

Arrest

nr. 186 731 van 12 mei 2017
in de zaak RvV X / VIII

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Pakistaanse nationaliteit te zijn, op 1 december 2016 heeft 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 20 oktober 2016 waarbij een aanvraag om, met 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, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, 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 29 maart 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 24 april 2017.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken G. DE BOECK.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. DIENI, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat B. HEIRMAN, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Bij aangetekend schrijven van 17 november 2014 diende verzoeker een aanvraag in om, met toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet), tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd.

1.2. De gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging nam op 17 december 2014 de beslissing waarbij verzoekers aanvraag om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ontvankelijk wordt verklaard.

1.3. Op 20 oktober 2016 nam de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging de beslissing waarbij verzoekers aanvraag om, met toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard. Deze beslissing, die verzoeker op 3 november 2016 ter kennis werd gebracht, is gemotiveerd als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 17.11.2014 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

[W.A.] [...]

nationaliteit: Pakistan

[...]

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 17.12.2014, deel ik u mee dat dit verzoek 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 werden medische elementen aangehaald door [W.A.] die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 13.10.2016)

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).”

Dit is de bestreden beslissing.

2. Over de rechtspleging

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

3. Onderzoek van het beroep

3.1. Verzoeker voert in een enig middel de schending aan 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), 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), van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet en van de zorgvuldigheidsplicht.

Hij verschaft de volgende toelichting:

“1.Attendu que la loi relative à la motivation des actes administratifs stipule que :

« Art. 2.

Les actes administratifs des autorités administratives visées à l'article premier doivent faire l'objet d'une motivation formelle.

Art. 3.

La motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision.

Elle doit être adéquate »;

Qu'en vertu de ces dispositions, un acte administratif est donc illégal, s'il n'est pas formellement motivé ou s'il ne contient pas de motifs de fond pertinents, établis et admissibles ;

Que par conséquent, la motivation inadéquate de la décision litigieuse est constitutive de la violation d'un droit fondamental et absolu de la Convention européenne des droits de l'homme auxquelles la partie adverse est néanmoins plus que tenue en tant qu'Etat ;

Qu'elle est même la première concernée par ces dispositions ;

Que nulle mention n'est faite de la situation particulière des requérants en Belgique ;

Que la motivation de la décision n'est donc pas adéquate et viole les articles 2 et 3 de la loi du 29.07.1991 ;

Qu'il en est le cas dans la décision attaquée et ce, à plusieurs chefs ;

Le médecin délégué de la partie adverse déclare essentiellement qu'il faut examiner la disponibilité, la possibilité d'avoir accès à des soins et l'accessibilité de tels soins. La partie adverse insiste sur le fait qu'il n'y ait aucune condition que le système médicale du pays d'origine soit du même niveau de qualité que la Belgique. La partie adverse semble lourdement insister sur ce point (il s'agit de son paragraphe le plus important de ce point).

Le médecin délégué insiste également sur l'offre de soin de santé du secteur public au Pakistan est pratiquement gratuite. Occasionnellement, une contribution minime est réclamée aux patients pour l'enregistrement, les tests en laboratoire ou une hospitalisation. Le Pakistan compte aussi des organisations actives dans [le] domaine des micro-assurances. Les plus pauvres peuvent ainsi contracter une assurance-maladie à des conditions avantageuses. Parmi les principaux projets, citons le RSPN-Adamjee health microinsurance. Il existe également des systèmes de filets de sécurité auprès desquels les plus pauvres peuvent faire appel : le « Zakat fund » et le « Bait-ul-Mal » qui les soutiennent de manières différentes : appui financier et social, logement, organisation des soins de santé, soins médicaux gratuits pour les malades....

Pour affirmer cela, le médecin se base sur de la documentation MedCOI (MedCOI sous des références du BMA-8532, BMA-6400, BMA-7181 ET BMA-76664) dont la partie requérante (via son conseil) est dans l'impossibilité d'en prendre connaissance puisqu'elle n'est absolument pas publique.

Or, premièrement, la source première de ce médecin, à savoir le Med-COI, est initié par le Service de l'Immigration et de Naturalisation Néerlandais – un organe étatique dépendant de directives politiques, soient-telles démocratiquement votées, qui n'est dès lors pas neutre dans la collecte d'informations susceptibles de réguler l'immigration. La neutralité, l'objectivité et l'impartialité sont donc invérifiables et sujettes à caution, puisque ce projet d'échanges d'information est initié par un service d'immigration hollandais, qui exécute dès lors des directives politique et dont les informations sont collectées en ce sens.

Deuxièmement, les médecins de cet organe sont anonymes, de sorte que la fiabilité des informations qu'ils relayent et la garantie de leur indépendance et de leur impartialité, du respect de leur déontologie, et de l'absence de toute contrainte dans les informations relayées ne peut en aucun cas être vérifiée. Cet anonymat des médecins y participant ne permet pas à la partie requérante de vérifier leur compétence dans le domaine, ni leur respect de leur déontologie et leur désintéressement – quoiqu'en pense le médecin délégué de l'office lorsqu'il avance que « la spécialisation du médecin local importe peu puisque le fait de disposer d'un réseau professionnel médical dans le pays d'origine est l'un des critères de sélection déterminants ».

