

## Arrest

nr. 211 656 van 26 oktober 2018  
in de zaak RvV X / IX

In zake: 1. X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat S. VANBESIEN  
St. Guibertusplein 14  
2222 ITEGEM**

**tegen:**

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

### **DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,**

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die verklaren van Armeense nationaliteit te zijn, op 24 juli 2018 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 22 mei 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt en van de beslissingen van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 22 mei 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 6 september 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 27 september 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. MAES.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. WUYTS, die loco advocaat S. VANBESIEN verschijnt voor verzoekers en van advocaat L. VAN DE PUTTE, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor verweerder.

### **WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:**

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 13 september 2010 dienden verzoekers een verzoek om internationale bescherming in bij de Belgische autoriteiten. Op 10 november 2010 nam de commissaris-generaal voor vluchtelingen en staatlozen een beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en van de subsidiaire

beschermingsstatus. Op 24 februari 2011 weigerde ook de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna verkort de Raad) beide statussen aan verzoekers.

Op 28 januari 2011 dienden verzoekers 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 verkort de Vreemdelingenwet).

Op 8 juni 2011 verklaarde de gemachtigde deze aanvraag ontvankelijk en op 5 december 2012 ongegrond. Op 29 januari 2013 werd deze beslissing ingetrokken.

Op 19 augustus 2013 verklaarde de gemachtigde de aanvraag van 28 januari 2011 ongegrond. Tegen die beslissing dienden verzoekers een beroep tot nietigverklaring in.

Op 12 september 2016 vernietigde de Raad de beslissing van 19 augustus 2013 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond werd verklaard.

Op 3 mei 2017 verklaarde de gemachtigde de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ontvankelijk doch ongegrond en nam hij de beslissing houdende bevelen om het grondgebied te verlaten. Tegen deze beslissingen dienden verzoekers een beroep in bij de Raad, die op 5 december 2017 bij arresten nr. 196 122 en nr. 196 124, deze beslissingen van 3 mei 2017 vernietigde.

Op 20 februari 2018 verklaarde de gemachtigde de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, ingediend op 28 januari 2011, ontvankelijk doch ongegrond en beval hij verzoekers om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Tegen die beslissingen dienden verzoekers een beroep in bij de Raad.

Op 18 april 2018 werden voormelde beslissingen van 20 februari 2018 ingetrokken, waarna de Raad op 13 juni 2018 bij arrest nr. 205 253 het beroep tot nietigverklaring gericht tegen de beslissing waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ontvankelijk doch ongegrond werd verklaard, verwierp.

Op 18 mei 2018 stelde de ambtenaar-geneesheer een nieuw advies op, dat luidt als volgt:

“NAAM: S., A. (...)

*Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. S.A. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 28.01.2011.*

*Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:*

- Laboresultaten d.d. 15/11/2010: te hoog cholesterol, licht gestoorde levertesten;
- Verslag OT-schedel d.d. 22/11/2010: geen posttraumatisch letsel
- Medisch attest del. 13/12/2010 van Dr. D.: Kan geen psychodiagnostiek geven
- Medische attesten d.d. 24/01/2011, 19/12/2011 én 07/06/2012 van Dr. H.: obesitas, PTSD, angststoornis: geen hospitalisaties
- Medische attesten d.d. 08/09/2011 en 18/02/2013 van Dr L.V.O. (internistgastro- enteroloog): betrokkene "woont 1 jaar in België, zit continu thuis en eet de hele dag, neemt geen beweging — moet dieet volgen; waarschijnlijk genetisch bepaalde mentale retardatie
- Verslag kinesitherapie d.d. 14/05/2012: waarvan akte
- Afspraakbevestiging d.d. 13/07/2012 bij Dr C. te Leuven
- Medische attesten d.d. 04/03/2013 en 14/01/2018 van Dr. P.H. (psychiater): betrokkene kwam naar de raadpleging, mentale retardatie en gedragsstoornissen, waarschijnlijk als kind van de 3e verdieping gevallen, er waren geen hospitalisaties noch acute opstoten
- Attest van aanwezigheid op de raadpleging d.d. 09/07/2013 van Dr. A. V. (psychiater), d.d. 06/08/2012, 13/05/2013, 01/07/2013 van Dr. P.H. (psychiater)
- SMG d.d. 29/12/2017 van Dr. K.W. (huisarts): genetische afwijking met mentale retardatie, psychiatrische stoornis, autisme, dysmorphie; leversteatose = leververvetting (NAFLD = non-alcoholic fatty liver disease) — medicatie: Escitalopram, Totalip en Orap)

— Consultatieverslag d.d. 15/12/2017 van Dr. L.V.O. (internist-gastro-enteroloog): Totalipid mag gestopt worden gezien prima evolutie door verandering van levensstijl met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c

— Consultatieverslag d.d. 10/11/2017 en 15/12/2017 van Dr. B.T. (internist-neuroloog): tics goed onder controle met medicatie — medicatie; Escitalopram, Orap en Totalip; betrokkene zou om de 6 maanden pro forma een neuroloog zien die echter niets kan doen aan de mentale retardatie

— Attest d.d. 10/11/2017 van Dr. B. T.

— SMG d.d. 20/12/2011 en 09/02/2018 van Dr. K.W.: behandeling wegens een huidinfectie, mentale retardatie wegens een chromosoomafwijking = syndromale afwijking met AS3-gedragsstoornissen, NASH (niet-alcoholische steohepatitis) — medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip — Beëdigde vertaling van Armeens naar Nederlands d.d. 11/01/2017 door Mevr. A.D. van de directeur van het psychiatrisch centrum kien te Yerevan d.d. 25/10/2017: betrokkene zou sinds 2011 een gevaar geweest zijn voor zijn naasten die in dezelfde woonplaats verblijven "

*Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 25-jarige man met een genetische afwijking (duplicatie van 882kb op de lange arm van chromosoom 1) die aanleiding geeft tot mentale retardatie, macrocephalie (groot hoofd), psychiatrische stoornissen, autisme en een beperkte dysmorphie (abnormale lichaams- en/of gelaatsvorm).*

*Uit de voorgelegde medische stukken blijken de psychiatrische en gedragsstoornissen te behoren tot de autismespectrum stoornis (ASS).*

*Mr. S. werd in het kader van zijn gedragsstoornissen zeer zwaarlijvig door zich te overeten (boulimie) in combinatie met een gebrek aan beweging, waardoor ook zijn lever vervet was (leversteatose, NAFLD = Non Alcoholic Fatty Liver Disease) en zijn levertesten lichtjes gestoord waren.*

*Op een echografie in september 2011 (vermeld in de medische voorgeschiedenis d.d. 10/11/2017, 15/12/2017) zou er ook een vermoeden geweest zijn van een chronische pancreasonsteking (pancreatitis). Het verslag van deze echografie wordt niet voorgelegd. Deze pathologie wordt in voorliggend medisch dossier niet verder geobjectiveerd, noch bevestigd, noch behandeld.*

*Gedurende de voorbije 3 jaar was er een aanzienlijke verbetering in de toestand van de lever van betrokkene door aanpassingen aan zijn levensstijl (gewichtsverlies en lichaamsbeweging), waardoor er een normalisatie is opgetreden van de levertesten, er opnieuw een gunstig lipidenprofiel is (cholesterol is verlaagd) en het HbA1c (maat voor insulineresistentie en beginnende ontwikkeling van diabetes) zich genormaliseerd heeft. Dit alles heeft tot gevolg gehad dat de cholesterolverlagende medicatie, atorvastatine (Totalip) gestopt kon worden vanaf 15/12/2017.*

*De diagnose van NASH (SMG d.d. 09/02/2018) = Non Alcoholic Steo-Hepatitis (niet-alcoholische leververvetting en ontsteking), een verergering van een NAFLD wordt echter niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier met een anatomopathologisch verslag van een histologisch onderzoek van een leverbiopsie (= enige manier om een leverontsteking te objectiveren), noch wordt een eventuele nieuwe achteruitgang van de leverfunctie van betrokkene door een ontsteking gestaafd met laboresultaten (levertesten). Een indicatie voor het herstarten van atorvastatine (Totalip) wordt dus niet geobjectiveerd.*

*Op 19/02/2018 werd Mr S. onderzocht door collega Dr. J. M. van de Dienst Vreemdelingenzaken in aanwezigheid van zijn broer en moeder, die goed Nederlands spreken, en in aanwezigheid van een tolk. Hieruit bleek dat betrokkene zeker niet volledig ongeletterd is, gezien hij zowel Armeens als Russisch kan lezen en schrijven, maar geen diploma behaald heeft.*

- *Op 2-jarige leeftijd emigreerde de familie met betrokkene naar Rusland waar zij 13 jaar gewoond hebben en 7 jaar geleden zijn ze terug in Armenië gaan wonen.*
- *Tijdens zijn kinderjaren had hij enkel problemen met de sinussen die in Rusland verzorgd werden, viel hij op 8-jarige leeftijd van een trap en hij zou in zijn (linker?) bil gebeten geweest zijn door een hond, waardoor hij nog steeds schrik heeft van honden.*
- *Reeds als kind werd er een mentale retardatie vastgesteld, zo stelt hij wel 15x na elkaar dezelfde vraag (als het antwoord hem niet bevalt).*
- *In 2010 zijn zijn moeder, hijzelf en zijn broer met het vliegtuig naar België gekomen.*
- *Zijn grootste probleem was een eetstoornis, boulimie, zodat hij op zeker moment méér dan 126kg woog, maar nu is hij zeer goed vermagerd tot 92kg,*

