoekende partijen wijzen er vooreerst op dat, als de aanvraag op 23 januari 2019 ontvankelijk werd verklaard, dit betekent dat de aandoening voldoet aan de door de wet vereiste en opgelegde voorwaarden. Zij stelt dat alle medische rapporten melding maken van de graad van ernst van de gezondheidstoestand van de eerste verzoekende partij en van de noodzaak aan een medische en therapeutische opvolging, op gevaar van een ernstige verergering. De Raad wijst er echter op dat de ontvankelijkheid van de aanvraag van 21 november 2019 niet wordt betwist. De verzoekende partijen maken niet duidelijk op welke manier het feit dat hun aanvraag aan de wettelijke ontvankelijkheidsvoorwaarden voldoet, relevant is voor de thans bestreden ongegrondheidsbeslissing.

De verzoekende partijen vervolgen dat het verblijf van de eerste verzoekende partij in België voor haar mentale gezondheid van groot belang en onontbeerlijk is. Volgens hen is het zinloos om de eerste verzoekende partij terug te sturen naar Syrië of naar Irak, beide plaatsen van haar trauma's en vervolgingen. De Raad benadrukt in de eerste plaats dat de bestreden beslissing geen bevel om het grondgebied te verlaten bevat, zodat enig terugsturen niet aan de orde is. Daarnaast wijst de Raad erop dat de verzoekende partijen in hun aanvraag van 21 november 2018 om machtiging tot verblijf hebben aangevoerd dat geen adequate behandeling mogelijk is in het land van herkomst, Irak. De bestreden beslissing van 23 januari 2019 en het medisch advies van 17 januari 2019 hebben dan ook slechts betrekking op Irak. De situatie in Syrië is bijgevolg niet aan de orde. Ten slotte stelt de Raad vast dat de verzoekende partijen niet duidelijk maken waar in de voormelde aanvraag zij hebben ingeroepen en uit welke voorgelegde medische attesten zou moeten blijken dat de eerste verzoekende partij niet kan terugkeren naar Irak, omdat dit de plaats van haar trauma's en vervolgingen is. De Raad benadrukt nogmaals dat het aan de vreemdeling toekomt om samen met zijn aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in het land van herkomst of het land waar hij verblijft, over te maken aan de gemachtigde. De verzoekende partijen kunnen aan de gemachtigde en de ambtenaar-geneesheer niet verwijten niet te zijn ingegaan op elementen die niet zijn voorgelegd.

Vervolgens voeren de verzoekende partijen, met verwijzing naar het arrest *Paposhvili* van 13 december 2016 van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM), aan dat de eerste verzoekende partij een reëel risico voor haar leven en psychische integratie loopt, als zij niet geregulariseerd wordt en haar behandeling hier kan verderzetten. Zij stellen dat de eerste verzoekende partij zich in dit geval bevindt en dat haar fysieke en psychische integriteit riskeert sterk te worden gehypothecerd. Volgens de verzoekende partijen zouden “wij” in het geval van een terugsturen naar Irak zonder enige twijfel meewerken aan een reëel risico om te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van haar gezondheidstoestand, die aanzienlijk lijden of een aanzienlijke vermindering van haar levensverwachting met zich mee zou brengen. De Raad stelt echter vast dat de verzoekende partijen dit betoog reeds in het kader van hun aanvraag van 21 november 2018

hebben gevoerd en dat de ambtenaar-geneesheer hierop ook geantwoord heeft. Niet alleen heeft hij onderzocht of de noodzakelijke zorgen en opvolging in Irak beschikbaar en toegankelijk zijn, hij heeft ook uiteengezet waarom hij van oordeel is dat de verwijzing naar het arrest *Paposhvili* niet correct is. De verzoekende partijen gaan op deze motivering echter niet concreet in, zodat zij eraan geen afbreuk kunnen doen. Op het door de ambtenaar-geneesheer gevoerde onderzoek met betrekking tot een adequate behandeling in het land van herkomst gaat de Raad verder nog in.