Troisièmement, les informations obtenues par Med-COI ne précisent pas le degré de qualité et la qualification des médecins et spécialistes, ni ne dénomme précisément les traitements précis qui sont octroyés aux personnes atteintes de ce type de schizophrénie aigüe.

En outre, SOS International est avant tout une entreprise commerciale, destinée à couvrir les besoins des collaborateurs expatriés d'entreprises ou organisations, suffisamment financièrement aisées que pour se permettre une croissance internationale.

En effet, son site internet présente la philosophie de cette société comme suit :

"We believe in making it easier for organizations to work and grow on an international scale. We can help you achieve your goals by preparing your employees for travel and supporting them whilst they are in unfamiliar and remote locations. We help to keep them healthy and safe, so you can focus on your core business activities."

In Ernst & Young's latest Global Mobility Effectiveness Survey 50% of companies thought their global mobility team was understaffed and only 30% have a system in place for tracking business travellers."

« We do everything we can to provide invaluable local knowledge and expertise on a global scale while offering all our clients truly personal service. Our tagline is an expression of this philosophy.

By constantly listening to our customers, we seek to understand their needs so that we can deliver flexible and innovative solutions. We create new services and develop new markets in response to the growing requirements of our clients and our individual members.

We help businesses operate globally by helping protect their employees to meet their Duty of Care. Through the provision of medical and travel security services, we look to help our clients demonstrate a "Return on Prevention"- meeting ethical and fiscal concerns when looking after their workforce.»

Quant à Allianz Global Assistance, il s'agit avant tout d'une entreprise commerciale, destinée à vendre des assurances médicales à des voyageurs étrangers et pas du tout aux autochtones. Les sources pour établir cette disponibilité du traitement ne me semble pas apporter un éclairage particulier par rapport à la situation au Pakistan. De plus, ces renseignements ont également un caractère général et ne vise pas particulièrement la situation particulière de la partie requérante.

Les informations mises à disposition par SOS international, qui fournit des assurances coûteuses pour entreprises aisées, et par Allianz Global Assistance sont dès lors orientées pour un public qui n'a aucun rapport avec des nationaux bénéficiant de revenus moyen et sont dès lors non pertinentes en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité des soins.

Quatrièmement, les dates et références ne permettent pas d'y avoir accès et qu'aucun site Internet public n'est référencé. La partie requérante en déduit donc une impossibilité de contrôler la pertinence, l'exactitude et l'adéquation de la motivation de la décision concernant la disponibilité des soins de santé.

Par ailleurs, ces informations sont en contradiction avec les informations dont on dispose via les ONG et autres associations au service des migrants.

Le conseil de la partie requérant avait fait appel à un réseau de bénévoles volontaires, Asylas, qui avait été chargé de faire la lumière sur l'accessibilité réelle des soins de santé. Le rapport indique effectivement que le traitement est accessible mais pointe de grosses lacunes qui entament sérieusement cette accessibilité. Les constatations qui ont été faites par ce groupe de volontaires démontrent que les informations de la demande du 17 novembre 2014 – non examinées par la partie défenderesse – sont toujours d'actualité, voir même sont renforcés par les données récoltées par les membres de cette association.

De plus, la partie requérante avait invoqué à la base de sa demande toute une série de fait prouvant qu'il lui était impossible d'accéder à un traitement adéquat.

L'OMS souligne, dans ses stratégies de coopération avec le Pakistan que "Pakistan has a multi-tiered and mixed health care delivery system that has grown exponentially during the past three decades, with an increasing number of programs, projects, interventions and facilities, many of them on a fragmented

and time bound basis. These are supported by different levels of government and/or development partners with overlapping geographical and thematic areas, leading to duplication and wastage of resources. The health care delivery system includes both state and non-state; and profit and not for profit service provision.

The provincial and district health departments, para-statal organizations, social security institutions, non-governmental organizations (NGOs) and private sector finance and provide services mostly through vertically managed disease-specific mechanisms. The situation at the federal level is highly fragmented following the dissolution of the Ministry of Health and devolution of its responsibilities to provincial Departments of Health. The country's health sector is also marked by urban-rural disparities in healthcare delivery and an imbalance in the health workforce, with insufficient health managers, nurses, paramedics and skilled birth attendants in the peripheral areas.

Life courses: Pakistan's health profile is characterized by a dual burden of communicable and non-communicable diseases, high fertility, low life expectancy, a young age structure, high maternal and child mortality, high incidence of infectious and communicable diseases and wide prevalence of malnutrition among children and women. Pakistani women continue to face the risk of limited access to reproductive health services and pregnancy-related morbidity and mortality. The maternal mortality ratio is also high at 260 per 100,000 live births, signifying one of the highest maternal mortality rates in the region. In 2008-09, only 28% of births were attended by a doctor and 65 % of women delivered their children at home. Malnutrition remains widespread with few significant or positive outcomes achieved in the last two decades. Acute malnutrition levels have been consistently above the emergency threshold posing a serious public health problem, with stunting reaching 37% and severe wasting 13% (MICS 2008) due to several underlying causes vis-à-vis a rapidly growing population. Slow progress in improving the indicators related to maternal health, child health, and morbidity and mortality caused by communicable diseases are a major concern in the progress towards the MDGs.