- Het klinisch onderzoek was volledig normaal (bloeddruk 120/80, normaal sinusaal hartritme 60/min, soepele buik, geen bewegingsbeperkingen, normale reflexen), er werden geen karakteriële stoornissen vastgesteld en betrokkene kon goed antwoorden op de vragen die hem via de tolk gesteld werden.
- Hij bevestigt dat zijn problemen met de lever (leververvetting, leverontsteking) zich genormaliseerd hebben tijdens het vermageren.
- Volgens zijn broer haalt de voorgeschreven medicatie helemaal niets uit, en is zeker niet in staat de mentale retardatie te genezen.
- Betrokkene gaat nu naar een "bezigheidscentrum " in Mechelen, waar hij o.a. tekeningen maakt.
- Zijn vader woont nog steeds in Armenië.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Escitalopram (Escitalopmm), een antidepressivum van het type selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) dat ook gebruikt wordt bij obsessieve compulsieve stoornissen (b.v. dezelfde zinnen/dezelfde handelingen blijven herhalen)

Voor Pimozide (Orap), een antipsychoticum gebruikt bij schizofrenie en alcoholontwenning, wordt geen indicatie gestaaft in voorliggend medisch dossier. Bovendien zijn de bijwerkingen o.a. gewichtstoename en invloed op de glycamie (bloedsuiker) en lipiden (cholesterol)' in geval van betrokkene nefast.

Volgens de attesterende arts is opvolging en behandeling bij een neuroloog en internist-gastroenteroloog/ hepatoloog aangewezen.

Uit het voorgelegde medische dossier blijken geen medische contra-indicaties om te reizen.

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 10/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10849
  - Aanvraag Medcoi van 13/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10724
  - Aanvraag Medcoi van 26/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10919
2. Escitalopram is beschikbaar in Armenië volgens MedCOI SMA 10578 d.d. 18/01/2018

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internistneuroloog en -hepatoloog beschikbaar is in Armenië.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en bezigheidstherapie met het maken van tekeningen (art-therapy) is beschikbaar.

Thuisverpleging voor hulp met mantelzorg voor betrokkene is beschikbaar.

Escitalopram is beschikbaar in Armenië.

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 privésysteem 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.

Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991 Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, YJRusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68).

De huidige gezondheidszorg in Armenië bevat een netwerk van onafhankelijke, zelffinancierende gezondheidsdiensten op zowel privaat als publiek gebied en is georganiseerd op de drie gebruikelijke niveaus. Van huisartsen en poliklinieken op primair niveau tot gespecialiseerde ziekenhuizen op het tertiaire niveau. In 1997 werd de Basic Benefit Package geïntroduceerd. Dit is een geheel van basiszorgen die gratis zijn voor de hele bevolking (zoals de bredere primaire zorgen, bepaalde gezondheids- en epidemiologische diensten en de behandeling van een 200tal sociaal belangrijke ziekten). Het pakket stipuleert ook voor welke bevolkingsgroepen bepaalde zorgen gratis zijn. Alle gezondheidszorgen op primair niveau zijn gratis voor alle Armeense burgers, of men nu tot een sociaal kwetsbare groep behoort of niet. Om toegang tot deze diensten te krijgen, moet men het Armeens burgerschap bezitten en geregistreerd zijn bij de dokter of polikliniek van zijn/haar verblijfplaats. Betrokkene dient opgevolgd te worden door een neuroloog en een internistgastroënteroloog/hepatoloog. De opvolging door al deze artsen behoort eveneens tot het pakket gratis zorgen. Medicijnen die geregistreerd staan op de lijst van Essentiële Geneesmiddelen zijn gratis voor bepaalde bevolkingsgroepen, zoals kinderen jonger dan 7 jaar of éénoudergezinnen.

Deze beslissing geldt evenzeer voor de moeder van betrokkene die toegang heeft tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat betrokkenen niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Niets verhindert betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen 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 inkomsten genererende activiteiten. Reintegratiebijstand 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

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de aangeboren mentale retardatie met autismespectrum stoornis en een beperkte dysmorphie en de NAFLD geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. S., noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Armenië.

Derhalve is er vanuit medisch oogpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf, met name Armenië."

Op 22 mei 2018 verklaarde de gemachtigde de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, ingediend op 28 januari 2011, ontvankelijk doch ongegrond.

Dit is de eerste bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:

"Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 28.01.2011 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

S., A. (...)

+moeder

A., N. (...)

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(en) :*

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

*Er worden medische elementen aangehaald voor S., A.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 18.05.2018 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Armenië.*

*Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te 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).*

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

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

*Op 22 mei 2018 nam de gemachtigde ook de beslissing houdende een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) ten aanzien van eerste verzoeker.*

*Dit is de tweede bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:*

*"De heer*

*Naam + voornaam: S., A. (...)*

*wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen 30 dagen na de kennisgeving.*

*REDEN VAN DE BESLISSING:*

*Het bevel om het grondgebied te verlaten wordt afgegeven in toepassing van artikel(en) van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en volgende feiten:*

*o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten:*

*Betrokkene is niet in het bezit van een geldig visum."*

Op 22 mei 2018 nam de gemachtigde ook de beslissing houdende een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) ten aanzien van tweede verzoekster.

Dit is de derde bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:

*“Mevrouw,  
Naam + voornaam: A., N. (...)*

*wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,*

*binnen 30 dagen na de kennisgeving.*

#### **REDEN VAN DE BESLISSING:**

*Het bevel om het grondgebied te verlaten wordt afgegeven in toepassing van artikel(en) van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en volgende feiten:*

*o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten:  
Betrokkene is niet in het bezit van een geldig visum.”*

## **2. Over de rechtspleging**

2.1 Aan verzoekers werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van verweerder om de kosten ten laste van verzoekers te leggen.

2.2 Verzoekers voegen bij het verzoekschrift talrijke stukken toe, waaronder ook medische attesten die zij in het kader van voorgaande beroepsprocedures aan de Raad hebben overgemaakt, en waaruit blijkt dat eerste verzoeker regelmatig op consultatie kwam bij verschillende artsen, waaronder een psychiater, en dat eerste verzoeker onder meer werd gediagnosticeerd met chronische ongedifferentieerde hebefrene schizofrenie. Verder voegden verzoekers onder meer ook stukken bij het verzoekschrift waarin psychiater P.H. deze diagnose herhaalt en stelt dat eerste verzoeker wordt behandeld met Escitalopram en Orap, met chronische psychose als prognose, evenals stukken waaruit blijkt dat eerste verzoeker door de FOD Sociale Zekerheid werd erkend als persoon met een handicap met een vermindering van het verdienvermogen tot een derde of minder, dat tweede verzoekster omwille van de zorg voor haar zoon lijdt aan een depressieve stoornis, en dat bij stopzetting van eerste verzoekers revalidatieprogramma het risico bestaat op een recidief van het overgewicht en het leverlijden.

Vooreerst wijst de Raad er met verweerder op dat de arts-adviseur en de gemachtigde bij het nemen van de bestreden beslissing niet geacht kunnen worden rekening te houden met stukken die nooit aan het bestuur werden overgemaakt. De Raad wijst erop dat indien een verzoeker absolute zekerheid wenst over het feit dat bepaalde stukken in rekening worden gebracht bij de beoordeling van zijn verblijfsaanvraag, het aangewezen is deze stukken rechtstreeks aan de gemachtigde over te maken. Dit neemt echter niet weg dat de feitelijke beoordeling van de vraag of de gemachtigde al dan niet kennis had van een stuk, behoort tot de soevereine appreciatiebevoegdheid van de Raad. Zo bijvoorbeeld indien niet betwist is dat bij het verzoekschrift een stukkenbundel is gevoegd, de medische stukken in de inventaris zijn vermeld en niet betwist is dat die stukken werden gevoegd aan de stukkenbundel (RvS 26 september 2018, nr. 242.435).

Ook de Raad kan de stukken die thans voor het eerst bij het verzoekschrift zouden gevoegd zijn maar die niet aan het bestuur werden overgemaakt voordat de bestreden beslissing werd genomen, niet in zijn beoordeling betrekken. De Raad treedt in casu immers op als annulatierechter en beoordeelt de rechtmatigheid van de bestreden beslissing dan ook op grond van de gegevens waarover het bestuur kon beschikken bij het nemen van de bestreden beslissing (beoordeling ex tunc).

## **3. Onderzoek van het beroep**

### **3.1 Aangaande de eerste bestreden beslissing**

In een eerste middel voeren verzoekers de schending aan van de artikelen 9ter en 62, § 2 van de Vreemdelingenwet, van artikel 4, § 1 van het Koninklijk besluit van 17 juli 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de Vreemdelingenwet, van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en van het zorgvuldigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel.

