



Arrest

nr. 187 748 van 30 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, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, thans de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging.

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die verklaren van Libanese nationaliteit te zijn en die handelen in eigen naam en als wettelijke vertegenwoordigers van hun minderjarige kinderen X en X, op 19 augustus 2013 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, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 2 juli 2013 waarbij een aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen 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 27 februari 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 21 maart 2017.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken I. CORNELIS.

Gehoord de opmerkingen van advocaat A. HAEGEMAN, die loco advocaat M. WARLOP verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. BRACKE, 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. Verzoekers dienen op 18 mei 2010 een aanvraag in om te worden gemachtigd tot een verblijf van meer dan drie maanden in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

1.2. De verblijfsaanvraag van 18 mei 2010 wordt op 28 juli 2010 ontvankelijk verklaard, doch vervolgens op 2 juli 2013 door de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding ongegrond verklaard. Deze laatste beslissing, die verzoekers op 19 juli 2013 ter kennis wordt gebracht, is gemotiveerd als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 18.05.2010 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

[H., N.] [R.R. : ...]

geboren te [...] op [...]

[S., M. A.] [R.R. : ...]

geboren te [...] op [...]

+ kinderen:

[S., A. M.] [R.R. : ...]

geboren te [...] op [...]

[S., J.] [R.R. : ...]

Nationaliteit: Libanon

adres: [...]

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 28.07.2010, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

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

Er worden medische elementen aangehaald voor [S., M. A.]. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 28.06.2013 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde elementen niet weerhouden konden worden.

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).”

Dit is de bestreden beslissing.

Het advies van een arts-adviseur van 28 juni 2013 waarnaar wordt verwezen en dat verzoekers samen met deze beslissing ter kennis wordt gebracht, en dat bijgevolg kan worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van de beslissing, luidt als volgt:

“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 18.05.2010.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

Voorgelegde medische attesten:

- Medisch certificaat de dato 13/03/2009 van dr. [A. C.]. Probleem reeds aanwezig sinds 2004, voor aankomst in België.*

- Psychiatrisch rapport de dato 13/03/2009 van dr. [A. C.]. Anxiodepressief syndroom gelinkt aan de prepsychotische en zwakke persoonlijkheid.*

- Medisch certificaat de dato 10/12/2010 van dr. [Th. V. P.]. Chronisch probleem, reeds aanwezig, van voor aankomst in België.*

- Omstandig medisch certificaat de dato 10/12/2010 van dr. [Th. V. P.]. Posttraumatisch depressief beeld.*

- Medisch certificaat de dato 17/12/2010 van dr. [H. A.]. Depressie en posttraumatische stress.*

- Omstandig medisch verslag de dato 23/02/2011 van dr. [Th. V. P.]. Posttraumatische depressie.*

- Medisch certificaat de dato 24/02/2011 van dr. [H. A.]. Posttraumatische depressie.*

- Medisch certificaat de dato 31/05/2011 van dr. [Th. V. P.]. Posttraumatische depressie.
 - Omstandig medisch verslag de dato 19/07/2011 van dr. [Th. V. P.]. Posttraumatische stress.
 - Medisch certificaat de dato 04/05/2012 van dr. [Th. V. P.]. Posttraumatische stress.
 - Medisch certificaat de dato 26/11/2012 van dr. [Th. V. P.]. Posttraumatische depressie.
- Omstandig medisch verslag de dato 13/03/2009 van dr. [A. C.] is niet geldig aangezien er geen naam van de patiënt werd ingevuld.

Bespreking van het medisch dossier:

Uit dit medisch dossier samengesteld uit de hoger vermelde medische attesten blijkt dat deze 40-jarige man van Libanese origine last heeft van posttraumatische stress/depressie.

Het probleem is ontstaan in 2004 en er werd pas een symptomatische behandeling gestart in 2009. Ondanks het feit dat de betrokkene dus gedurende 5 jaar geen behandeling kreeg voor dit probleem hebben er zich geen ernstig invaliderende of levensbedreigende episodes voorgedaan. Dat het hier om een banaal probleem gaat blijkt overigens ook uit de aard van de behandeling, het feit dat de betrokkene bekwaam is om te werken en het feit dat er gedurende al die jaren niet éénmaal nood was aan een hospitalisatie voor het aangehaalde probleem.

Op basis van de vermelde medische gegevens kan er geen contra-indicatie om te reizen weerhouden worden.

Verder is er geen mantelzorg nodig omwille van de vermelde aandoeningen.

Conclusies:

Dit medisch dossier laat niet toe het bestaan vast te stellen van een graad van ernst zoals vereist door artikel 3 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens, zoals geïnterpreteerd door het Europees Hof van de Rechten van de Mens dat een aandoening eist die levensbedreigend is gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte. (EHRM 27 mei 2008, Grote Kamer, nr. 26565/05 N v United Kingdom; EHRM 2 mei 1997, nr. 30240/96, D.v. United Kingdom.)

Tevens blijkt uit de beschikbare medische gegevens dat er geen sprake is van een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft.

Op basis van de vermelde medische gegevens kan er geen contra-indicatie om te reizen weerhouden worden verder is er geen mantelzorg nodig omwille van de vermelde aandoeningen.

Ik stel bijgevolg vast dat er geen sprake is van een ziekte zoals voorzien in §1, eerste lid van Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van genoemd Artikel.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar hij verblijft."