Communicable diseases: Pakistan is one of the three remaining countries with endemic polio and the sixth highest with burden of tuberculosis. Major causes of the high neonatal, infant and under-5 mortality rates include malnutrition, diarrhea, acute respiratory illness and other communicable and vaccine preventable diseases. The incidence of tuberculosis is estimated at 231 cases per 100,000 per year while that of malaria cases ranges between 2 to 5 cases per 1,000. "Cet élément avait déjà été soumis à l'appui de la demande 9ter original en date du 17 novembre 2014.

"Government spending on healthcare currently hovers at around 0.4% of gross domestic product—far less than is needed by a nation with Pakistan's array of problems. In no particular order these include some of the highest rates of maternal, fetal, and child mortality in the world; a shortfall of around 200000 healthcare workers; more than 40 million citizens practising open defecation (some 45000 Pakistani children die from diarrhoeal diseases every year); and the stubborn persistence of polio (only Pakistan and Afghanistan remain endemic for the disease). "Several regional neighbours have made faster progress than Pakistan, despite grinding poverty and conflict," said Zulfiqar Bhutta, chair of the department of pediatrics and child health at the Aga Khan University in Karachi. "Policymakers in Pakistan face huge challenges in public health and provision of primary care, with hardly the capacity to focus on orphan issues such as noncommunicable and chronic diseases." ...In these circumstances, with an inadequate public sector and a private sector that caters to the richest 15% of the population, Rizvi has argued for a new model. "We have to create a partnership between the community and the government," he explained. The Sindh Institute of Urology and Transplantation, which grew out of the eight bed ward, is such a partnership."

La partie requérante avait fourni à l'appui de sa demande l'article suivant, intitulé "Poverty and Poor Health in Pakistan: Exploring the Effects of Privatizing Healthcare" dans lequel on peut y lire que "Governmental provisioning of healthcare has been deteriorating during the last decade or so and has resulted in dissatisfaction, pushing people to opt for private care. For example, one low-ranking employee in my institute, despite having the option to seek healthcare from the public sector, preferred to hospitalize his wife in a private clinic. Table 1 shows general government expenditure on health as percentage of the gross domestic product (GDP) for selected countries and years. Only the countries that could provide a meaningful comparison are included. The data show that Pakistan spent three percent of its GDP on health in 2000, which fell to 2.2 percent by 2009. It may be noted that Pakistan has spent the smallest percentage of its GDP on health among all the countries shown in the table for all three given years. »

S'il existe un système public de soins de santé, il est à remarqué que 70-80% du système de santé au Pakistan sont aux mains d'un réseau médicale privé, ce qui aboutit à un manque de soins minimum, la pauvreté de la qualité des soins ainsi que des réglementations en cette matière. D'ailleurs, cette

donnée est répertoriée par US AID Health qui révèle que *“The public health service delivery infrastructure in Pakistan is fairly good. It encompasses basic health units, rural health centers, other first level care facilities, lady health workers, and community midwives, providing primary health care services across the country. These are complemented by secondary care hospitals, at tehsil and district levels, responsible for the referrals. The private health sector accounts for 70 percent 80 percent of health care delivery through a network of private providers. However, lack of standards and quality of care at all levels of service delivery and the absence of regulation, compromise health care delivery outcomes in this sector.”*

Donc, l'accessibilité des soins de santé au Pakistan est impossible pour une grosse partie de la population, dont fait partie la partie requérante. Il est également utile de rappeler que vu le taux de chômage important et la non-qualification du requérant, les chances de trouver un travail sur le marché de l'emploi sont quasi inexistantes quoi qu'en pense le médecin délégué de l'Office. Il ne possède pas de rentier d'argent au Pakistan et ne pourront donc pas en obtenir, en tout cas pas suffisamment rapidement pour pouvoir payer les consultations les médicaments et le suivi des soins, indispensables à sa survie. La partie requérante insiste ici sur la durée à vie du traitement dont la partie requérante dépend exclusivement.

Rappelons également que les affections dont souffrent le requérant, risquent de rendre difficile l'accès au marché du travail, quoi qu'en pense le médecin de l'Office des étrangers qui – soit dit en passant – n'a pas la compétence pour évaluer le potentiel accès au marché de l'emploi.