Zij lichten dit middel toe als volgt:

*“Artikel 62 §2 lid van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980 schrijft voor dat de administratieve beslissingen met redenen omkleed moeten worden.*

*Artikel 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen bepaalt dat de opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die ten grondslag liggen aan die beslissing en dat de gegeven motivering afdoende dient te zijn.*

*Artikel 4 §1 van het KB van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen handelt over de mogelijke deskundigen waaraan de arts-adviseur een bijkomend advies kan vragen.*

*De bestreden beslissing stelt het volgende:*

*(...)*

*Het verslag van de arts-adviseur stelt het volgende:*

*(...)*

*Verzoekers kunnen met deze argumentatie niet akkoord gaan.*

*1. Het onterecht selecteren en negeren van medische attesten*

*Verzoekers stellen vast dat de verwerende partij selectief is in haar verwijzingen naar de door hen aangehaalde medische attesten.*

*Sommige attesten worden wel vermeld, terwijl andere gewoonweg niet worden vermeld.*

*Het verslag van de arts-adviseur vermeldt de volgende attesten niet:*

- Attest dd. 3 mei 2012 van dr. W. (stuk 2 huidig verzoekschrift ~ stuk 2 verzoekschrift dd. 2 oktober 2013)*
- Attest dd. 15 november 2012 van dr. C. (stuk 4 huidig verzoekschrift ~ stuk 4 verzoekschrift dd. 2 oktober 2013)*
- Attest van dr. H. (stuk 5 huidig verzoekschrift ~ stuk 5 verzoekschrift dd. 2 oktober 2013)*
- Attest dd. 24 september 2012 van dr. V. (stuk 6 huidig verzoekschrift ~ stuk 6 verzoekschrift dd. 2 oktober 2013)*
- Attest dd. 29 juli 2013 van dr. V. O. (stuk 8 huidig verzoekschrift ~ stuk 8 verzoekschrift dd. 2 oktober 2013)*
- Attest dd. 21 oktober 2016 van dr. W. (stuk 11 huidig verzoekschrift ~ stuk 11 verzoekschrift dd. 15 juni 2017);*
- Attest dd. 18 oktober 2016 van dr. V. O. (stuk 12 huidig verzoekschrift ~ stuk 12 verzoekschrift dd. 15 juni 2017);*
- Attest dd. 24 oktober 2016 van dr. H. (stuk 13 huidig verzoekschrift ~ stuk 13 verzoekschrift dd. 15 juni 2017);*
- Attest dd. 14 mei 2016 van dr. V. O. met bijhorende nota dd. 18 oktober 2016 (stuk 14 huidig verzoekschrift ~ stuk 14 verzoekschrift dd. 15 juni 2017);*
- Attest dd. 26 maart 2016 van dr. T. met bijhorende nota dd. 13 oktober 2016 (stuk 15 huidig verzoekschrift ~ stuk 15 verzoekschrift dd. 15 juni 2017);*



*Verwerende partij heeft bijgevolg met deze voornoemde attesten, waarvan zij niettemin op de hoogte was, geen enkele rekening gehouden.*

*Hierdoor schendt verwerende partij de hierboven vermelde rechtsregels evenals de algemene rechtsbeginselen en dan met name het motiveringsbeginsel, vervat in de artikelen 3 van de Wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de Vreemdelingenwet en art. 9ter van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980.*

## *2. De psychiatrische problematiek van eerste verzoeker*

*Het feit dat er sprake is bij verzoekende partij van een medische problematiek wordt door verwerende partij erkend, maar zij stelt wel, volledig onterecht, dat indien deze medische problematiek niet behandeld zou worden, dit geen enkel risico inhoudt voor de fysieke integriteit of het leven van verzoekende partij.*

*Dit gaat eerst en vooral lijnrecht in tegen de verklaringen van de verschillende betrokken geneesheren, maar druist daarnaast ook in tegen de algemene kennis.*

*Het is immers algemeen geweten dat een psychiatrische problematiek een ernstige aandoening is dewelke ook adequaat opgevolgd dient te worden, daar dit een zware impact heeft op zowel de patiënt als diens omgeving.*

*Daar de arts-adviseur zijn mening hieromtrent op geen enkele manier staaft, kunnen verzoekers ook niet begrijpen of nagaan hoe en waarom hij tot zulke conclusies komt.*

*Indien immers volgens de arts-adviseur een mentale retardatie met karakterstoornissen onbehandeld geen enkel risico vormt voor de fysieke integriteit, het leven of op het ondergaan van een vernederende of onmenselijke behandeling, dient hiertoe immers enige vorm van bewijs te worden voorgebracht, quod non in casu.*

*Daarnaast is het toch verwonderlijk te noemen dat de arts-adviseur op geen enkel ogenblik enige hulp heeft gevraagd aan een collega gespecialiseerd in psychiatrische aandoeningen.*

*Het valt immers te betwijfelen dat elke arts steeds de nodige expertise en kennis heeft aangaande de psychiatrische ziektebeelden.*

*Het onderzoek dd. 19 februari 2018 heeft daarenboven slechts een half uur in beslag genomen en bestond enkel uit een klinisch onderzoek.*

*Op dergelijke tijdsspanne kan men nooit een correcte inschatting maken over de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker.*

*Het enige wat ook gesteld wordt de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker tijdens dit onderzoek is het volgende:*

*"Reeds als kind werd er een mentale retardatie vastgesteld, zo stelt hij wel 15x na elkaar dezelfde vraag (als het antwoord hem niet bevalt)."  
(Verslag arts-adviseur dd. 22 mei 2018 p. 2)*

*Dit ondanks het feit dat verzoekers doorheen de jaren én procedure herhaaldelijk erop hebben gewezen dat er in casu sprake is van een ernstige psychiatrische problematiek en dat dit door een gespecialiseerd arts dient te worden onderzocht.*

*Dit is des te meer urgent daar de bevindingen van de arts-adviseur regelrecht ingaan tegen de bevindingen van de gespecialiseerde artsen in deze materie.*

*Doorheen het advies van de arts-adviseur wordt er daarenboven wel ingegaan op het gevoerd klinisch onderzoek en de obesitas van eerste verzoeker, doch over zijn psychiatrische problematiek wordt verder met geen woord gerept door de arts-adviseur.*

*Het enige wat hierover wordt gesteld door de arts-adviseur is dat uit de stukken blijkt dat er sprake is van een duidelijke psychiatrische problematiek onder meer bestaande uit mentale retardatie, psychiatrische stoornissen, autisme en een beperkte dysmorphie.*

*Ondanks dat er aldus duidelijk sprake is van een uitgebreid psychiatrisch ziektebeeld, gaat verwerende partij hier verder niet op in, hetgeen ook niet mag verbazen.*

*Zoals aangehaald is de arts-adviseur geen psychiater en is het voor hem niet mogelijk om hieromtrent de nodige vaststellingen te doen.*

*De arts-adviseur had dan ook beroep dienen te doen op een arts gespecialiseerd in deze materie conform art. 4 §1 KB van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15/09/2006 tot wijziging van de wet van 15/12/1980.*

*Ten overvloede brengen verzoekers nog een schrijven mee van de behandelende arts, dr. Winkelmans K., dewelke duidelijk stelt dat een adequate opvolging noodzakelijk is en dat de gedragsproblemen die gepaard gaan met de psychische problematiek van eerste verzoeker nog verergerd zijn en dus duidelijk nog steeds pertinent aanwezig zijn (stuk 22):*

*"De verwijzing naar de consulten bij de neuroloog die "proforma" zouden zijn, daar heb ik het toch wat moeilijk mee.*

*...*

*De gedragsproblemen zijn eerder toegenomen: agressieve uitbarstingen, zoektocht naar echtgenote, problematisch internetgebruik, de tekenlessen naar waar wordt verwezen betreffen bezigheidsofvang voor mensen met mentale beperking en sociaal achtergestelden. "*

*Deze beslissing schendt bijgevolg de algemene rechtsbeginselen zoals het motiveringsbeginsel, vervat in de artikelen 3 van de Wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de Vreemdelingenwet, art. 9 ter van de Vreemdelingenwet en art. 4 §1 KB van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15/09/2006 tot wijziging van de wet van 15/12/1980.*

### *3. De beschikbaarheid van de zorgen en opvolging in Armenië*

*Uit verscheidene medische attesten blijkt dat eerste verzoeker lijdt aan een belangrijke hepatosplenomegalie (stuk 2).*

*In het kader hiervan ging hij regelmatig op consultatie bij dr. C. te Leuven (stuk 3-4).*

*Hij wordt betreffende zijn psychische problemen momenteel ook behandeld door dr. Heylen van het CGG De Pont en door dr. V. O. van het AZ Sint-Maarten (stuk 5 en 8).*

*In het psychiatrisch centrum Sint-Amadeus stelde men de volgende diagnose:*

*'mentale handicap met gedragsproblemen, soms overdreven kwaad, omkering slaap-waak ritme \* (stuk 6).*

*Dit alles duidt op de ernst van de aandoening van eerste verzoeker.*

*Het is immers duidelijk dat deze jongen zonder enige hulp en behandeling niet kan overleven en dat er toch zeker een enorm risico is voor zijn fysieke integriteit.*

*Zoals hoger vermeld gaan de artsen er immers vanuit dat eerste verzoeker zal evolueren richting psychose bij gebrek aan een behandeling (stukken 21 en 24).*

*Bij behandeling bestaand uit psychofarmacotherapie en psychotherapie (of aanvankelijk ondersteunende en supportieve psychosociale hulp) zou de aandoening van eerste verzoeker daarentegen geleidelijk aan kunnen verbeteren, aldus dr. P. H. (stuk 7).*

*Er dient aldus te worden nagegaan of deze behandelingen beschikbaar zijn in het land van herkomst, doch dit is niet door verwerende partij gebeurd.*

Verwerende partij gaat enkel na of bepaalde gespecialiseerde artsen aangaande het klinisch (fysiek) ziektebeeld van eerste verzoeker beschikbaar zijn, doch gaat niet na of de bovenvermelde behandelingen aangaande de psychiatrische problematiek beschikbaar zouden zijn.