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Verzoekers voeren in een enig middel de schending aan 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 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 de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, van "het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur" en van het "algemene beginsel volgens dewelke het bestuur bij haar beoordeling rekening dient te houden met alle pertinente elementen van de zaak". Tevens betogen zij dat er sprake is van een manifeste beoordelingsfout.

Zij verstrekken volgende toelichting bij het middel:

"En ce que la partie adverse, après l'avoir déclarée recevable, décide de rejeter la demande d'autorisation de séjour introduite sur base de l'article 9 ter au motif que le certificat médical fourni ne permet pas d'établir que l'intéressé souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il existe un traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans un pays où il séjourne ;

Que, pour ce faire, l'agent traitant de l'Office des Etrangers et le médecin conseil de l'Office des Etrangers, le Docteur [P.], donnent leur appréciation selon laquelle « derhalve is er vanuit medisch standpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar hij verblijft » ; Alors que tous les rapports médicaux versés au dossier font état de la nécessité d'un suivi thérapeutique;

Qu'ainsi le Docteur [V.P.] précise, le 26 novembre 2012, que Monsieur [S.] suit une psychothérapie à Charleroi à raison d'une séance par mois ; il souligne qu'en cas d'arrêt du traitement et de la thérapie, le requérant risque de passer à l'acte ;

Que toutes les analyses sur le syndrome post-traumatique le confirment ;

Que le psychiatre souligne l'impossibilité pour Monsieur de se rendre au Liban puisque se trouve là l'origine de son traumatisme ;

Que le Docteur [V. P.] précise, le 5 août 2013, que Monsieur [.] souffre d'un stress post-traumatique sévère avec idéations suicidaires et perturbation du fonctionnement social ; qu'il met l'accent sur la nécessité d'un suivi psychothérapeutique et ce, pendant une durée indéterminée ; qu'il réaffirme l'impossibilité pour Monsieur [S.] de retourner dans son pays d'origine puisque se trouve là l'origine de son traumatisme ;

Que le Docteur [C.] expliquait déjà en 2009 que « l'examen psychiatrique montre une personnalité perturbée, en état de stress post-traumatique, livré des ses souvenirs pathologiques. Son discours est devenu répétitif, le patient venu d'un milieu pauvre mais fier de son origine, assume mal la déchéance sociale dans laquelle il se trouve plongé avec sa femme et son enfant. La répétition des scènes de bombardement, la mort qui l'entourait, la dispersion de sa famille et son éloignement de son contexte social, l'idée qu'il ne reste plus personne dans son village natal pour le contenir affectivement, détermine un syndrome anxio-dépressif sévère greffé sur une personnalité prépsychotique et fragile. Le patient et sa famille espèrent trouver une solution dans son pays d'accueil, aucun projet social ne le lie à son village dévasté. Le patient a besoin d'un suivi psychiatrique et un soutien socio-psychologique. » ;

Qu'il est donc exclu, contrairement à ce que soutient le médecin de l'OE, que Monsieur [S.] puisse retourner dans son pays natal, lieu de son traumatisme ;

Que le traitement et ses objectifs sont loin d'être aussi simples que ne le laisse supposer le médecin-conseil de l'OE, le Docteur [P.] : « Un autre but est d'aider les patients à anticiper, à comprendre et à gérer les déclencheurs dans la vie quotidienne, de telle manière que l'intensité de ces déclencheurs et leurs capacités déstabilisatrices s'atténuent avec le temps.

Aider les patients à reconnaître et à accepter la réalité des événements douloureux de leur vie est une part essentielle du traitement. Si cette réalité n'est pas acceptée, alors les patients continuent d'investir une quantité énorme d'énergie et d'efforts à éviter ce qu'ils considèrent effrayant et envahissant. Pour éviter ces frayeurs, ils convoquent souvent des dispositifs de défense, comme l'éclatement, la dissociation et la suppression de ce qui peut favoriser leur développement, comme l'ouverture et l'aventure de l'exploration et de la découverte (James, 1994). Un autre but est d'aider les patients à distinguer les différentes souffrances en cours, distinguer les tensions présentes de la vie quotidienne des drames précédents pour diminuer les effets d'un drame récent sur le vécu immédiat. Aider les patients à sortir des réactions posttraumatiques les plus immédiates peut augmenter directement leur capacité à effectuer des changements dans leur vie. Selon Monahan (1993), l'un des buts immédiats du traitement est d'aider les patients à identifier les réminiscences douloureuses. A plus long terme, il faut réparer leur capacité à symboliser et les rendre aptes à utiliser des représentations symboliques libres des colorations traumatiques.

Un traitement à long terme permet de continuer l'exploration des différentes significations et valeurs des représentations mentales du patient manifestement et fortement concrètes et donne la meilleure occasion d'étendre chez le patient l'usage symbolique et la limite de toutes ses activités (Pynoos et Nader, 1993). De façon plus détaillée, pour Monahan (1993), les buts du traitement du patient traumatisé sont de favoriser :

- l'expression libre, fluide et sécuritaire des sentiments ;
- le soulagement des symptômes et des comportements post-traumatiques les plus dérangeants ;
- la restauration du sentiment de maîtrise de sa vie ;
- la correction des malentendus et de la culpabilité ;
- la restauration de la confiance en soi et dans le futur ;
- le détachement et la mise en perspective du drame ;
- l'atténuation des cicatrices du drame ;
- l'attitude du psychothérapeute dans le traitement du TSPT.