D'autant plus que la politique du Pakistan en matière de soins de santé est la privatisation du secteur pour éviter une trop grosse charge pour l'état, ce qui a comme conséquence d'augmenter les tarifs pour obtenir des soins de santé au Pakistan. En effet, comme le fait remarquer Monsieur Hafeez dans son article, *« the privatization of state machinery has been happening for the last several years. The health sector in Pakistan has become increasingly commercialized. Private hospitals, clinics, and diagnostic labs have been growing rapidly. Several chains of modern pharmacies have sprouted up in the market. Such a commercial approach to health has constrained the access to health services for the poor. The privatization of healthcare becomes an important issue because 75 percent of Pakistanis use private healthcare.*

In a report on the privatization of healthcare in South Asia, Rama Baru, a research scholar, reported that privatizing health is detrimental to the health of poorer populations because it constrains their access to health services. Sometimes, food and other emerging social needs (for example attending marriage ceremonies of relatives) prohibit people from seeking healthcare. The Daily Dawn reported that drug makers in Pakistan have insisted that the government is the caretaker of a citizen's access to healthcare, not the private sector. Private business operates for profit and the government should provide healthcare. Large pharmaceutical companies keep increasing prices of medicines, which is harmful to public health. Their profit motive originates from the fact that drug manufacturers have opposed the idea of marketing generic medicines; the policy of generic medicines provides inexpensive medicines to people in neighboring India.”

La partie requérante qui vit en Belgique depuis plus de 5 ans n'a plus aucune ressource financière. En effet, toutes ses économies ont été investies dans sa fuite vers la Belgique ainsi que les soins dont il avait besoin pour survivre. Si la partie requérante devait retourner au Pakistan, elle devrait recommencer tout à zéro, c.-à-d. trouver un travail, un logement, retrouver ses droits etc. L'accès à des soins de santé de qualité lui sera rendu difficile à cause de son manque de revenus sans qu'aucune garantie de la part du médecin délégué n'ait été prise pour vérifier si réellement la partie requérante aurait accès à tout le panel, décrit par la partie défenderesse. L'examen de l'accessibilité doit se faire de manière concrète et non totalement abstraite en disant que tel ou tel organisme existe sans prouver qu'effectivement, il pourra en bénéficier, surtout après une absence de plus de 5 ans du territoire pakistanais.

L'article démontre aussi que les politiques de santé du gouvernement pakistanais est contreproductive pour les plus démunis. En effet, *« health policy action during the last few years has actually been counter-productive for the poor. In January 2010, under an act of the Punjab Government, public sector organizations have changed their policy of providing free medicines to their employees.*

At Punjab University, for example, the policy was replaced with a medical allowance equivalent to 15 percent of an employee's base pay. The employees and faculty with higher salaries received relatively higher amounts of medical allowance, but the low cadre employees got meager amounts of healthcare money. Additionally, the higher cadre employees were better educated and informed and therefore were

not in as great of a need of healthcare compared with poorer colleagues or subordinates. The provision of healthcare through the facility was a kind of health insurance for all the employees, but the policy of medical allowance took that away from the poor. This policy action produced greater ill-health among the poor.

Through such a policy action, the access to healthcare for poor employees was constrained. In a conversation I had with the Chief Medical Officer of Punjab University, he said that the health of low cadre employees has deteriorated. Furthermore, on account of such a policy, people were shifting towards alternative healing methods, including the use of quacks. In turn, the rich-poor gap in morbidity and mortality has increased.”

Par ailleurs, un rapport annuels de 2014 par l'association médicale du Pakistan démontre que “due to the rapid unplanned population growth taking place in the country, and a largely illiterate population, there is already a severe shortage of amenities and resources in the country, an a dangerous rise in Food-insecurity. The challenges are intensified due to poor governance, corruption, unfair budget allocations and a volatile law & Order situation.

The country's healthcare sector and medical facilities have been severely affected by these debilitating factors. Especially the increasing violent crimes against doctors and incidents of murder, extortion and kidnappings of leading health practitioners have created serious threats for the health professionals.”

Ce rapport annuel rejoint aussi l'article de Monsieur Hafeez lorsqu'il évoque que « the health budget of any country should at least be 6% of the national GDP. In our case, the health budget, despite repeated PMA pleas and reminders to the government, has remained less than 1%, out of which 80% is spent on salaries and administrative costs”

La partie requérante souhaite attirer l'attention sur le fait que sa pathologie, couplé avec des problème d'hypertension et de diabète sucré, est susceptible d'être soumis à un plus grand risque de tomber gravement malade, voir de faire un AVC et/ou crise cardiaque.

Au-delà de cet argumentaire sur la possibilité du requérant de pouvoir faire face aux coûts exorbitants des soins de santé, la partie requérante conteste l'affirmation unilatérale de l'avis du médecin de l'office selon laquelle « [betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Pakistan – het land waar hij tenslotte 40 jaar – geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang »

En motivant de la sorte, la partie défenderesse n'a absolument pas tenu compte des éléments médicaux fournis au travers des différents compléments adressée tout au long des deux années de la procédure. N'en déplaise au médecin de l'Office des étrangers, il n'est absolument pas certain, au vu des difficultés de santé que la partie requérante soit en mesure de subvenir elle-même aux frais conséquents liés à ses différentes affections.

Dureste, la partie requérante a soumis, dans les documents médicaux, sa volonté de guérir l'hépatite C avec un traitement avec un nouveau médicament pour cette maladie. Malheureusement, ce traitement coûte plus de 60.000€.

Pour pouvoir en bénéficier en Belgique, il faut se trouver dans des cas très spécifiques avec des critères bien définis. Ces critères font que pour le moment, la partie requérante ne les remplit pas et ne peut donc pas bénéficier d'un remboursement même partiel de ce traitement nouveau qui permettrait, par ailleurs, de le mettre hors de danger.