In een derde onderdeel onderstrepen de verzoekende partijen dat het toepassingsgebied van artikel 9ter van de vreemdelingenwet veel ruimer is dan dat van artikel 3 van het EVRM. Zij begrijpen niet goed waarom de ambtenaar-geneesheer geen rekening houdt met de attesten, in het bijzonder de attesten opgesteld door specialisten. Volgens hen kan uit deze attesten worden afgeleid dat de aandoening van de eerste verzoekende partij met alle complicaties de door het voormelde artikel 3 vereiste graad van ernst bereikt, en dat er wel degelijk een directe bedreiging voor haar leven is, aangezien zij bij terugkeer naar Irak geen enkele toegang tot behandeling heeft.

Artikel 3 van het EVRM luidt als volgt:

“Niemand mag worden onderworpen aan foltering en aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.”

Deze bepaling bekrachtigt één van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen foltering en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv. Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) 21 januari 2011, *M.S.S./België en Griekenland*, § 218).

De Raad wijst erop dat artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet inhoudt dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling waarbij er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen, maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. De tweede hypothese staat los en gaat inderdaad verder dan de eerste hypothese inzake een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, die daarmee de basisvereiste omvat voor de toepassing van artikel 3 van het EVRM (cf. RvS 29 januari 2014, nr. 226.651; RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633) en aldus de zogenaamde hoge drempel bepaald door de rechtspraak van het EHRM. Deze beperkt zich *in se* tot de gevallen waarin de aandoening een risico inhoudt voor het leven, gelet op de kritieke gezondheidstoestand of het zeer gevorderd stadium van de ziekte.

De verzoekende partijen maken echter niet duidelijk welk belang zij hebben bij hun betoog, aangezien de ambtenaar-geneesheer en de gemachtigde ook geenszins betwisten dat het toepassingsgebied van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ruimer is dan dat van artikel 3 van het EVRM. Zoals reeds herhaaldelijk gesteld, heeft de ambtenaar-geneesheer ook daadwerkelijk onderzocht of in Irak een adequate behandeling is voor de specifieke aandoeningen van de eerste verzoekende partij. De verzoekende partijen maken dan ook niet duidelijk op welke manier sprake zou zijn van een manifeste appreciatiefout, zoals zij ook op het einde van hun verzoekschrift nogmaals aanhalen.

Ook de schending van artikel 3 van het EVRM op zich koppelen de verzoekende partijen aan het ontbreken van een adequate behandeling in het land van herkomst. Zoals reeds gebleken en zoals verder nog zal blijken, kunnen de verzoekende partijen niet aannemelijk maken dat er in dit kader geen voldoende onderzoek zou zijn gebeurd. Een schending van het voormelde artikel 3 wordt dan ook niet aannemelijk gemaakt.

De verwijzing naar artikel 3 van het EVRM die de gemachtigde in de bestreden beslissing opneemt, maakt duidelijk een overtollig motief uit. Zowel hij als de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies hebben zich immers niet beperkt tot de eerste hypothese voorzien in het voormelde artikel 9ter, § 1, eerste lid, maar hebben ook een onderzoek gevoerd naar de tweede hypothese. De eventuele gegrondheid van het betoog van de verzoekende partijen gericht tegen dit overtollig motief kan de wettigheid van de bestreden beslissing dan ook niet aantasten, zodat op dit betoog niet verder moet worden ingegaan.

Vervolgens gaan de verzoekende partijen concreet in op de mogelijkheid tot reizen van de eerste verzoekende partij. Zij stellen dat de gemachtigde en de ambtenaar-geneesheer tot de conclusie komen dat de gezondheidstoestand van de eerste verzoekende partij haar niet verhindert om te reizen en dat er vanuit medisch oogpunt geen tegenindicatie is voor een terugkeer naar haar land van herkomst, terwijl de rapporten van specialisten formeel zijn en stellen dat zij volledig niet in staat is om te reizen.