Selon James (1994), pour être effectif et pour éviter d'amplifier les dommages, le thérapeute doit :

- avoir un fondement théorique clair ;
- avoir à sa disposition un large éventail de techniques effectives, efficaces et fiables ;
- être attentif à engager le temps et les efforts nécessaires ;
- être capable de travailler intensément avec la réalité des vécus traumatiques des patients ;
- être prêt à consulter des collègues crédibles et fiables et à apprendre d'eux.

Il est impératif pour le thérapeute, dans son intervention, de laisser l'initiative au sujet, d'aider le patient à combattre l'impuissance vécue au moment du drame, impuissance qu'il a généralisée à beaucoup d'aspects de sa vie. Laisser l'initiative au patient demande, toutefois, une souplesse et un équilibre

fragiles par l'évitement qu'il présente de tout ce qui lui rappelle le drame. Le thérapeute a besoin de guider son patient à la fois fermement et avec douceur à reconnaître son moi traumatisé et à réviser son drame (Gaston, 1995). Le clinicien a besoin d'aider les patients à reconnaître qu'ils ont le pouvoir et le choix et que leur impuissance, en tant que victimes, ne s'étend pas à tous les aspects de leur vie. Le traitement, dans sa totalité, peut être un vécu énergisant pour le patient lorsque le thérapeute en fait un partenaire et un complice en offrant des choix et en l'invitant à participer au traitement dans la planification et dans sa mise en oeuvre.

Le thérapeute peut être amené à une surprotection en se focalisant sur le « paternage » ou « maternage » du patient. L'urgence de secourir peut être si grande qu'elle peut masquer la nécessité d'imposer des limites et de guider. Beaucoup d'adultes, y compris les thérapeutes, tendent à protéger le patient de la souffrance plutôt que de l'aider à l'affronter. Le praticien doit comprendre et accepter que cet affrontement est nécessaire à son intégration et à sa maîtrise (James, 1994). Il doit toujours procéder avec soin et précaution en posant les fondations sur lesquelles peut se bâtir le sens de sécurité. Une des manières de créer ce sens de sécurité est d'avoir une structure stable de telle façon que le patient puisse se fier constamment à certains aspects. Cette structure stable signifie la routine du lieu et de la durée des séances, des règles et de la procédure pendant la séance, la constance de l'emplacement des jouets et du terrain de jeu et la régularité des séances pour rendre entièrement prévisible tout le déroulement du traitement (6H, 1991).

Les patients sont souvent désespérés et ont peur de faire confiance aux autres et à leur entourage. Ils doivent établir un lien de confiance et une alliance avec leur thérapeute qui leur permette de revenir aux événements douloureux qui les submergent et de comprendre ce qui leur est arrivé. Pour établir ce lien sécuritaire et rassurant avec un enfant, il est essentiel qu'un thérapeute puisse démontrer son engagement, son acceptation inconditionnelle et sa bienveillance ainsi que sa bonne compréhension du drame.

En conséquence, le patient peut oser explorer l'événement traumatique avec son cortège d'évocations anxiogènes et pouvoir revenir régulièrement à la relation sécuritaire et confiante avec le thérapeute (Bowlby, 1988). Les patients ne peuvent pas amorcer des discussions sur ce qui les envahit ou sur ce qu'ils tentent de se cacher à eux-mêmes. L'intervenant peut commettre l'erreur de renforcer chez l'enfant la croyance que le sujet est trop envahissant pour le mettre au grand jour en évitant la bonne discussion. Comme nous l'avons déjà souligné, le thérapeute s'expose au récit du drame et s'il y réagit brutalement ou subtilement avec ses propres sentiments d'horreur, alors l'enfant et ceux qui prennent soin de lui reçoivent le message que mêmes des professionnels ne peuvent pas faire face à l'énormité du drame dont souffre l'enfant, ce que de telles réactions vont à l'encontre du besoin qu'a l'enfant d'un environnement solide et sécuritaire dans lequel il peut reconnaître la réalité de sa vie, affirmer sa survivance et avancer.

Une réaction collatérale qui peut bloquer un traitement effectif est la colère que le thérapeute peut avoir contre des personnes ou des figures de « bourreau » à l'origine du drame vécu par le patient. Leur colère est inutile. Les patients ont besoin de soins sincères des professionnels engagés dont l'expertise facilitera leurs progrès pour sortir de la souffrance et ainsi reconnaître les gains et pertes dans la continuation de leur vie.

Pour le salut du patient, la blessure devra être ouverte, réexaminée et vérifiée de nouveau pendant le processus de guérison afin de minimiser les cicatrices. Le commencement et la fin de la phase d'exploration de l'événement traumatique doit être l'objet d'un accord préalable entre le patient et le thérapeute et doit toujours avoir lieu dans un endroit et à un moment où le patient se sent en sécurité. Cette revue des événements peut être ralentie, accélérée ou arrêtée; elle peut aller et revenir, à la manière du défilement du ruban magnétique d'une vidéocassette. Le thérapeute guide l'exploration du patient en faisant un « arrêt sur image » à un moment crucial et en demandant au patient d'explorer ses pensées, ses images, ses émotions ou perceptions à cet instant (Gaston, 1995). Le thérapeute doit souvent ouvrir les portes des endroits terrifiants pour aider le patient à travailler sur son traumatisme psychologique.