De plus, s'il ne peut déjà pas en bénéficier en Belgique, dans l'éventualité, d'une aggravation des symptômes hépatiques et de la tension artérielle, due à un mauvais traitement et/ ou une inaccessibilité des soins dans le pays d'origine, il y a donc un risque réel et sérieux de porter atteinte à son intégrité physique voir sa vie, tout simplement.

La partie adverse méconnaît le prescrit de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980, commis une erreur manifeste d'appréciation et n'a pas légalement motivé sa décision.

Partant, la décision doit être annulée.

Il est manifestement clair que la décision ne repose pas sur des motifs pertinents et adéquats au vu des documents fournis par la partie requérante, au sens des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relatives à la motivation formelle des actes administratifs puisqu'elle n'examine absolument pas la situation particulière de la requérante laquelle nécessite des soins appropriés et non accessibles dans son pays d'origine.

Dans le présent cas un retour dans le pays d'origine ne peut qu'aggraver l'état de santé des enfants des requérants qui ne peuvent pas se faire soigner correctement et adéquatement dans leur pays d'origine.

Il y a donc là une violation flagrante à l'article 3 de la C.E.D.H, ainsi que de l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980."

3.2.1. De Raad merkt op dat, zoals verzoeker terecht aanvoert, artikel 62 van de Vreemdelingenwet bepaalt dat de administratieve beslissingen met redenen moeten worden omkleed en dat de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 voorzien dat de beslissingen van de besturen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd, dat de motivering de juridische en de feitelijke overwegingen dient te vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat deze motivering afdoende moet zijn.

Deze uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid deze heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Het begrip "afdoende", zoals vervat in artikel 3 van de wet van 29 juli 1991, impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. De Raad stelt vast dat in de bestreden beslissing duidelijk het determinerende motief wordt aangegeven op grond waarvan deze beslissing is genomen. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en een advies van een ambtenaar-geneesheer, immers vastgesteld dat uit het door verzoeker voorgelegde medische dossier niet kan worden afgeleid dat hij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of zijn fysieke integriteit of aan een ziekte die 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 gewoonlijk verblijft. In het advies van de ambtenaar-geneesheer waarnaar in deze beslissing expliciet wordt verwezen en dat samen met deze beslissing aan verzoeker werd ter kennis gebracht en waarvan de inhoud derhalve dient te worden geacht deel uit te maken van de motivering van de bestreden beslissing, wordt verder het volgende gesteld:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 17.11.2014.

In antwoord op uw vraag naar advies kan ik u meedelen:

- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 22/10/2014 van de hand van dr. [H.].*
- *20/10/2014: protocol bloedanalyse*
- *Verwijzend naar de 2 medisch attesten d.d. 20/01/2014 van de hand van dr. [D.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 3/11/2014 van de hand van dr. [H.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 1/12/2014 van de hand van dr. (?)*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 11/12/2014 van de hand van dr. [W.].*
- *16/4/2015, 13/8/2015, 21/5/2015, 13/8/2015,: formulieren afspraakbevestiging.*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 21/5/2015 van de hand van dr. [L.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 16/4/2015 van de hand van dr. [D.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 15/1/2015 van de hand van dr. [D.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 12/1/2015 en 2/7/2015 van de hand van dr. [N.D.L.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 13/8/2015 van de hand van dr. [D.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 6/10/2015 van de hand van dr. [M.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 26/10/2015 van de hand van dr. [N.D.L.].*
- *17/11/2015: bloedanalyse-resultaten.*
- *21/5/2015: bloedanalyse-resultaten.*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 18/11/2015 van de hand van dr. [G.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 25/8/2015 van de hand van dr. [D.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 24/11/2015 van de hand van dr. [T.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 20/11/2015 van de hand van dr. [N.D.L.].*
- *Verwijzend naar het medisch attest d.d. 31/3/2016 van de hand van dr. [D.].*
- *29/2/2016: protocol bloedanalyse.*

- Verwijzend naar het medisch attest d.d. 25/4/2016 van de hand van dr. [N.D.L.].
- 1/4/2016: bloedanalyse-resultaten
- 29/2/2016: bloedanalyse-resultaten
- 20/4/2016: bloedanalyse-resultaten
- Verwijzend naar het medisch attest d.d. 7/4/2016 van de hand van dr. [D.].
- Verwijzend naar het medisch attest d.d. 13/7/2016 van de hand van dr. [N.D.L.].
- Verwijzend naar het medisch attest d.d. 14/9/2016 van de hand van dr. [N.D.L.].