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer in dit verband in het medisch advies van 17 januari 2019 het volgende vaststelt: *"In het dossier is geen tegenindicatie tot reizen vermeld eventueel is een begeleiding door een arts aangewezen."* De Raad stelt vast dat de verzoekende partijen niet vermelden in welke medische attesten dan wel formeel zou zijn aangegeven dat de eerste verzoekende partij niet in staat zou zijn om te reizen. De Raad ziet ook niet in op welke manier dit uit de stukken van het administratief dossier zou moeten blijken. Ook betwisten de verzoekende partijen niet concreet dat een mogelijkheid tot reizen zou bestaan onder begeleiding van een arts, zoals de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies eventueel aangewezen acht. De verzoekende partijen voeren in dit verband opnieuw aan dat de ambtenaar-geneesheer de eerste verzoekende partij had moeten horen en dat hij zich zonder kennis van zaken heeft uitgesproken. Niet alleen kan de Raad opnieuw verwijzen naar hetgeen hij in dit verband hoger heeft vastgesteld, maar bovendien beperken de verzoekende partijen zich tot loutere beweringen. De Raad benadrukt nogmaals dat de ambtenaar-geneesheer de gezondheidstoestand van de eerste verzoekende partij niet betwist, maar dat hij heeft geoordeeld dat een adequate behandeling in Irak aanwezig is.

Verder voeren de verzoekende partijen aan dat de gemachtigde en de ambtenaar-geneesheer een manifeste beoordelingsfout maken, aangezien zij niet alle elementen in overweging nemen, en doen alsof er geen enkele belemmering bestaat voor de beschikbaarheid van de medische zorgen in Irak en dat de zorgen toegankelijk zijn in Irak. Zij geven aan dat de ambtenaar-geneesheer hiervoor gebruik maakt van de MedCOI-databank. Zij stellen dat dit niet-publieke bronnen zijn, waardoor het transparantiebeginsel wordt geschonden, voornamelijk afkomstig van verzekeringsmaatschappijen en aldus gericht tot buitenlanders en niet tot inwoners. Vervolgens gaan de verzoekende partijen in op de drie concrete bronnen waarop de MedCOI-databank zich steunt. De eerste en de tweede bron betreffen volgens hen informatie gericht op reizigers en/of expats, de derde bron maakt gebruik van lokale artsen waarvan volgens de voetnoot in de bestreden beslissing de identiteit wordt beschermd (hetgeen volgens de verzoekende partijen niet wettelijk toegelaten is omwille van de transparantie en de verificatie van de gegevens) en hun exacte specialisatie onbekend is.

De Raad stelt vast dat de verzoekende partijen op geen enkele manier ingaan op de concrete informatie uit de MedCOI-databank waarvan de ambtenaar-geneesheer gebruik heeft gemaakt, en dus ook niet aangeven op welke manier deze informatie niet correct zou zijn. Het loutere feit dat deze databank niet publiek is, maakt niet dat de ambtenaar-geneesheer er bij het opstellen van zijn medisch advies geen gebruik van kan maken. De betrokken informatie wordt immers toegevoegd aan het administratief dossier, zodat de verzoekende partijen de mogelijkheid hebben deze informatie te raadplegen. Zij voeren geenszins aan dat deze mogelijkheid hun ontnomen zou zijn. De verzoekende partijen maken dan ook niet duidelijk welk belang zij bij hun betoog hebben. Met betrekking tot de andere opmerkingen van de verzoekende partijen wijst de Raad ten overvloede nog op het volgende. Wat betreft de irrelevante specialisatie van de lokale artsen, merken de verzoekende partijen in hun verzoekschrift laconiek op dat een advocaat gespecialiseerd in familierecht aldus evenzeer kan antwoorden op een vraag aangaande handelsrecht. De Raad wijst er echter op dat uit het door hen weergegeven citaat van de voormelde voetnoot zelf blijkt dat een van de selectiecriteria van de betrokken artsen hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is, zodat zij op deze manier vragen over eender welke medische specialisatie kunnen beantwoorden. De verzoekende partijen maken niet duidelijk waarom informatie bekomen via het medisch professioneel netwerk van de betrokken lokale artsen geen correcte informatie zou zijn. Ook maken de verzoekende partijen niet duidelijk op grond waarvan aan de wettelijke toelaatbaarheid en waarachtigheid van de informatie zou moeten getwijfeld worden, louter omdat de identiteit van de artsen beschermd wordt. De Raad benadrukt dat in de betrokken voetnoot van het medisch advies uitdrukkelijk wordt aangegeven dat de artsen zijn uitgekozen door ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse Zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgelegde selectiecriteria, met name betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria. Er wordt ook uitdrukkelijk aangegeven dat hun identiteit om veiligheidsredenen wordt beschermd, maar dat de persoonlijke gegevens en de CV's van de lokale artsen gekend zijn door het Bureau Medische Advisering (BMA) en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. Ten slotte blijkt uit de betrokken voetnoot ook nog dat de medische