Avant de revoir le drame, le thérapeute a besoin d'établir une forte alliance avec le patient et l'accompagner délibérément à travers son vécu douloureux (Figley, 1985). Beaucoup de cliniciens qui ont traité des traumatisés s'accordent sur le fait que le drame doit être amené à la conscience dans sa pleine lumière et mis en perspective pour que cessent les intrusions (Figley, 1985). La reconnaissance et la souvenance d'un drame ancien sont-elles indispensables pour traiter une personne traumatisée?

Beaucoup prétendent qu'un accès aux souvenirs et qu'un travail sur ces souvenirs soient essentiels à un traitement effectif des réponses post-traumatiques. Des preuves empiriques soutiennent cette idée. Des méthodes de rappel et de traitement des souvenirs sont souvent plus efficaces dans l'atténuation des symptômes chez les patients atteints de TSPT que les autres méthodes qui n'impliquent pas ces

rappels et traitements (Foa et al, 1986; Gerrity et Solomon, 1996; Solomon, Gerrity et Muff, 1992; cités par Carlson, 1997).

Différents intervenants utilisent différentes approches de traitement dans le but de trouver la combinaison optimale des ingrédients que sont l'expertise du thérapeute, les problèmes spécifiques à résoudre et les préférences du patient. Il est important d'avoir en mémoire qu'un bon artiste réussit bien avec différents outils. En bref, on ne peut trouver rapidement et facilement la meilleure technique pour traiter le traumatisme psychologique d'un patient (Monahan, 1993).

Les sujets peuvent être vus seuls dans une grande variété de traitements individuels ou avec leur famille en thérapie familiale ou avec un groupe de pairs qui ont des vécus semblables ou des perturbations similaires. Certains autres cliniciens recommandent un traitement individuel pour des patients qui ont vécu un traumatisme psychologique.

Avant la découverte de l'EMDR (voir ci-dessous) en 1987 recommandée officiellement pour le traitement de l'ESPT depuis juillet 2012 par l'OMS et en France depuis juin 2007 par la Haute Autorité de la Santé, les approches les plus utilisées en traitement individuel des patients étaient la ludothérapie ou (play therapy) et les approches hybrides comportant des éléments cognitifs, comportementaux, existentiels et psychodynamiques (OU, 1991). Alors que certains cliniciens travaillent exclusivement avec une approche, beaucoup d'autres préfèrent avoir recours à une gamme d'approches au cours du traitement, voire, à l'intérieur d'une session (Monahan, 1993).

Les stratégies d'intervention auprès des patients doivent être éclectiques, selon Pynoos et Nader (1993), et tenir compte des différents registres des réactions, pour minimiser les difficultés ou pour traiter les multiples désordres psychiatriques qui résultent du drame. La ludothérapie est une de ces combinaisons ou socle » Wikipedia

Que, pour rappel, l'article 9 ter s'applique à l'étranger qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne ;

Que le champ d'application de l'article 9 ter est dès lors beaucoup plus large que celui de l'article 3 de la CEDH lequel stipule « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » ;

Que l'on n'aperçoit pas très bien la raison pour laquelle le médecin de l'Office des Etrangers s'écarte des rapports rédigés ;

Que l'on peut légitimement en déduire que la maladie dont est atteint Monsieur [S.] présente un seuil de gravité requis par l'article 3 de la CEDH et que, contrairement à ce que prétend le médecin-conseil de l'Office des Etrangers, il y a bien une menace directe pour la vie du requérant ;

Que l'exigence de la loi est donc remplie ; (CCE, arrêt n° 75.166 du 15 février 2012)

Que la partie adverse a dès lors commis une erreur manifeste d'appréciation ;

Que la partie adverse, sans examen plus approfondi de la situation de Monsieur [S.], arrive à la conclusion reprenant ainsi la conclusion du médecin-conseil que son état de santé ne l'empêche pas de voyager, qu'il n'y a pas de contre indication d'un point de vue médical à un retour dans son pays d'origine ;

Que l'on aurait pu s'attendre de la part de l'Office qu'il convoque et examine Monsieur [S.] après avoir déclaré sa demande recevable et ce, depuis le 28 juillet 2010, que cela signifie dès lors que l'Office a considéré que sa pathologie représentait un risque de gravité non négligeable ;

Qu'il est dès lors surprenant que, près de 3 ans après, il décrète que tel n'est plus le cas et ce, sans le moindre document et sans la moindre investigation ; (CCE, Arrêt du 27 janvier 2012)

Que la partie adverse n'a pas recueilli toutes les informations nécessaires avant de prendre pareille décision ; qu'elle ne s'est donc nullement prononcée en connaissance de cause ;

Que la partie adverse commet une erreur manifeste d'appréciation et qu'elle statue en violation des principes de bonne administration puisqu'elle ne prend pas en considération tous les éléments liés à Monsieur [S.] et ce, d'autant que la situation est toujours critique : il est toujours sous traitement médicamenteux, il suit toujours une psychothérapie et il existe toujours une impossibilité de retour vers le pays d'origine ; (voir rapport du psychiatre du 5 août 2013 – pièce 3)