Op het vlak van de psychiatrische aandoeningen van eerste verzoeker stelt verwerende partij enkel het volgende:

"Fysiotherapie (bewegingstherapie) en bezigheidstherapie met het maken van tekeningen (art-therapy) is beschikbaar.

Thuisverpleging voor hulp met mantelzorg voor betrokkene is beschikbaar. "  
(Verslag arts-adviseur dd. 22 mei 2018 p. 3)

Dit terwijl de revalidatiebehandeling, dewelke onder meer bestaat uit psychofarmacotherapie en psychotherapie (of aanvankelijk ondersteunende en supportieve psychosociale hulp), duidelijk dient te worden volgehouden.

Dit wordt ook nog eens bevestigd door het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten:

"Controle bij deze patiënt met NAFLD, tevens mentale retardatie.

Met verandering van de levensstijl en vooral ten gevolge van de continue begeleiding van de kine-revalidatie, is er verder een prima evolutie met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c.

De vrees bestaat, dat bij het stoppen van de revalidatie programma, er terug een recidiefzal optreden van het overgewicht en het leverlijden. We hopen dan ook, dat een uitwijzing kan vermeden worden (ikv lopende asiel aanvraag)." (stuk 26)

Hieruit blijkt opnieuw ten overvloede, zoals reeds herhaaldelijk door verzoekende partij is aangehaald, dat de kern van de problemen de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker betreft.

Diens verdere klinische problemen zijn voornamelijk een gevolg hiervan en het feit dat deze klinische problematiek meer onder controle is, zoals door de arts-adviseur wordt opgemerkt, is enkel en alleen het gevolg van het feit dat er een zware revalidatiebehandeling gaande is om de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker te controleren en beperken.

Het is duidelijk dat deze behandeling niet kan worden stopgezet.

In Armenië is deze behandeling echter niet aanwezig.

"The existing "state order" provision of free-of-charge health care thus remains more declarative than factual. The population, especially those in need and/or with the least means, meet with limited access to basic and specialized health care services."

(CARITAS INTERNATIONAL, Country sheet Armenia,

[http://www.reintegrationcaritas.be/fileadmin/user\\_upload/Fichiers/CS/Armenia/CS\\_ARMENI\\_A\\_UPDATE\\_JANUARI\\_2010\\_ENGLISH\\_VERSION .pdf](http://www.reintegrationcaritas.be/fileadmin/user_upload/Fichiers/CS/Armenia/CS_ARMENI_A_UPDATE_JANUARI_2010_ENGLISH_VERSION.pdf). 2010, 124.)

Dit wordt ook bevestigd in andere bronnen:

"The population, especially those in need, has limited access to health services. The services delivered are sometimes of questionable quality. Many health facilities, especially in rural areas, lack modern medical technology and human resources. "

(A. SOGHOYAN, A. HAKOBYAN, H. DAVTYAN, M. KHURSHUDYAN en K. GASPARYAN, Mental Health in Armenia, <http://www.rcpsvch.ac.uk/pdf/IPc6n3.pdf>. 2009, 61.)

"Policy on mental health is still not well developed and there is no governmentally approved and adopted mental health programme in Armenia. General approaches to mental health require modernisation, as some strategies and practices have been retained from the Soviet period."

[...]

"Mental health services in Armenia are lacking and those available are poorly integrated into the primary care system. The current system focuses on in-patient care. There is a lack of trained social workers and other mental health professionals, which limits the potential for service provision at community level." (A. SOGHOYAN, A. HAKOBYAN, H. DAVTYAN, M. KHURSHUDYAN en K. GASPARYAN, o.c., 62.)

"Psychiatric institutions in Armenia provide poor treatment of patients, serve inadequate food, and lack meaningful activities. Another major problem is that the heads of the institutions were educated during Soviet times. Both methods of treatment and values underlying the operation of the institutions need substantial reforms. There is also a serious lack of transparency in the functioning of the institutions, which seldom provide patients and close relatives sufficient information on diagnosis and treatment methods. The staff is casually acquainted with the law on psychiatric aid."  
(CARITAS INTERNATIONAL, o.c., 139.)

"Psychiatric service in Armenia is currently in restructuring and transition. But it faces many problems. On one hand there are a lot of problems inherited from the Soviet system, on the other hand there is necessity to accept and implement values of modern psychiatry and human rights."  
(CARITAS INTERNATIONAL, o.c., 141)

"The current mental health system focuses on inpatient care. There is limited potential for providing services at the community level. Essentially, psychiatric care is still exclusively provided in specialized mental health institutions. Psychosocial rehabilitation is underrepresented in mental hospitals. Few patients in mental hospitals received one or more psychosocial interventions in the last year. There are no day treatment facilities or even inpatient care for children and adolescents. In general in Armenia, mental health and mental disorders among children and adolescents are not regarded with anything like the same importance as physical health. Continuous medical education for mental health professionals is lacking. Only 17% of psychiatrists had re-fresher training on the rational use of psychotropic drugs. None of the mental health care staff received at least two days of refresher training in the rational use of drugs, psychosocial interventions and child/adolescent mental health issues during past last year. The government supports professional training once in every five years.

The research area is still underdeveloped and lacking financial governmental support. There is some research based on interests of donor organizations. Currently, the mental health system in Armenia is still lacking resources and positive reforms that should be done on individual, governmental and political levels."

(World Health Organization, WHO-AIMS Report on Mental Health System in Armenia, 2009, [http://www.who.int/mental\\_health/armenia\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/armenia_who_aims_report.pdf))

"Patients with no mental-health problems have been "tied up, faced violence, gotten injections of drugs," she alleged. "People were beaten with blankets covering their faces to avoid bruises." (Eurasianet, Armenia: Report Details Psychiatric Hospital Abuses, 2014, <https://eurasianet.org/s/armenia-rep0rt-details-psvchiatric-h0spital-abuses>)

However, when people finally decide to look for treatment, they face the reality that treatment hard to find. State funding is insufficient to assure guaranteed free services for vulnerable groups and medical staff supplement their meagre wages with 'under-the-table' fees before providing services. The financial resources of most hospitals and institutions are not sufficient to provide even the most basic services or to pay qualified personnel. Medication, if available, is expensive and self-medication is widespread. (PDF) Mental health problems in Armenia: Low demand, high needs. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/8063481\\_Mental\\_health\\_problems\\_in\\_Armenia\\_Low\\_demand\\_high\\_needs](https://www.researchgate.net/publication/8063481_Mental_health_problems_in_Armenia_Low_demand_high_needs) [accessed Jul 11 2018].

"The Open Society Foundations-Armenia supported a group of human rights experts to visit and monitor conditions inside psychiatric hospitals. Their reports read like horror stories, detailing the lives of people left to the mercy of fate:

"A male nurse beat a patient who tried to run away. Even in the presence of the monitoring group he continued to abuse the patient."

"One of the patients was tied up for two days. The hospital staff informed us that they gave food and water to the patient, but the monitors didn't witness it."

"Many patients are subjected to physical abuse, they are forced to clean the rooms and wash toilets, take care of other patients... do the work that the clinic staff should do."

"In the yard of a hospital, under heavy rain, a barefoot patient washed the car of a hospital employee." Listening to these reports, we have to ask: Are medical professionals causing more trauma for their patients rather than providing actual treatment? Do hospital employees see people with mental health issues as problems and not as patients?"

(Open Society Foundations, Sanctioned Abuse in Armenia's Hospitals, 2010, <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/sanctioned-abuse-armenia-s-hospitals>)

*The Human Rights Defender as National Preventive Mechanism has prepared and published an ad hoc report on "Ensuring rights of persons with mental health issues in psychiatric institutions". The report presents in a systemized way the gross violations identified during the unannounced visits to psychiatric institutions conducted by the NPM subdivision and experts (lawyers, psychologist, psychiatrist, physicians and sociologist) in 2017. Namely, the following issues have been raised in the report:*

- *Although psychiatric healthcare is free, cases of paid psychiatric services have been detected. Mental healthcare services are inaccessible at community level.*
- *There are a number of legislative and practical issues related to compulsory treatment provided by the Criminal and Civil Procedure Codes of the Republic of Armenia.*
- *Means of restraint not envisaged by the law have been used and procedural violations in this regard have been detected.*
- *The number of the medical staff in psychiatric institutions is inadequate.*
- *In a number of cases there are no narrowly focused specialists (e.g. pediatric psychiatrist).*
- *There are no psychiatrists on duty at nighttime and the number of the middle-level medical staff involved in night shift is inadequate, including in Yerevan.*
- *Expired medication and medical supplies, improper maintenance and disposal of medication have been detected.*
- *Cases of improper management of record-books on registration and provision of psychotropic medication have been revealed.*
- *There are no mechanisms for transferring a person to a psychiatric institution and providing adequate medical assistance and service in cases of need of urgent stationary psychiatric assistance and service.*
- *Except medication treatment, there is a shortage of alternative medical treatment methods.*
- *Cases of overcrowding in psychiatric institutions have been detected.*
- *There are issues concerning the separation of women and men's wards in some psychiatric institutions.*
- *In a number of cases there is a discriminatory approach to persons with mental health issues.*
- *There is a necessity of renovation and improvement of living conditions, including sanitary and hygiene.*
- *There are issues with regard to adequate variety and sufficient quantity of nutrition.*
- *The right to outdoor exercise of persons with mental health issues is not properly maintained.*
- *There are no mechanisms on the provision of pensions to persons with mental health issues and on their independent management.*