Analyse van de voorliggende documenten leert ons dat betrokkene lijdt aan hepatitis c met cirrose. Er zijn geen tekens van decompensatie, er loopt actueel geen behandeling hiervoor. Betrokkene wordt omwille van zijn cirrose best wel 6-maandelijks opgevolgd door een gastro-enteroloog. Er wordt in de medische attesten gespeculeerd over de behandeling met een nieuw medicijn tegen hepatitis C. Er wordt hiervoor blijkbaar gewacht op een mogelijke terugbetaling door het RIZIV. De kans dat men in casu terugbetaling gaat bekomen is echter zeer gering omdat het een erg dure behandeling betreft (meer dan 60.000 €) die wordt voorbehouden voor zeer specifieke gevallen die voldoen aan zeer specifieke criteria. Deze criteria bepalen dat betrokkene momenteel hiervoor niet in aanmerking komt. Voor de diabetes, hypertensie, lage rugpijn en gastritis krijgt betrokkene de volgende medicamenteuze behandeling: Nobiretic (nebivolol en hydrochloorthiazide), metformin en omeprazole. Aanwezigheid van internistische specialisten en een orthopedist wordt best voorzien. Opvolging kan gebeuren door een huisarts.

De vraag stelt zich dan of deze medische zorgen aanwezig zijn in Pakistan.

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):

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

Aanvraag Medcoi met het uniek referentienummer BMA-8532

Aanvraag Medcoi met het uniek referentienummer BMA-6400

Aanvraag Medcoi met het uniek referentienummer BMA-7181

Aanvraag Medcoi met het uniek referentienummer BMA-6664

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat al de nodige medische specialismen (endocrinoloog, cardioloog, gastro-enteroloog en orthopedist) beschikbaar zijn in Pakistan. Opvolging door een huisarts is mogelijk.

Wat betreft de medicatie:

- Nebivolol: is beschikbaar.
- Hydrochloorthiazide: kan vervangen worden door de analogen bumetanide of spironolactone die beschikbaar zijn.
- Metformin: is beschikbaar
- Omeprazole: is beschikbaar

Betrokkene kan reizen en heeft geen nood aan mantelzorg.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden 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. 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.

Pakistanen kunnen een microgezondheidszorgverzekering afsluiten die hen moet beschermen tegen grote kosten in geval van ziekte. Deze verzekeringen worden aangeboden door diverse organisaties, waaronder het RSPNAdamjee-stelsel, een partnerschap tussen een non-profit- en een privé-organisatie. In ruil voor een jaarlijkse bijdrage zijn de leden o.a. beschermd tegen de kosten voor hospitalisatie. Daarnaast kent Pakistan een aantal specifieke sociale vangnetten waar betrokkene een beroep op kan doen: het 'Zakat Fünd' en het 'Bait-ul-Mal'. Beide systemen zijn erop gericht de allerarmsten en behoeftigen (wezen, weduwen, gepensioneerden,...) te ondersteunen op verschillende manieren: financiële en sociale steun, huisvesting, organisatie van gezondheidszorg, gratis medische behandeling voor zieken,...

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Pakistan - het land waar hij tenslotte ongeveer 40 jaar - geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp. Bovendien blijkt uit de asielaanvraag van betrokkenen dat zijn ouders, echtgenote en zussen nog in het land van herkomst verblijven.

Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient nogmaals verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E.V.R.M. (Arrest RW nr. 81574 van 23 mei 2012)

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

Hieruit blijkt dat de medische zorgen toegankelijk zijn in Pakistan.

Conclusie:

Uit het voorgelegd medisch dossier mag niet blijken dat betrokkene een pathologie vertoont die een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of een reëel risico vormt op een onmenselijke of vernederende behandeling, aangezien de noodzakelijke medische zorgen beschikbaar én toegankelijk zijn in het herkomstland.

Vanuit medisch standpunt is er dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar Pakistan."

Deze motivering is pertinent en draagkrachtig. Ze laat verzoeker toe zijn rechtsmiddelen met kennis van zaken aan te wenden.

Een schending van de formele motiveringsplicht, zoals deze voortvloeit uit artikel 62 van de Vreemdelingenwet en uit de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, wordt niet aangetoond.

3.2.2. In de mate dat verzoeker voorhoudt dat de motieven die aan de basis liggen van de bestreden beslissing niet deugdelijk zijn voert hij de schending aan van het materiële motiveringsbeginsel, die in voorliggende zaak dient te worden onderzocht in het raam van de toepassing van de bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1 van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

"§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er

geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.

De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

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.”

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet derhalve in twee situaties waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfsmachtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoont dat een terugkeer op zich naar zijn land van herkomst niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (cf. *Parl.St. Kamer*, 2005-06, nr. 2478/001, 34) en er dus “*een onmogelijkheid om te reizen*” bestaat (cf. *Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Het betreft hier dus vreemdelingen “*die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst*” en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de Vreemdelingenwet (*Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/008, 9). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat hierbij in regel zal dienen te worden onderzocht of het mogelijk is om een ziekte te laten behandelen in het land van herkomst en of de effectieve toegang tot een behandeling van deze ziekte in het land van herkomst van een vreemdeling voldoende is gegarandeerd (*Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/001, 35 en *Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Een dergelijk onderzoek is evenwel niet vereist indien uit de aard van de aandoening zelf – een aandoening die niet ernstig is of die geen behandeling vereist – kan worden afgeleid dat er geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

In casu staat het niet ter discussie dat de aandoeningen waaraan verzoeker lijdt hem niet verhinderen om te reizen. Verzoeker stelt evenwel dat de medische zorgen die hij nodig heeft in Pakistan niet voldoende beschikbaar en toegankelijk zijn en hij hierdoor in een onmenselijke of vernederende situatie dreigt terecht te komen eens hij weer in zijn land van herkomst is.