Que la partie adverse n'a pas correctement évalué la situation de Monsieur [S.] ; qu'elle devait s'estimer insuffisamment informée et inviter le requérant à se soumettre à un examen psychiatrique approfondi au lieu de se référer à une simple analyse sur pièces du dossier pour en conclure que Monsieur [S.] est un jeune homme de 40 ans et qu'il s'agit d'un banal problème ;

Que, comme précisé plus avant, le PTSD ne peut être assimilé à un banal problème de santé !;

Qu'en plus, la partie adverse déclare qu'un retour dans le pays d'origine ne contreviendrait pas à la Directive 2004/83/CE ni à l'article 3 de la CEDH ;

Que, ce faisant, la partie adverse a violé le principe de bonne administration ;

Que la motivation de la décision querellée n'est nullement adéquate, correcte et précise ;

Que la décision viole les dispositions reprises au moyen ; qu'il y a lieu de l'annuler ;".

2.2.1. Artikel 62 van de Vreemdelingenwet bepaalt dat de administratieve beslissingen met redenen worden omkleed. 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.

De 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 de bestreden beslissing duidelijk de determinerende motieven aangeeft op basis waarvan deze is genomen. Zo wordt, onder verwijzing naar artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, de aanvraag om machtiging tot verblijf gesteund op medische problemen van verzoeker ongegrond verklaard, omdat een arts-adviseur in een advies heeft vastgesteld dat de ingeroepen ziekte niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid van deze wetsbepaling die aanleiding kan geven tot het verkrijgen van een machtiging tot verblijf in het Rijk. Met name wordt verwezen naar een advies van een arts-adviseur van 28 juni 2013. Dit advies waarnaar wordt verwezen, werd samen met de bestreden beslissing aan verzoekers ter kennis gebracht en kan bijgevolg worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van deze beslissing. De arts-adviseur stelt in zijn advies dat gelet op de voorgelegde medische stukken blijkt dat verzoeker lijdt aan posttraumatische stress/depressie. De arts-adviseur stelt vast dat verzoeker reeds sinds 2004 lijdt aan deze aandoening en er pas een symptomatische behandeling werd opgestart in 2009. Zij merkt op dat niettegenstaande het feit dat de aandoening gedurende vijf jaar onbehandeld bleef, er zich geen ernstig invaliderende of levensbedreigende episodes hebben voorgedaan. Zij oordeelt dat het een banale aandoening betreft, hetgeen eveneens blijkt uit de aard van de behandeling, het gegeven dat verzoeker bekwaam is om te werken en het gegeven dat er gedurende al die jaren niet eenmaal nood was aan een hospitalisatie voor het aangehaalde probleem. De arts-adviseur stelt verder vast dat op basis van de vermelde medische gegevens er geen contra-indicatie om te reizen kan worden weerhouden en evenmin een nood aan mantelzorg blijkt omwille van de aangehaalde gezondheidstoestand. Op deze gronden weerhoudt de arts-adviseur noch een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.

Deze motivering die aan de bestreden beslissing ten grondslag ligt, is pertinent en draagkrachtig en stelt verzoekers in staat te begrijpen op welke juridische en feitelijke gegevens deze door hen bestreden beslissing is gegrond, derwijze dat het doel van de formele motiveringsplicht is bereikt (RvS 26 maart 2002, nr. 105.103).

Verzoekers tonen aan de hand van hun uiteenzetting een schending van de formele motiveringsplicht zoals vervat in artikel 62 van de Vreemdelingenwet of in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 niet aan.

2.2.2. In de mate dat verzoekers betogen dat er sprake is van een manifeste beoordelingsfout en stellen dat zij niet akkoord kunnen gaan met de motieven die aan de bestreden beslissing ten grondslag liggen, wordt het middel onderzocht vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht en dit in het licht van de toepassing van de bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen is bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is bij de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet onredelijk tot haar besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624; RvS 28 oktober 2002, nr. 111.954).

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet bepaalt als volgt:

“De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont 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.”

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt artikel 9ter van de Vreemdelingenwet in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

Artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet stelt verder:

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

De Raad benadrukt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens uitsluitend tot de bevoegdheid van de arts-adviseur behoren en het de Raad niet toekomt de beoordeling van de arts-adviseur te betwisten (RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)). De Raad kan hierbij slechts nagaan of de bevindingen van de arts-adviseur niet zijn gebaseerd op een gebrekkige of onjuiste feitenvinding en of geen incorrecte toepassing werd gemaakt van de toepasselijke wets- of reglementaire bepalingen.