informatie die door de drie bronnen wordt verstrekt, door de artsen van het BMA wordt beoordeeld. Met hun betoog kunnen de verzoekende partijen dan ook geen afbreuk doen aan de MedCOI-informatie waarvan de ambtenaar-geneesheer gebruik heeft gemaakt.

De Raad wijst erop dat de ambtenaar-geneesheer op basis van informatie uit de MedCOI-databank heeft geoordeeld dat de zorgen en opvolging in het land van herkomst beschikbaar zijn. De MedCOI-aanvraag van 1 oktober 2018 met referentienummer 11(...) toont aan dat de volledige psychiatrische behandeling in al zijn modaliteiten, zelfs de eventuele opnamemogelijkheid en dagopvang, beschikbaar zijn in Irak. Uit bijlage 2 blijkt dat de medicatie beschikbaar is, met uitzondering van lorazepam, waarover geen informatie bekend is, maar waarvoor analoge medicatie wel beschikbaar is. Op basis van deze beide bronnen concludeert de ambtenaar-geneesheer dat de psychiatrische behandeling en zorg die de eerste verzoekende partij nodig heeft, met name psychiaters en psychologen, opnamemodaliteiten en dagopvang, en specifieke psychotherapie beschikbaar is, en ook de noodzakelijke medicatie, waarna hij deze opsomt. Vanuit het standpunt van de beschikbaarheid van de zorg is er volgens de ambtenaar-geneesheer geen tegenindicatie voor terugkeer naar het thuisland.

Zoals hoger reeds meermaals aangegeven, gaan de verzoekende partijen op geen enkele manier concreet in op de beschikbaarheid van de noodzakelijke zorgen en opvolging. Het loutere feit dat zij het niet eens zijn met de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer, maakt niet dat deze vaststellingen onjuist of kennelijk onredelijk zouden zijn, of dat de ambtenaar-geneesheer onzorgvuldig zou hebben gehandeld. In de mate dat de verzoekende partijen met hun kritiek blijf geven van een andere feitelijke beoordeling van de gegevens van de zaak dan die van de bevoegde overheid, nodigt het onderzoek van deze andere beoordeling de Raad uit tot een opportuniteitsonderzoek. Dit behoort echter niet tot zijn bevoegdheid als annulatierechter. Met hun betoog kunnen de verzoekende partijen dan ook geen afbreuk doen aan de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer inzake de beschikbaarheid van de noodzakelijke behandeling.

Ten slotte gaan de verzoekende partijen in op de toegankelijkheid van de zorgen en opvolging in het land van herkomst. Zij voeren vooreerst een theoretisch betoog met betrekking tot artikel 9ter van de vreemdelingenwet en de formele motiveringsplicht. Zij stellen hierbij dat de motivering niet antwoordt op hun essentiële argumenten en dat de informatiebronnen die zij in hun aanvraag hebben geciteerd, worden bekritiseerd. De verzoekende partijen maken echter op geen enkele manier duidelijk waarop zij precies doelen en op welke argumenten niet zou zijn geantwoord. Met dit betoog kunnen zij dan ook niet aannemelijk maken dat de motivering van de bestreden beslissing en het medisch advies niet afdoende zou zijn.