Verzoeker stelt allereerst dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer heeft benadrukt dat het systeem om bepaalde medische zorgen te verkrijgen niet van hetzelfde kwalitatieve niveau dient te zijn als datgene dat bestaat in België. Hij toont hiermee echter niet aan dat deze arts enige beoordelingsfout heeft gemaakt. Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet immers niet dat dient te worden onderzocht of de medische zorgen in een bepaald land even eenvoudig kunnen worden verkregen als in België of van een zelfde niveau zijn. Voormelde wetsbepaling verplicht de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer wel om te onderzoeken of er een adequate behandeling bestaat voor aangevoerde aandoeningen om te vermijden dat een vreemdeling die aan deze aandoeningen lijdt, bij gebrek aan zorgen, in een onmenselijke of vernederende situatie terecht komt en aan deze verplichting werd tegemoetgekomen.

Waar verzoeker daarnaast betoogt dat verweerder tevens sterk de nadruk legt op de mogelijkheid om gratis medische zorgen te krijgen via de openbare sector kan de Raad slechts aangeven dat deze bewering feitelijke grondslag mist.

Verzoeker zet ook uiteen dat hij niet in de mogelijkheid is om kennis te nemen van de documentatie van MedCOI waarnaar de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer verwijst om te duiden dat de nodige medische zorgen voor verzoeker in Pakistan beschikbaar zijn aangezien dit bronnenmateriaal niet openbaar is. De Raad kan enkel vaststellen dat verweerder het niet openbare bronnenmateriaal dat de door hem aangestelde controlearts heeft gebruikt bij het administratief dossier heeft gevoegd, zodat verzoeker hier wel degelijk kennis kon van nemen. De door verweerder aangestelde controlearts heeft, wat betreft de inlichtingen die hij terugvond op websites, verder het webadres weergegeven, zodat ook deze inlichtingen eenvoudig kunnen worden teruggevonden en geverifieerd.

In tweede instantie houdt verzoeker voor dat de inlichtingen die werden verkregen uit de MedCOI-databank niet betrouwbaar zijn aangezien deze worden verzameld op vraag van een Nederlandse overheidsdienst. Het enkele gegeven dat informatie is verzameld ingevolge een verzoek van een Nederlandse overheidsdienst laat de Raad evenwel niet toe te concluderen dat de informatiegaring niet op een deugdelijke wijze gebeurde of dat de verzamelde inlichtingen niet correct zijn. Het gegeven dat de artsen die de informatie verstrekten anoniem zijn laat evenmin toe te besluiten dat deze inlichtingen incorrect zijn. Verzoeker, die zich beperkt tot vage verdachtmakingen en het in twijfel trekken van de onafhankelijkheid, van de capaciteiten en van de betrouwbaarheid van de artsen die in Pakistan bepaalde inlichtingen verzamelden, brengt geen concrete gegevens aan die ertoe zouden kunnen leiden te besluiten dat de verstrekte inlichtingen foutief zijn. Hij licht tevens niet toe waarom gegevens inzake de behandeling van schizofrenie zouden vereist zijn, nu hij nooit aantoonde aan deze ziekte te lijden.

Verzoeker geeft ook te kennen van oordeel te zijn dat de informatie die de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer verkreeg via SOS International niet nuttig kan worden aangewend. Het gegeven dat deze informatie voornamelijk wordt verzameld ten behoeve van buitenlandse medewerkers van ondernemingen en organisaties die in een bepaald land actief zijn en die over voldoende financiële middelen beschikken om medische zorg te betalen impliceert echter geenszins dat deze informatie niet dienstig is in het kader van een onderzoek naar de effectieve aanwezigheid van medicatie, medische infrastructuur en zorgverleners in dat land.

Inzake de gegevens die werden verkregen via Allianz Global Assistance zet verzoeker uiteen dat deze commerciële onderneming vooral poogt om verzekeringspolissen te verkopen aan reizigers en zich niet richt naar de autochtone bevolking in een land. Met deze toelichting toont verzoeker wederom niet aan dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer incorrecte inlichtingen gebruikte. Hij doet dit evenmin door nog te verduidelijken dat hij van mening is dat de inlichtingen die via voormelde onderneming werden verkregen niet toelaten om veel te achterhalen omtrent de situatie in Pakistan en het vervullen van zijn specifieke noden.

Verzoeker betoogt voorts dat de inlichtingen waarop de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer zich baseert niet overeenstemmen met de inlichtingen die worden verstrekt door niet-gouvernementele organisaties en andere verenigingen die ten dienste staan van migranten. De Raad merkt in dit verband op dat in de verslagen waarnaar verzoeker verwijst kan worden gelezen dat de Pakistaanse overheid nog voor grote uitdagingen staat om allerlei problemen, waaronder kinder- en moedersterfte, ondervoeding en het veel voorkomen van bepaalde besmettelijke ziekten, het hoofd ter bieden. Uit de door verzoeker overgemaakte stukken blijkt echter niet dat de medicatie die hij nodig heeft ter behandeling van zijn medische problemen niet beschikbaar zou zijn in Pakistan en uit deze stukken kan evenmin worden afgeleid dat er in dat land geen artsen en artsen-specialisten zijn die de aandoeningen waaraan hij lijdt kunnen opvolgen en behandelen. Verder moet worden aangegeven dat verzoeker zelf citeert uit een verslag waarin wordt gesteld dat de door de overheid voorziene medische infrastructuur tamelijk goed is.