In casu heeft de door verweerder aangestelde arts-adviseur duidelijk aangegeven dat zij, na een analyse van de door verzoekers aangebrachte medische attesten, van oordeel is dat de bij verzoeker vastgestelde posttraumatische stress/depressie geen reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit. Zij stelde vast dat er niet eenmaal nood was aan een hospitalisatie en niet blijkt dat er sprake is van een contra-indicatie om te reizen. De Raad herhaalt dat opdat er sprake kan zijn van een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit, het is vereist dat er sprake is van een imminent gevaar voor het leven of de fysieke integriteit en de vreemdeling daardoor niet in staat is om te reizen. Verzoekers tonen niet aan dat de arts-adviseur bij haar vaststellingen op dit punt enig dienstig stuk buiten beschouwing heeft gelaten of gelet op de voorliggende medische gegevens niet kon besluiten dat enig reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit niet blijkt. Zij brengen geen concrete gegevens aan van een imminente levensbedreiging of bedreiging voor de fysieke integriteit of van enige onmogelijkheid om te reizen als dusdanig. Een loutere bewering kan in dit verband niet volstaan. Er blijkt zo ook niet dat gewag wordt gemaakt van noodzakelijke dringende maatregelen om het leven of de fysieke integriteit van verzoeker veilig te stellen. Er kan aldus niet worden vastgesteld dat de arts-adviseur niet kon vaststellen dat niet blijkt dat er, wat verzoeker betreft, sprake is van een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit. De Raad stelt ten overvloede ook vast dat de psychische problemen waaraan verzoeker reeds lijdt sinds 2004 hem er niet van hebben weerhouden om naar België te reizen en er geen concrete aanwijzingen voorliggen dat reizen thans niet langer mogelijk zou zijn.

De Raad stelt vervolgens vast dat de arts-adviseur op basis van een analyse van de voorgelegde medische attesten in tweede instantie besloot dat het ontbreken van een behandeling in het herkomstland voor de in casu ingeroepen medische problematiek niet leidt tot een onmenselijke of vernederende situatie nu deze behandeling strikt genomen niet nodig is. Concreet oordeelde de arts-adviseur in dit verband dat verzoeker reeds sinds 2004 lijdt aan deze aandoening en er pas een symptomatische behandeling werd opgestart in 2009. Zij merkt op dat niettegenstaande het feit dat de aandoening gedurende vijf jaar onbehandeld bleef, er zich geen ernstig invaliderende of levensbedreigende

episodes hebben voorgedaan. Zij oordeelt dat het een banale aandoening betreft, hetgeen eveneens blijkt uit de aard van de behandeling, het gegeven dat verzoeker bekwaam is om te werken en het gegeven dat er gedurende al die jaren niet eenmaal nood was aan een hospitalisatie voor het aangehaalde probleem. De arts-adviseur heeft dus ook rekening gehouden met de tweede situatie die aanleiding kan geven tot de toekenning van een verblijfsmachtiging om medische redenen en heeft op een begrijpelijke wijze weergegeven waarom zij oordeelde dat verzoeker geen reëel risico loopt om, gelet op zijn medische problematiek, bij gebrek aan een adequate behandeling in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen. Wanneer de controlearts oordeelt dat er redenen zijn om te besluiten dat een ingeroepen medische problematiek, ook bij ontbreken van een adequate behandeling in het land van herkomst van een vreemdeling, geen aanleiding kan geven tot de vaststelling van het bestaan van een reëel risico zoals bedoeld in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet dan dient hij uiteraard geen standpunt in te nemen omtrent de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgverstrekking in dat land.

Verzoekers benadrukken dat de verschillende voorgelegde medische stukken de noodzaak van een therapeutische opvolging voor verzoeker bevestigen en hierin wordt aangegeven dat bij stopzetting van de behandeling er een risico is op zelfdoding. Er moet evenwel worden aangenomen dat de arts-adviseur in haar advies heeft geduïd waarom zij, in het licht van de voorgelegde medische gegevens, geen noodzaak tot behandeling heeft weerhouden om te voorkomen dat verzoeker in een onmenselijke of vernederende situatie dreigt terecht te komen en aldus heeft gemotiveerd waarom zij de voormelde ingeroepen elementen niet heeft weerhouden. Zo herhaalt de Raad dat de arts-adviseur geen reëel risico in dit verband weerhield, erop wijzende dat verzoeker aanvankelijk vijf jaar niet werd behandeld voor zijn aandoening zonder dat zich hierbij enige ernstig invaliderende of levensbedreigende episode heeft voorgedaan, de behandeling slechts symptomatisch is, verzoeker bekwaam is om te werken en er in al die jaren niet eenmaal nood was aan een hospitalisatie voor het aangehaalde probleem. Met deze motivering, en door onder andere te stellen dat in casu het een banale aandoening betreft en deze vijf jaar onbehandeld bleef zonder ernstig invaliderende of levensbedreigende episodes, heeft de arts-adviseur ook op voldoende duidelijke wijze aangegeven dat voor haar het vermelde risico op zelfdoding bij stopzetting van de behandeling van speculatieve aard is en dit geen reëel risico betreft. Er blijkt niet dat deze vaststelling in strijd is met de door verzoekers voorgelegde stukken. Nergens in deze stukken wordt namelijk gesteld dat er enige concrete aanwijzing zou zijn dat verzoeker zelfmoordneigingen heeft of reeds zelfmoordpogingen ondernam. De artsen die verzoeker consulteerde gaven slechts op algemene wijze aan dat een zelfmoordrisico een eventueel gevolg kan zijn van de stopzetting van de behandeling. De Raad dient hierbij te duiden dat uit de bewoordingen van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet duidelijk blijkt dat een “reëel” risico voor het leven of de fysieke integriteit of een “reëel” risico op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of verblijf dient te kunnen worden vastgesteld en dat het feit dat niet elk risico kan worden uitgesloten dus niet volstaat. Hierbij moet ook worden benadrukt dat zelfs wanneer een arts in België stelt dat hij de behandeling van een bij een vreemdeling vastgestelde aandoening vereist acht dit niet impliceert dat de door verweerder aangestelde arts-adviseur, rekening houdende met de aard van de aandoening die werd vastgesteld, niet zou vermogen te oordelen dat indien de betrokken vreemdeling deze behandeling niet zou kunnen verkrijgen in zijn land van herkomst hij hierdoor niet in een onmenselijke of vernederende situatie zal terechtkomen of dat de bevindingen van beide artsen niet met elkaar overeenstemmen. Het toetsingscriterium dat door de behandelende arts en de arts-adviseur wordt gehanteerd, is immers verschillend. De behandelende arts oordeelt welke medische ondersteuning zijn patiënt in België nodig heeft om een medisch probleem zo snel mogelijk op te lossen of de hinder die een medisch probleem veroorzaakt zo veel mogelijk te beperken en de arts-adviseur oordeelt of is voldaan aan de in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet gestelde vereisten. De Raad wenst in dit verband ook nog te benadrukken dat de vermelding door de arts-adviseur in het medisch advies van een banaal gezondheidsprobleem dient worden begrepen in het licht van de hoge graad van ernst die een ingeroepen gezondheidsprobleem dient te hebben om te kunnen leiden tot de toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet waarbij dit ofwel een directe bedreiging inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit ofwel onbehandeld aanleiding kan geven tot een onmenselijke of vernederende behandeling en de determinerende redenen waarom zulks in casu nog niet blijkt niet worden weerlegd.