*(International Ombudsman Institute, Armenia. Human Rights Defender publishes report on right of persons with mental health issues in psychiatric institutions, 2018, <http://www.theioi.org/ioi-news/current-news/human-rights-defender-publishes-report-onrights-of-persons-with-mental-health-issues-in-psychiatric-institutions>)*

*Hieruit blijkt duidelijk dat er dus geen zorgen en opvolging in Armenië beschikbaar zijn op psychiatrisch niveau.*

*Het feit dat dit aspect opnieuw niet onderzocht is door de arts-adviseur is ook onbegrijpelijk.*

*Bij arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 12 september 2016, gekend onder RvV 137 698, is immers reeds in huidig dossier een eerdere de beslissing dd. 19 augustus 2016 waarbij verwerende partij de aanvraag 9ter van verzoekende partij ontvankelijk doch ongegrond had verklaard, vernietigd.*

*In dit arrest heeft de Raad nog duidelijk gesteld dat er door verwerende partij niet was ingegaan op het gegeven dat er in Armenië geen noodzakelijke behandeling toegankelijk en beschikbaar is en dat dit een schending uitmaakt van de motiveringsplicht:*

*"Uit artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet kan immers niet worden afgeleid dat indien een vreemdeling niet lijdt aan een ziekte die een reëel risico is voor het leven van de patiënt of niet lijdt aan een ziekte die een reëel risico is voor de fysieke integriteit van de patiënt, hij niet lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst. Te meer nu verzoekers aanvoeren dat verzoeker behandeling krijgt, regelmatig dient opgevolgd te worden en medicatie neemt.*

*Artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet vereist geen bijzondere beschermingsmaatregelen. De behandelende artsen attesteerden dat de klachten verergeren bij stopzetting van de behandeling en*

*dat een adequate behandeling noodzakelijk wordt geacht en de arts-adviseur heeft nagelaten na te gaan of de noodzakelijke behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Armenië.*

*De bestreden beslissing steunt op een deductie van de arts-adviseur, die geen steun vindt in artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Er werd in strijd met artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet niet nagegaan of er sprake is van een ziekte of aandoening die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst."*

*(Arrest Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 12 september 2016; RVV206 533)*

*Door met deze elementen geen rekening te houden, schendt verwerende partij dan ook de hoger vermelde rechtsregels en algemene rechtsbeginselen.*

#### *4. De toegankelijkheid van de zorgen en opvolging in Armenië*

*Verzoekers ontkennen niet dat er in Armenië theoretisch gezien een systeem zou opgesteld moeten worden dat gratis en/of goedkopere gezondheidsvoorzieningen voorziet.*

*In de praktijk is dit echter alles behalve het geval, hetgeen ook duidelijk naar voor komt in de rechtsleer:*

*"Private financing constitutes about half of total health expenditures in Armenia and most of that comes directly out of the consumer's pocket. In the current economic downturn, fewer and fewer people can afford it.*

*...*

*To address this, the ministry of health has implemented several programmes since independence in 1991 including a Basic Benefits Package (BBP) established in 1999. The package provides specific health-care services, including medicines, at no charge to vulnerable segments of the population, including children, the elderly and disabled, impoverished people and injured military personnel. Since 2006, primary health care services have been free of charge under the BBP.*

*But, of course, being eligible is not the same as being covered. And concern about the BBP being stretched a little thin is expressed in the highest places: "Each year the number of people included on the 'vulnerable' list is increased by the Armenian authorities and as a consequence, the money attributed to each individual decreases," explains Babloyan. In concrete terms this means that people like Naira Thovmasian, a 34-year-old woman living in Yerevan, who since 1999 has needed dialysis to compensate for her failing kidneys, cannot always get the medicines they need. "By law, the hospital has to provide the medicines for me, but what happens if they don't have them?" Thovmasian asks. When the hospital can't provide them, Thovmasian has to pay. And she is not alone. Elizabeth Danielyan, head of the World Health Organization's (WHO) Armenia country office, notes private financing constitutes about 50% of total health expenditures in Armenia, with 84% of that coming directly out of the consumer's pocket, according to the national health accounts monitoring project."*

*(World Health Organization, Armenians struggle for health care and medicines, 2009, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/09-010709/en/>)*

*"Armenia has made commendable reforms, but people's enjoyment of the right to physical and mental health still faces serious barriers linked to an outdated approach to healthcare and persistent inequalities. said the Special Rapporteur on the right to health, Dainius Pūras, in a statement at the end of his mission.*

*He said Armenia had good opportunities for making progress, but highlighted structural and systemic challenges, both in law and practice.*

*"Public expenditure in health is below 2% of GDP, one of the lowest in the world," said Mr Pūras.*

*"The country is moving towards a mandatory health insurance scheme which will involve private insurers as third-party administrators for certain sectors of the population, mainly civil servants and socially disadvantaged groups.*

*This could have significant implications regarding eligibility, coverage and financing, and could potentially create inequities and inefficiencies if strong oversight and transparency are not ensured."*

*(United Nations, UN Expert calls for modern approaches to transform Armenia healthcare and address inequalities, 2017, <http://www.un.am/en/news/640>)*

*The Armenian government has continued to face difficulty in meeting its budgetary commitments to the health care sector. In response to this shortage of public funds, Armenia introduced the Basic Benefits Package (BBP), which includes official charges to patients for services. The BBP is both a package of*

specific services that are theoretically guaranteed to be free of charge and a list of vulnerable population groups who are entitled to receive all available medical treatment at no cost. All other Armenian residents not in this group must pay out of pocket, at point of use, for all treatment and pharmaceuticals not listed in the BBP. In practice however, due to the widespread system of informal payments and limited resources, even those vulnerable groups entitled to free health care are frequently asked to pay for services. Out-of-pocket payments are the major source of financing for the health care system in Armenia, at an estimated 65% of all medical expenditure; the majority of these are informal. The very low prices paid by the state to publicly funded facilities do not cover actual service costs and have worked to increase the amount of under-the-table payments. Access to primary care has become a major problem as a large segment of the Armenian population cannot afford even these basic expenses. Many people avoid medical treatment until it is the last resort.

(Pacific Prime, Armenia Health Insurance. Medical insurance for those living or working in Armenia. Customized Armenia health insurance plans and quotes available. <https://www.pacificprime.com/countrv/europe/armenia-health-insurance-pacific-primeinternational/>)

"While the Armenian government continues to suggest reforms emphasizing improved state budget financing and more efficient use of resources, the majority of financing for public health care institutions continues to come from payments both formal (such as fees for medical services set by law and paid to the hospital) and informal (such as out-of-pocket payments made as "gratuities" to doctors).<sup>3</sup> Moreover, a number of Armenian medical institutions have become privatized in response to the lack of centralized funding, forcing them to compete with other private and state facilities in charging for their health care services. As a result, full access to quality health care remains out of reach for much of the Armenian population, not least its socially marginalized groups, such as people with mental disabilities, people living with HIV/AIDS, and palliative care patients.

...

As well, in many cases, persons with disabilities have been denied access to free medical care even though they are enumerated in the 2004 decree; also, diabetes patients have been obliged to pay for drugs that are guaranteed free of charge.<sup>15</sup> The economic burden of such health problems is devastating to endure; reasonable government investment in health care services could easily contribute to better living conditions for all Armenians. Violating the financial component of the right to access medical services is both a cause and a consequence of poverty, and certainly it results from inadequate state budget allocations.

...

Overall, while many layers of domestic legislation guarantee all Armenians the right to access medical services, large segments of the population still face serious financial, geographic, and discriminatory barriers." (Health and Human Rights Journal, Identifying the gaps: Armenian health care legislation and human rights in patient care protections, 2013, <https://www-hhrjournal.org/2013/12/identifying-the-gaps-armenian-health-care-legislationand-human-rights-in-patient-care-protections/>)

The utilization of health care services was low, particularly in rural areas. This under-utilization of services correlated with low income of the population surveyed. The state funded health care services are inadequate to ensure availability of free-of-charge services even to economically disadvantaged groups. Continued reliance on direct out-of-pocket and illicit payments, for medical services, are serious issues which plague healthcare, pharmaceutical and medical technology sectors of Armenia. (International Journal Equity Health, "Health inequalities in Armenia - analysis of survey results", 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430552/>)

"Accessibility of the most essential services has become a very serious problem mainly for socially vulnerable groups in the population. Low purchasing power, absence of state medical insurance, the introduction of out-of-pocket payments and the increase in informal payments have resulted in sharp a decrease in timely referrals to doctors. The practice of informal payments at health institution means that Armenians have to pay even for the few medical services that are officially free of charge. That includes prophylactic treatment of oncologic, cardiac, infectious and psychiatric diseases. The informal payments typically range from 1,000 to 50,000 drams (\$100)."