Wat betreft de toegankelijkheid van de medische infrastructuur benadrukt verzoeker dat de private sector instaat voor meer dan zeventig procent van de medische zorgverlening en het beleid van de Pakistaanse overheid er ook op is gericht om de medische zorgsector verder te privatiseren. Hij betoogt in wezen dat medische zorgen voor een groot deel van de bevolking in Pakistan bijgevolg niet toegankelijk zijn aangezien voor deze dienstverlening moet worden betaald en houdt voor dat hij zelf, omwille van zijn medische situatie, de hoge werkloosheidsgraad in Pakistan en het feit dat hij geen beroepskwalificaties heeft, geen toegang zal hebben tot de arbeidsmarkt en bijgevolg ook geen

financiële middelen zal hebben om de vereiste medische zorg te betalen. Hij weerlegt hiermee evenwel de vaststelling niet dat hij ongeveer veertig jaar in Pakistan heeft verbleven en er dus kan worden aangenomen dat hij in dat land kan terugvallen op familie, vrienden en kennissen “voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) hulp.” De door verweerder aangestelde controlearts heeft er tevens terecht op gewezen dat verzoeker voorheen reeds aangaf dat zijn moeder, echtgenote en drie zussen nog in Pakistan verblijven. Verzoeker gaat ook voorbij aan het feit dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer heeft geduid dat er voor behoeftigen in Pakistan een mogelijkheid bestaat om een beroep te doen op een aantal specifieke sociale vangnetten zoals het Zakat-Fund en het Bait-ul-Mal en dat een microgezondheidszorg-verzekering kan worden afgesloten. Uit het aan de Raad voorgelegde administratief dossier blijkt ook dat verzoeker, die beweert geen beroepskwalificaties te hebben, in het verleden aangaf als zelfstandig lasser te hebben gewerkt en er liggen geen stukken voor waaruit zou kunnen worden afgeleid dat hij volledig arbeidsongeschikt is en dus zelf ook niet door middel van een inkomen uit arbeid zou kunnen voorzien in de betaling van een deel van de medische kosten. Gelet op de totaliteit van de mogelijkheden waarover verzoeker beschikt, meer specifiek de aanwezigheid van een sociaal netwerk, de mogelijkheid om terug te vallen op andere sociale vangnetten en het gegeven dat niet is uitgesloten dat hij zelf nog in een inkomen voorziet en rekening houdend met het feit dat is voorzien in een medicamenteuze behandeling en in casu niet blijkt dat daarnaast dure ziekenhuisopnames of specialistische behandelingen vereist zijn, kan niet worden besloten dat de door verweerder aangestelde controlearts op kennelijk onredelijke wijze tot zijn besluit kwam dat de vereiste medische zorgen voor verzoeker voldoende toegankelijk zijn in Pakistan.

Verzoekers uiteenzetting dat hij in België niet kan worden behandeld met een nieuw medicijn omdat het te duur is doet aan het voorgaande geen afbreuk. Verzoeker toont niet aan dat de verderzetting van de behandeling met de medicijnen die hij in België voorgeschreven kreeg in Pakistan niet mogelijk is.

De uiteenzetting van verzoeker laat niet toe te concluderen dat de bestreden beslissing is genomen op grond van onjuiste gegevens, op kennelijk onredelijke wijze of met overschrijding van de appreciatiebevoegdheid waarover verweerder of de door hem aangestelde ambtenaar-geneesheer beschikt. Een schending van de materiële motiveringsplicht of van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet blijkt derhalve niet.

3.2.3. Aangezien verweerder de bestreden beslissing nam op basis van een analyse die werd doorgevoerd door een door hem aangestelde ambtenaar-geneesheer en niet aannemelijk wordt gemaakt dat deze arts niet op basis van een deugdelijke feitenvinding tot zijn advies dat aan de basis ligt van deze beslissing is gekomen kan ook geen schending van het zorgvuldigheidsbeginsel worden vastgesteld.

3.2.4. Gezien de voorgaande vaststellingen en nu niet blijkt dat er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand van verzoeker met intens lijden tot gevolg of een aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekten waaraan hij lijdt in het ontvangstland kan evenmin worden geconcludeerd dat artikel 3 van het EVRM werd geschonden (cf. EHRM 13 december 2016, nr. 41.738/10, Paposhvili v. België).

Het enig middel is ongegrond.

4. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op twaalf mei tweeduizend zeventien door:

dhr. G. DE BOECK,

wnd. voorzitter,
rechter in vreemdelingenzaken

dhr. T. LEYSEN,

griffier

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

G. DE BOECK