De Raad benadrukt verder dat het gegeven dat het advies van de arts-adviseur mogelijk niet geheel in overeenstemming is met de door verzoeker neergelegde medische getuigschriften en dat verzoekers het niet eens zijn met de beoordeling door de arts-adviseur, op zich niet kan leiden tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Wanneer een verblijfsaanvraag in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet wordt afgewezen, is dit immers veelal het geval omdat het advies van de arts-

adviseur inhoudelijk anders is dan de door de aanvragers ter ondersteuning van hun aanvraag neergelegde medische attesten (RvS 31 mei 2011, nr. 213.594).

Verzoekers wijzen er vervolgens op dat de behandelende psychiater V. P. van mening is dat een terugkeer naar Libanon onmogelijk is omdat het trauma daar is ontstaan. De Raad stelt in dit verband vast dat deze psychiater in zijn meest recente medische stuk zoals dit voorlag, met name het medische verslag van 26 november 2012, concreet stelde dat een terugkeer volgens hem niet mogelijk is omwille van problemen inzake de toegang tot de medische zorgen en medicatie en omwille van moeilijkheden om aldaar psychotherapeutisch werk te verrichten. Ook in zijn medisch attest van 4 mei 2012 wees hij in dit verband op de, naar zijn mening, onmogelijkheid om psychotherapie te volgen in het herkomstland om redenen van vertrouwen en vrijheid van meningsuiting (*'liberté de parole'*). In zijn recentste medische stukken gaf hij aldus niet zozeer aan dat een terugreis naar het herkomstland als dusdanig niet mogelijk zou zijn, wel dat volgens hem een adequate behandeling van de aandoening aldaar niet mogelijk zou zijn. De Raad herhaalt evenwel dat in casu door de arts-adviseur werd geduid dat de in de voorgelegde medische stukken vermelde behandeling niet noodzakelijk is ter voorkoming van een onmenselijke of vernederende behandeling, waardoor een onderzoek naar de vraag of een adequate behandeling van de aandoening in het herkomstland mogelijk is zich niet opdrong. Er blijkt in het licht van voormelde vermeldingen in de voorgelegde medische stukken ook nog niet dat – rekening houdende ook met het reeds gestelde dat het toetsingscriterium van de behandelde arts en de controlearts kan verschillen – de arts-adviseur niet kon vaststellen dat volgens haar, ter voorkoming van een onmenselijke of vernederende behandeling, de behandeling niet noodzakelijk is. In het licht van hetgeen voorafgaat, blijkt niet dat deze vermeldingen afbreuk doen aan het medisch advies waarop de thans bestreden beslissing is gesteund of leiden tot de vaststelling dat de arts-adviseur geen correcte toetsing aan de bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet doorvoerde. In dit verband kan ook nog worden benadrukt dat in artikel 9ter van de Vreemdelingenwet niet is bepaald dat een verblijfsmachtiging om medische redenen dient te worden toegekend indien een gezondheidsprobleem bij een verblijf in een ander land zou kunnen verergeren, al dan niet tijdelijk, doch enkel indien er een reëel risico is dat de betrokken vreemdeling zijn leven of fysieke integriteit bij de terugreis in gevaar zou komen of indien hij bij gebrek aan een adequate behandeling in een onmenselijke of vernederende situatie zou terechtkomen. De arts-adviseur heeft in casu geoordeeld dat dit niet het geval is. Verzoekers tonen niet aan dat enige concrete, ernstige hinderpaal voor een terugkeer naar het herkomstland omwille van verzoekers aandoening ten onrechte niet werd weerhouden door de arts-adviseur.