Als concreet element wat de toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling betreft, richten de verzoekende partijen zich tot de vaststelling van de ambtenaar-geneesheer dat de eerste verzoekende partij kinderen heeft, die in het geval van een terugkeer naar Irak, opnieuw toegang kunnen krijgen tot de arbeidsmarkt in Irak. Zij voeren aan dat geenszins rekening werd gehouden met de werkelijke situatie van de eerste verzoekende partij en haar familie, en herinneren eraan dat zij Irak op 23 september 2006 hebben verlaten, naar Syrië zijn gegaan, en Syrië op 15 augustus 2015 hebben verlaten omwille van de algemene situatie. Zij besluiten dat zij dus al meer dan twaalf jaar geleden Irak hebben verlaten.

De Raad wijst erop dat de ambtenaar-geneesheer met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen en opvolging in Irak onder meer heeft vastgesteld dat er geen objectieve tegenindicatie in het dossier is voor een terugkeer van de ganse familie naar het thuisland. Dit wordt door de verzoekende partijen niet betwist (met uitzondering van de mogelijkheid tot terugkeer voor de eerste verzoekende partij, maar hierop wordt door de Raad zowel hoger als verder uitgebreid ingegaan). Vervolgens erkent de ambtenaar-geneesheer dat de eerste verzoekende partij op heden arbeidsongeschikt is. Hij stelt echter dat in het dossier geen argument is dat dit altijd zo zal zijn. Ook op deze overweging gaan de verzoekende partijen niet concreet in, zodat zij eraan geen afbreuk kunnen doen. Daarna stelt de ambtenaar-geneesheer vast dat noch de eerste verzoekende partij noch de andere leden van de familie een bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voorleggen en dat er bovendien geen elementen zijn in het dossier, naast de huidige situatie van de eerste verzoekende partij, die erop wijzen dat zij geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in hun land van oorsprong. In tegenstelling tot hetgeen de verzoekende partijen beweren, heeft de ambtenaar-geneesheer geenszins gesproken over “*opnieuw*” toegang krijgen tot de arbeidsmarkt (“*retrouver l'accès*”) en maken zij ook niet duidelijk waarom het feit dat zij Irak al meer dan twaalf jaar geleden hebben verlaten, zou maken dat zij geen toegang tot de arbeidsmarkt zouden hebben. Zij brengen in dit verband ook geen andere concrete elementen naar

voren die afbreuk zouden kunnen doen aan de vaststellingen van de Raad. Bijgevolg kunnen zij ook geen afbreuk doen aan de conclusie van de ambtenaar-geneesheer dat niets derhalve toelaat te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Bovendien voegt de ambtenaar-geneesheer nog toe dat de eerste verzoekende partij blijkens het administratief dossier nog steeds contacten onderhoudt met haar familie in Irak. Ook dit wordt door de verzoekende partijen geenszins betwist.

Op de overige vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer aangaande de toegankelijkheid van de zorgen en de opvolging in het land van herkomst, die zowel betrekking hebben op de algemene situatie in Irak als op de specifieke situatie van de eerste verzoekende partij, gaan de verzoekende partijen in het geheel niet in. Zij kunnen dan ook niet aannemelijk maken dat de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer inzake de toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling onjuist of kennelijk onredelijk zouden zijn, dat hij zijn advies in dit verband niet afdoende zou hebben gemotiveerd of dat hij onzorgvuldig zou hebben gehandeld.

Gelet op het bovenstaande kunnen de verzoekende partijen niet aannemelijk maken dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen voor het individuele geval van de eerste verzoekende partij niet zouden zijn onderzocht, zoals de federale ombudsman in zijn rapport zou hebben geëist. Tevens is gebleken dat de verzoekende partijen niet hebben aangetoond dat de ambtenaar-geneesheer en de gemachtigde de situatie van de eerste verzoekende partij niet juist zouden hebben geëvalueerd en dat zij beschikbaarheid en toegankelijkheid zouden hebben verward.