(Gov.uk, Guidance. Living in Armenia, 2013, <https://www.gov.uk/guidance/living-inarmenia#health>)

"Almost half of patients in Armenia still pay for intensive cure services even though they are free of charge, says an analysis of the health care service co-funding program."

(Information Company, Patients in Armenia still pay for free health care services, 2013, <http://arminfo.info/index.cfm?objectid=75d74aa0-dd97-lle2-bbc80eb7c0d21663>)

"Implemented reforms have separated the institutions of the public payer and the providers, but did not manage to change the model of financing to be based on compulsory insurance. The level of financing is similar to the average in Central and Eastern Europe, but is based mainly on out-of-pocket payments contributing to about 80% of all system resources. The informal payments reach even 45% of expenditures.

(Journal of Public Health, The Armenian healthcare system: recent changes and challenges, 2008, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-007-0160-v>)

"Armenia's recently appointed Health Minister Levon Altunian has called for the legalization of informal payments to medical staff that have long been made by patients in the country.

Armenians visiting doctors at hospitals or state-run polyclinics responsible for primary healthcare routinely pay them for medical aid or a consultation which is often supposed to be provided free of charge."

(Arus Hakobian, Minister wants to tax informal payments to doctors, 2016, <https://www.azatutvun.am/a/28172178.html>)

"Several household and patient surveys indicate a high level of unmet need for healthcare (39.5% of sick people report not seeking medical assistance because of financial constraints). Informal payments for many state guaranteed free-of-charge healthcare services (21.5% of women paid out-of-pocket money for state funded pregnancy and delivery care) is still practiced despite the recent substantial increase of the state reimbursement rates for these services."

(Geneva Health Forum Archive, More healthcare providers: A Crisis in Armenia's Health System, 2012, <http://ghf.g2hp.net/2012/11/12/more-healthcare-providers-a-crisis-in-armeniashealth-system/>)

"In many developing countries, making informal payments to health care workers is common. Lewis (2000) estimates the frequency of informal payments in selected Asian and Central/Eastern European countries as: Armenia: 91%." (Shafirin J., Health care workers and Informal Payments, 2014, <https://www.healthcareeconomist.com/2014/02/04/health-care-workers-and-informal-pavments/>)

Uit de rechtsleer blijkt overduidelijk dat de toegankelijkheid van de medische sector in Armenië zeer verschillend is wat betreft de theorie en de praktijk.

In theorie is er sprake van gratis voorzieningen en medicijnen enerzijds en van tussenkomst van de overheid anderzijds.

In de praktijk blijkt hier echter niets van waar te zijn en dienen de Armeniërs zelf alles te financieren via zogenaamde hoge 'out-of-pocket payments'.

Hoewel dit verschil tussen theorie en praktijk duidelijk gedocumenteerd is in allerhande bronnen, gaat verwerende partij hier niet op in.

Verwerende partij beperkt zich eenvoudigweg tot een theoretische wetstechnische benadering van het systeem van de medische sector in Armenië.

Dit terwijl natuurlijk de effectieve toegankelijkheid in de praktijk dient onderzocht te worden:

"Het begrip "adequate behandeling " slaat zowel op het voorhanden zijn in het land van herkomst of van verblijf van de nodige medische infrastructuur en van de geneesmiddelen als op de mogelijkheid voor de betrokken vreemdeling om daar concreet toegang toe te hebben, gelet op o.m. zijn financiële middelen. Dit is ook het geval voor mantelzorg. Bij het onderzoek naar het bestaan van een adequate behandeling dient onderzocht te worden, op grond van recente gegevens, of de daar beschikbare medicatie en medische behandeling en opvolging toereikend/beschikbaar en toegankelijk zijn, rekening houdend met de individuele toestand van de aanvrager, o.a. zijn etnische afkomst."

(DENYS L., Handboek voor de advocaat-stagiair 2016-2017. Vreemdelingenrecht, 2016, Orde van Vlaamse Balies, 179-180.)

Daarenboven dient er op te worden gewezen dat verzoekers doorheen de procedure er herhaaldelijk op hebben gewezen de medische sector in Armenië in de praktijk ontoegankelijk is.



Hoewel deze problematiek enerzijds duidelijk vermeld is door verzoekers doorheen de procedure en anderzijds eenvoudig terug te vinden is en duidelijk gedocumenteerd is, gaat verwerende partij hier niet op in.

Daarbij wijzen verzoekers erop dat S. A. ook continu gespecialiseerde zorg en gespecialiseerde begeleiding nodig heeft.

Het is duidelijk dat gelet op deze specifieke problematiek van S. A. waar hij non-stop gespecialiseerde begeleiding nodig heeft en er in Armenië een praktijk is waarbij er steeds zware 'out of pocket payments' dienen te gebeuren, dat de medische zorgen in Armenië voor verzoekers dan ook onbetaalbaar zijn.

Verwerende partij besloot alzo ten onrechte tot de ongegrondheid van de aanvraag dd. 28 januari 2011 tot medische regularisatie conform art.9ter Vreemdelingenwet.

Het is dan ook duidelijk dat verwerende partij door op deze manier te oordelen de hierboven vermelde rechtsregels en algemene beginselen heeft geschonden, minstens dat zij in deze zeer onzorgvuldig is tewerk gegaan.

##### 5. De benodigde medische voorzieningen zijn in België beschikbaar én effectief

De medische hulp die eerste verzoeker in België krijgt is daarenboven effectief en essentieel om het ziektebeeld van eerste verzoeker terug te dringen en onder controle te houden.

Dit blijkt duidelijk uit de verslagen van de betrokken geneesheren:

"Ondergetekende verklaart dat bovenvermeld patiënt met ernstige medische aandoening regelmatig op controle komt.

Dankzij multidisciplinaire samenwerking met diëtist, revalidatie arts gaat het op het fysieke vlak beter met A, hij is 20 kg vermagerd en zijn conditie is goed verbeterd.

Op het psychische vlak blijft het heel erg moeilijk: donkere gedachten, moeilijke daginvulling, gedragsstoornissen.

Het is voor A. erg belangrijk dat hij medische zeer nauwkeurig en multidisciplinair opgevolgd wordt." (Stuk 11: medisch attest dr. W. dd. 21 oktober 2016)

"Controle bij deze patiënt gekend met mentale retardatie en leversteatose.

Via de fysieke nu obesitas revalidatie met tweemaal per week kinesitherapie op campus (...); dit gaat prima.

Tevens in totaal 22kg vermagerd!

Controle biochemie toont dan ook volledig genormaliseerde transaminasen en gunstig lipiden profiel.

We feliciteerden A. dan ook, en raadden aan om zeker zo verder te doen.

Controle werd voorzien na zes maanden. "

(Stuk 12: medisch attest dr. VO. dd. 18 oktober 2016)

"Zoals u bekend wordt deze 23-jarige patiënt gevolgd omwille van gedragsproblemen en motorische tics. Recent uitgevoerd bloedonderzoek toonde forse dyslipidemie.

...

Nastreven van gewichtsreductie is absoluut vereist.

...

13/10/16

Lichaamsgewicht momenteel 106,5 kg.

Nog steeds wel depressieve gedachten.

Gekende mentale retardatie."

(Stuk 15: medisch attest dr. T. dd. 26 maart 2016 + nota dd. 13 oktober 2016)

Hoewel de toestand van eerste verzoeker dankzij de medische zorgen reeds is vooruitgegaan, is het essentieel dat deze medische zorgen verder worden gezet:

"De psychotische gedragsstoornissen ten gevolge van de habefrene schizofrenie en de mentale retardatie kunnen enkel gestabiliseerd worden.

Remissie is niet haalbaar.

Leven zonder toezicht is gevaarlijk en niet haalbaar. "

(Stuk 13: medisch attest dr. H. dd. 24 oktober 2016)

"Eventueel wel de mogelijkheid om deel te nemen aan revalidatie programma om gestructureerd te bewegen (gezien de ernstige leversteatose is dit immers als urgente zorg te beschouwen).

...

De leversteatose persisteert dan ook (gezien idem gedrag) met gestoorde levertesten, elastografie toont gelukkig geenfibrose."

...

"Controle consultatie.

Genetische aangeboren afwijking, tevens forse leversteatose.

Hiervoor multidisciplinaire therapie met fysiotherapeuten, neurologen en tepahologen. Verderzetting hiervan is medisch noodzakelijk."

(stuk 14: medisch attest dr. V. O. dd. 14 mei 2016 + nota dd. 18 oktober 2016)

"Wat zouden de gevolgen en mogelijke complicaties zijn indien de behandeling wordt stopgezet?

1. Ernstige gedragsproblemen
2. Leverfibrose + levercirrose

Evolutie en prognose van de aandoeningen waarvan sprake onder rubriek B:

1. Idem
2. Achteruitgang indien voldoende dieetmaatregelen

F. Indien van toepassing: zijn er specifieke noden in verband met de medische opvolging? Is mantelzorg medisch vereist?

Patiënt heeft continu toezicht nodig.

(Stuk 21: medisch getuigschrift dd. 29 december 2017 van dr. W. K.)

"Prognose; Chronische psychose die leven zonder toezicht gevaarlijk en onhaalbaar maakt. Familie hier zorgt voor mantelzorg "

(stuk 24: attest dd. 26 maart 2018 van dr. H. P.)

Het is dan ook duidelijk dat de behandeling die eerste verzoeker hier in België heeft kunnen ondergaan, en daarenboven in Armenië ook niet voorhanden is, reeds vruchten heeft afgeworpen.

Het is echter niet mogelijk voor eerste verzoeker om deze behandelingen momenteel stop te zetten, daar deze voor hem medisch noodzakelijk zijn (stukken 13 en 21).

Door ditgeen te miskennen, schendt de verwerende partij de hierboven vermelde rechtsregels evenals algemene rechtsbeginselen.

#### 6. De gevolgen van de convocatie tot het vervullen van de dienstplicht

Daarbovenop ontving eerste verzoeker nog een convocatie om zijn dienstplicht te vervullen in Armenië (stuk 9).

Hij dreigt dus verplicht te worden het Armeense leger te vervoegen, onafhankelijk van zijn medische toestand, wat zijn situatie uiteraard allerminst ten goede zal komen.

De kans is zelfs reëel dat eerste verzoeker gearresteerd wordt op het moment dat hij Armenië terug binnenkomt.

De Nederlandse staat vermeldt het volgende omtrent de rekrutering en toestand in het Armeense leger:

"Er zijn veel problemen op dat gebied, omdat het ministerie van Defensie moeite heeft om aan de quota te voldoen. Daarom komt het voor dat mensen met gezondheidsproblemen toch moeten dienen.

[...]

Een dienstplichtige die uit het buitenland naar Armenië terugkeert, en nog niet in het leger heeft gediend, kan arrestatie aan de grens voorkomen door de autoriteiten voor aankomst te laten weten dat hij alsnog bereid is zijn dienstplicht te vervullen. Het succesvol bewandelen van deze weg is in de praktijk echter afhankelijk van de welwillendheid van de autoriteiten.

[...]

Elk jaar vallen er dodelijke slachtoffers als gevolg van geweld binnen het leger. In het Armeense leger is nog steeds sprake van grove ontgroeningsmethoden, pesterijen en gewelddadige omgangsvormen.

*De ontgroeningspraktijken gaan veelal gepaard met geweld, vaak onder het voorwendsel van disciplinehandhaving. De meeste zelfmoorden in het leger zijn vermoedelijk moorden." (RIJKSOVERHEID, Algemeen ambtsbericht Armenië, <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-enpublicaties/ambtsberichten/2010/08/27/armenië-02-08-2010/aab-armenië-2010-definitieveversie-iustitie.pdf>, 46-49)*

*Het is hierbij overduidelijk dat indien eerste verzoeker terugkeert naar Armenië hij geen enkele opvang noch begeleiding zal krijgen, maar waarschijnlijk zelfs wordt opgesloten in de gevangenis of verplicht in het leger dient te gaan.*

*Het behoeft geen betoog dat wanneer iemand met een psychiatrische problematiek, zoals in het geval van eerste verzoeker, wordt opgenomen in de gevangenis of in het leger zonder enige vorm van behandeling of omkadering, dit een duidelijk gevaar vormt voor diens fysieke integriteit en een risico vormt op een onmenselijke behandeling.*

*Op dit aspect wordt ook door verwerende partij op geen enkel moment ingegaan, hoewel dit ook duidelijk doorheen de procedure is aangegeven.*

*Van een terugkeer van verzoekers naar Armenië kan bijgevolg absoluut geen sprake zijn en door hier anders over te oordelen begaat de verwerende partij een schending van de hierboven vermelde rechtsregels evenals algemene rechtsbeginselen."*

Kernbetoog van verzoekers is dat de arts-adviseur in haar medisch advies onvoldoende rekening heeft gehouden met het uitgebreide psychiatrische ziektebeeld van eerste verzoeker. Nochtans werd hierop door verzoekers, doorheen de jaren van behandeling en van procedures in het kader van eerste verzoekers aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, uitvoerig en herhaaldelijk gewezen en vormt zijn psychiatrische problematiek de kern van verzoekers problemen. De arts-adviseur beperkt zich volgens verzoekers tot de vaststelling dat er sprake is van een psychiatrische problematiek onder meer bestaande uit mentale retardatie, psychiatrische stoornissen, autisme en een beperkte dysmorphie, zonder hier verder op in te gaan, of een gespecialiseerde arts te raadplegen. Verzoekers wijzen in dat opzicht op de stukken bij het verzoekschrift met nummer 7, 21 en 24. De stukken 7 en 21 zijn standaard medische getuigschriften van respectievelijk 24 januari 2011 en 29 december 2017 die zich ook in het administratief dossier bevinden. Het stuk 24, dat reeds werd gevoegd bij het verzoekschrift gericht tegen de beslissing van 20 februari 2018, dat uitdrukkelijk wordt vermeld in de inventaris van dit verzoekschrift en waarvan niet wordt betwist dat dit werd gevoegd in de stukkenbundel, is een medisch attest van 26 maart 2018 opgesteld door Dr. P.H., psychiater, waarin met verwijzing naar eerdere attesten de diagnose van chronische ongedifferentieerde hebefrene schizofrenie wordt gesteld, met als prognose "chronische psychose die leven zonder toezicht gevaarlijk en onhaalbaar maakt". Verzoekers hebben deze prognose ook letterlijk geciteerd in het voormeld verzoekschrift tegen de beslissing van 20 februari 2018. Verder citeren verzoekers uit een attest van dokter W. van 16 maart 2018 waarin deze arts stelt dat de gedragsproblemen eerder zijn toegenomen, met agressieve uitbarstingen. Ze stelt het ook moeilijk te hebben met de verwijzing naar de consulten bij de neuroloog als "pro forma". Ook dit stuk werd reeds vermeld in de inventaris bij het verzoekschrift gericht tegen de beslissing van 20 februari 2018, er werd niet betwist dat dit stuk in de stukkenbundel werd gevoegd en verzoekers citeerden uit dit medisch attest hetzelfde stukje in dit vorige verzoekschrift. Uit deze stukken blijkt volgens verzoekers dat eerste verzoeker zal evolueren richting psychose bij gebrek aan een behandeling en dat een behandeling bestaande uit psychofarmacotherapie en psychotherapie nodig zijn.

Verzoekers wijzen erop dat wel is nagegaan of bepaalde gespecialiseerde artsen aangaande het fysiek ziektebeeld beschikbaar zijn, maar niet of de behandelingen aangaande de psychiatrische problematiek beschikbaar zouden zijn. Ze erkennen dat is verwezen naar fysiotherapie en bezigheidstherapie of mantelzorg, maar de psychofarmacotherapie niet is nagegaan. Ze concluderen dat moet worden nagegaan of de behandelingen beschikbaar zijn in het land van herkomst, maar dat dit niet afdoende door de verwerende partij is gebeurd. Ze menen dat duidelijk is dat de behandeling niet kan worden stopgezet en dat die in Armenië niet aanwezig zou zijn.

Artikel 3 van de voornoemde wet van 29 juli 1991 schrijft voor dat de motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat de motivering afdoende dient te zijn. Het begrip 'afdoende' impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710).

De Raad beoordeelt of de bestreden beslissing afdoende is gemotiveerd in het licht van de wetsbepaling op grond waarvan zij werd genomen.

Artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet, bepaalt 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.”*

Hieruit blijkt duidelijk dat de beoordeling van het in artikel 9ter, § 1 van de Vreemdelingenwet vermelde risico en de mogelijkheden van en toegankelijkheid tot behandeling in het land van herkomst of verblijf, wordt opgedragen aan de ambtenaar-geneesheer die de gemachtigde van de staatssecretaris daaromtrent een advies verschaft. Artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet bepaalt dat de ambtenaar-geneesheer, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling kan onderzoeken en een bijkomend advies kan inwinnen van deskundigen. Van enige verplichting om de betrokkene aan een fysiek onderzoek te onderwerpen en/of van enige verplichting om gespecialiseerd advies in te winnen van deskundigen, is dan ook geen sprake. Dergelijke verplichting blijkt evenmin uit artikel 4 van het voormeld koninklijk besluit van 17 mei 2007.

De ambtenaar-geneesheer dient dan ook niet van een bijzondere expertise blijk te geven om de door de verzoeker aangeleverde medische attesten te beoordelen en is evenmin verplicht om zich met een gespecialiseerd arts in verbinding te stellen, zoals verweerder in de nota terecht opmerkt, enkel omdat een of meerdere van de door de verzoeker bijgebrachte medische attesten door een geneesheer-specialist zijn opgesteld (cf. RvS 6 november 2013, nr. 225.353). Waar verweerder in de nota nog vervolgt dat verzoekers zelf lijken toe te geven dat verzoeker zich nog niet heeft laten onderzoeken door een specialist, mist dit argument feitelijke grondslag. Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt dat verzoeker reeds jaren door verschillende specialisten wordt opgevolgd.