Verder citeren de verzoekende partijen nog uit "*groupe d'amitié sénatorial français*" van 21 november 2018. Deze informatie hebben de verzoekende partijen echter reeds ingeroepen in het kader van hun aanvraag en hierop heeft de ambtenaar-geneesheer ook geantwoord: "*De argumenten die de advocaat aanhaalt over de toestand van de zorg in Irak zijn algemeen en niet van directe toepassing concreet op betrokkene. Sinds 2009 zijn er volop nieuwe initiatieven zoals eerder vermeld in het kader van de psychiatrische opvang gezien de hoge nood en de vele patiënten in Irak.*" De verzoekende partijen gaan ook op deze motivering echter niet concreet in en maken niet duidelijk waarom zij opnieuw hetzelfde "*rapport*" aanhalen om de toestand van de gezondheidszorg in Irak aan te tonen. In de mate dat zij een paragraaf vet benadrukken (hetgeen zij ook reeds in hun aanvraag hadden gedaan), merkt de Raad nog op dat deze paragraaf betrekking heeft op een toename van mentale ziektes, maar dat geenszins wordt betwist dat de eerste verzoekende partij aan een mentale ziekte lijdt.

Vervolgens stellen de verzoekende partijen dat de ambtenaar-geneesheer juridische overwegingen maakt en naar rechtspraak van het EHRM verwijst. Zij verwijzen in dit verband opnieuw naar een advies van de Nationale Raad van de Orde van artsen. Zoals hoger reeds gesteld, gaat de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies van 17 januari 2019 inderdaad in op het door de verzoekende partijen in hun aanvraag aangehaalde arrest *Paposhvili* van het EHRM. Hij maakt in dit verband echter geen juridische overwegingen, maar stelt slechts vast dat de eerste verzoekende partij zich in een totaal andere situatie bevindt, gelet op de pathologie, medische toestand en familiale omkadering. De verzoekende partijen maken niet duidelijk waarom de ambtenaar-geneesheer niet naar deze elementen, die verband houden met de gezondheidstoestand van de eerste verzoekende partij, mocht verwijzen. Met betrekking tot het advies waarnaar de verzoekende partijen verwijzen, verwijst de Raad naar zijn hoger gemaakte vaststellingen in dit verband.

In de mate dat de verzoekende partijen nogmaals aanhalen dat de gemachtigde en de ambtenaar-geneesheer niet alle noodzakelijke informatie hebben ontvangen vóór het nemen van de bestreden beslissing en het medisch advies, in het bijzonder door de eerste verzoekende partij niet te consulteren, benadrukt de Raad nogmaals dat de bewijslast bij de aanvrager ligt, dat de ambtenaar-geneesheer niet verplicht is de aanvrager zelf te onderzoeken en dat de verzoekende partijen niet hebben aangetoond dat de ambtenaar-geneesheer, door de eerste verzoekende partij niet te onderzoeken en door geen nader advies van deskundigen in te winnen, onzorgvuldig of kennelijk onredelijk zou hebben gehandeld.

In de mate dat de verzoekende partijen in het begin van de uiteenzetting van hun middel nog verwijzen naar een verslag van 28 februari 2019 van psychiater E., wijst de Raad erop dat dit stuk dateert van na de bestreden beslissing van 23 januari 2019. Bovendien maken de verzoekende partijen hoe dan ook niet duidelijk in welk kader zij naar dit nieuwe stuk verwijzen en wat zij hiermee wensen aan te tonen.

Met hun betoog kunnen de verzoekende partijen een schending van de formele en materiële motiveringsplicht en het zorgvuldigheidsbeginsel in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, en van artikel 3 van het EVRM niet aannemelijk maken.

Het enig middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, ongegrond.

2.3 De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel aangevoerd dat kan leiden tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing.

3. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel aangevoerd dat kan leiden tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. 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 vijftiende oktober tweeduizend negentien door:

mevr. I. VAN DEN BOSSCHE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken.

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

I. VAN DEN BOSSCHE