De Raad merkt verder op dat de ambtenaar-geneesheer bij zijn beoordeling van de medische stukken met de behandelende arts(en) van mening kan verschillen. Wanneer een verblijfsaanvraag op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond wordt verklaard, zal dit veelal precies zijn omwille van het feit dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies tot een andere conclusie komt dan hetgeen de aanvrager trachtte te staven aan de hand van de neergelegde medische attesten. De loutere vaststelling dat de ambtenaar-geneesheer tot een andere conclusie komt dan de arts die de medische attesten heeft opgesteld, maakt op zich geen schending van de motiveringsplicht aannemelijk. Het komt niet toe aan de Raad om zich in de plaats van de behandelende ambtenaar-geneesheer te stellen en de verslagen opnieuw te gaan beoordelen. De Raad kan wel nagaan of de ambtenaar-geneesheer in zijn advies rekening heeft gehouden met de voorgelegde medische attesten en deze ook betrokken heeft in zijn advies.

In casu stelt de Raad vast dat de arts-adviseur in haar medisch advies weerhoudt dat eerste verzoeker een genetische afwijking heeft die aanleiding geeft tot onder meer psychiatrische stoornissen en gedragsstoornissen. De arts-adviseur heeft eerste verzoekers psychiatrische problematiek omschreven als mentale retardatie en stelt dat de psychiatrische en gedragsstoornissen behoren tot de autismespectrum stoornis (ASS). Als actuele medicatie weerhield de arts-adviseur enkel het antidepressivum Escitalopram, zoals verzoeker ter zitting nog eens benadrukt, waarvan werd vastgesteld dat het in Armenië beschikbaar is. Als behandeling werd opvolging en behandeling bij een neuroloog weerhouden, evenals fysiotherapie en “bezigheidstherapie” met het maken van tekeningen (art therapy).

Over het antipsychoticum Pimozide (Orap) werd door de arts-adviseur als volgt gemotiveerd:

*“Voor Pimozide (Orap), een antipsychoticum gebruikt bij schizofrenie en alcoholontwenning, wordt geen indicatie gestaafd in voorliggend medisch dossier. Bovendien zijn de bijwerkingen o.a. gewichtstoename en invloed op de glycamie (bloedsuiker) en lipiden (cholesterol)' in geval van betrokkene nefast.”*

De Raad kan verzoekers volgen waar zij menen dat uit deze motivering wat eerste verzoekers psychiatrische problematiek betreft, niet afdoende blijkt dat de arts-adviseur deze problematiek in zijn geheel in ogenschouw heeft genomen, met dan de nadruk op de medicatie. Met name is het voor de Raad een raadsel op welke wijze de arts-adviseur uit de voorliggende attesten opmaakt dat voor het antipsychoticum Orap “geen indicatie wordt gestaafd in het voorliggend dossier”. De standaard medische getuigschriften van Dr. K.W. van 29 december 2017 en van 9 februari 2018 vermelden immers uitdrukkelijk Orap (1 mg) bij de medicamenteuze behandeling onder punt C. Ook het verslag van een consultatie op 10 november 2017 op de dienst Neurologie van het AZ Sint-Maarten door Dr. B.T, neuroloog, vermeldt “Orap 1mg ‘s morgens” bij de “huidige medicatie”, en stelt verder dat de huidige medicatie niet werd gewijzigd. Deze drie attesten bevinden zich in het medisch dossier en werden door de arts-adviseur ook opgenomen in de lijst met medische stukken waarop zij haar medisch advies heeft gebaseerd. In haar beknopte samenvatting van deze attesten vermeldde de arts-adviseur ook telkens Orap bij de medicatie die aan verzoeker werd voorgeschreven. Bovendien was de arts-adviseur ervan op de hoogte dat verzoekers behandelende artsen zijn psychiatrische problematiek onder meer als “psychotisch” hebben omschreven. Zo is in standaard medische getuigschriften opgesteld door Dr. P.H., psychiater, van 24 januari 2011 sprake van “prepsychotische elementen” waarbij zonder gepaste behandeling een “evolutie richting psychose valt te vrezen”, en van “psychotische gedragsstoornissen ten gevolge van een ongedifferentieerde hebefrene schizofrenie”. Ook deze stukken werden opgesomd in de lijst met stukken waarop de arts-adviseur haar advies baseerde. Gelet op deze elementen ziet de Raad niet in hoe in het voorliggend medisch dossier geen indicatie zou worden gestaafd voor het gebruik van Orap, dat de arts-adviseur zelf omschrijft als een antipsychoticum dat wordt gebruikt bij schizofrenie. Bijkomend heeft de psychiater P.H. in het recent attest van 26 maart 2018 nogmaals gewezen op Orap als medicatie en heeft hij bij de prognose gesproken van “chronische psychose die leven zonder toezicht gevaarlijk en onhaalbaar maakt.” Zoals supra reeds gesteld, was dit citaat reeds aangehaald in het verzoekschrift gericht tegen de beslissing van 20 februari 2018 en is niet betwist dat dit stuk reeds werd gevoegd bij dit verzoekschrift, dat uitdrukkelijk wordt vermeld in de inventaris. De Raad is dan ook van oordeel dat uit het geheel van deze feitelijke elementen blijkt dat de gemachtigde ook kennis had van dit stuk voor het nemen van de bestreden beslissing ( RvS 26 september 2018, nr. 242.435).

Zoals aangegeven komt het op grond van artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet aan de arts-adviseur toe om op basis van de voorliggende medische stukken een medisch advies uit te brengen. De arts-adviseur is er bovendien niet toe verplicht advies in te winnen bij een gespecialiseerde arts, en kan in zijn of haar beoordeling van mening verschillen met de behandelende artsen. De beoordelingsvrijheid van de arts-adviseur impliceert echter niet dat hij zich daarbij kan beperken tot een partiële of selectieve lezing van de voorgelegde medische stukken. In casu blijkt niet afdoende uit de motivering van het medisch advies met betrekking tot verzoekers psychiatrisch ziektebeeld dat de arts-adviseur zich hiervoor heeft gebaseerd op alle elementen zoals deze naar voren komen uit het geheel van de overgemaakte medische stukken, die onder meer werden opgesteld door gespecialiseerde artsen die eerste verzoeker sinds jaren behandelen en steevast hebben gewezen op het gevaar voor psychose. Waar de arts-adviseur wijst op de bijwerkingen van het medicijn Orap, als gewichtstoename en invloed op bloedsuiker en cholesterol, is dit op zich niet voldoende draagkrachtig. Ook al is de ambtenaar-geneesheer als enige bevoegd voor de beoordeling van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, toch “[doet] deze beoordelingsvrijheid bij het geven van zijn advies geen afbreuk aan het feit dat administratieve beslissingen afdoende gemotiveerd moeten zijn, hetgeen onder meer inhoudt dat de rechtsonderhorige moet kunnen nagaan op welke gronden de hem aanbelangende beslissing is gesteund en waarom de door hem aangevoerde concrete en pertinente argumenten, zoals medische verslagen van geneesheren-specialisten, niet worden aanvaard” (RvS 18 september 2013, nr. 224.723).

Het advies is op dit punt niet afdoende gemotiveerd in de zin dat de motivering niet evenredig is aan het gewicht van de genomen beslissing.

Nu de bestreden beslissing uitdrukkelijk steunt op dit advies, is het met hetzelfde motiveringsgebrek behept.

Gelet op het voorgaande stelt de Raad vast dat de bestreden beslissing in de besproken mate niet afdoende werd gemotiveerd. Een schending van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, gelezen in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, wordt vastgesteld.

Het middel is in de besproken mate gegrond. Gezien de overige onderdelen van het middel niet tot een ruimere vernietiging kunnen leiden, worden deze niet verder onderzocht.

### 3.2 Aangaande de tweede en derde bestreden beslissing

Verzoekers voeren uitdrukkelijk aan met betrekking tot de bevelen om het grondgebied te verlaten dat deze beslissingen het gevolg zijn van de beslissing genomen in de procedure 9ter van verzoekers. Ze menen evenwel dat de gemachtigde ten onrechte is overgegaan tot de ongegrondverklaring van de aanvraag gesteund op artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

De Raad stelt op basis van de feitelijke gegevens in het dossier vast dat, niettegenstaande het feit dat enerzijds de eerste en anderzijds de tweede en derde bestreden beslissing formeel steun vinden in een andere bepaling uit de Vreemdelingenwet, de gemachtigde het nuttig en noodzakelijk heeft geacht om over te gaan tot de afgifte van bevelen om het grondgebied te verlaten, eerst nadat werd beschikt over de door verzoekers ingediende aanvraag om verblijfsmachtiging. Aldus heeft de vaststelling in de eerste bestreden beslissing dat eerste verzoeker niet lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven, voor de fysieke integriteit, noch aan een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling omdat de noodzakelijke behandeling beschikbaar en toegankelijk is, eveneens geleid tot het oordeel dat bevelen om het grondgebied te verlaten, konden worden afgegeven aan verzoekers. De beoordeling van de aanvraag om verblijfsmachtiging blijkt aldus bepalend te zijn geweest voor de beslissing tot afgifte van de bevelen om het grondgebied te verlaten.

Bijgevolg moeten de bevelen om het grondgebied te verlaten als volgbeslissingen eveneens worden vernietigd.

### 4. Korte debatten

Verzoekers hebben een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp.

## **OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:**

### **Artikel 1**

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 22 mei 2018, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt en de beslissingen tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten van diezelfde datum, worden vernietigd.

### **Artikel 2**

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zesentwintig oktober tweeduizend achttien door:

mevr. A. MAES,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken.

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

A. MAES