Verzoekers citeren nog uit het door hen voorgelegde medische attest van dokter C. van 2009, doch zonder hierbij concreet toe te lichten waarom aldus het thans voorliggende medisch advies van een arts-adviseur is aangetast door een onregelmatigheid of onwettigheid. Er blijkt niet dat in het licht van dit citaat een andere beoordeling zich opdringt of afbreuk wordt gedaan aan de eerder gedane beoordeling. In zoverre verzoekers uit de aangehaalde passage afleiden dat hieruit volgt dat een terugkeer naar het land van herkomst medisch gezien niet mogelijk is rekening houdende met het gegeven dat het trauma aldaar is ontstaan, merkt de Raad op dat zulks als dusdanig hierin nog niet kan worden gelezen.

In zoverre verzoekers ter staving van hun betoog verwijzen naar een medisch attest van 5 augustus 2013 merkt de Raad op dat dit stuk dateert van na het nemen van de bestreden beslissing en aldus door de arts-adviseur niet kon worden betrokken bij het opstellen van haar advies. Aldus kunnen verzoekers niet dienstig naar dit stuk verwijzen om aan te tonen dat de arts-adviseur op basis van een incorrecte of onzorgvuldige feitenvinding of in strijd met artikel 9ter van de Vreemdelingenwet tot zijn beoordeling is gekomen.

Verzoekers citeren verder uitvoerig uit Wikipedia om aan te tonen dat de behandeling en de doelstelling- en hiervan niet zo simpel zijn als de arts-adviseur doet uitschijnen. Hiermee weerleggen zij andermaal nog niet de vaststelling van de arts-adviseur dat in casu niet blijkt dat de ingeroepen aandoening van verzoeker een zodanige ernst heeft dat deze onbehandeld een reëel risico kan inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling en dit gelet op de concrete omstandigheden die het thans voorliggende geval kenmerken, zoals het gegeven dat de aandoening vijf jaar onbehandeld bleef zonder ernstig invaliderende of levensbedreigende episodes, de behandeling symptomatisch is, verzoeker bekwaam is om te werken en er op geen enkel ogenblik een nood aan hospitalisatie was. Verzoekers brengen geen concrete argumenten aan ter weerlegging van deze beoordeling. Op geen enkele wijze betrekken zij dit citaat op de concrete gedane vaststellingen van de arts-adviseur in het geval van verzoeker. Er blijkt daarenboven ook niet dat Wikipedia als voldoende betrouwbare bron kan worden aangewend om een medische beoordeling door een controlearts onderuit te halen.

In het licht van hetgeen voorafgaat, dient te worden aangenomen dat de arts-adviseur beide toepassingsgevallen van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet heeft onderzocht en zonder dat hierbij het tweede toepassingsgeval – met name de vraag of er sprake is van een aandoening die een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling inhoudt indien een adequate behandeling ontbreekt in het land van herkomst – werd gelijkgesteld met het eerste toepassingsgeval van een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit.

Verzoekers betogen daarnaast dat kon worden verwacht dat werd overgegaan tot een persoonlijk onderzoek van verzoeker gelet op de ontvankelijkverklaring van de verblijfsaanvraag, en dit op 28 juli 2010, waaruit volgens hen volgt dat verweerder erkende dat de ingeroepen gezondheidstoestand een onmiskenbare ernst heeft. De Raad wijst er evenwel op dat de niet-ontvankelijkheidsgrond vervat in artikel 9ter, § 3, 4° van de Vreemdelingenwet – waarbij een verblijfsaanvraag gegrond op medische problemen onontvankelijk kan worden verklaard indien kennelijk geen aandoening voorligt die beantwoordt aan artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet – pas werd ingevoerd door de wet van 8 januari 2012 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (BS 6 februari 2012, inwerkingtreding op 16 februari 2012). Deze wetsbepaling was aldus nog niet aangenomen of in werking getreden op het ogenblik dat de door verzoekers ingediende aanvraag om machtiging tot verblijf ontvankelijk werd verklaard. Dit gebeurde immers reeds bij beslissing van 28 juli 2010. Een dergelijke niet-ontvankelijkheidsgrond was op dat ogenblik niet voorhanden. Er kan dan ook niet worden aangenomen dat in casu de ontvankelijkverklaring van verzoekers' aanvraag om machtiging tot verblijf reeds een toetsing inhield door een arts-adviseur of een ziekte voorligt die een voldoende ernst heeft opdat deze mogelijk aanleiding kan geven tot een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet. Het betoog van verzoekers dat verweerder door de ontvankelijkverklaring van de verblijfsaanvraag heeft erkend dat de ingeroepen gezondheidstoestand een onmiskenbare ernst heeft, kan aldus in casu niet worden bijgetreden zodat ook niet blijkt dat het bestuur in de thans bestreden beslissing zou zijn teruggekomen op een eerder reeds ingenomen standpunt of op deze grond enig persoonlijk onderzoek zich opdrong. In dit verband merkt de Raad daarenboven ook nog op dat – gelet op de bepalingen van artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet – het enkel de door verweerder aangestelde controlearts toekomt om te bepalen of het nodig is om de vreemdeling die een verblijfsmachtiging om gezondheidsredenen aanvraagt te onderzoeken en dat niet blijkt dat deze arts onvoldoende inlichtingen had om met kennis van zaken zijn advies te geven. Verzoekers maken dit laatste geenszins concreet aannemelijk. Wat de in dit verband aangehaalde rechtspraak van de Raad betreft, wordt opgemerkt dat verzoekers niet aantonen dat daarin zich gelijkaardige omstandigheden voordeden als in de thans voorliggende zaak. Arresten van de Raad hebben ook geen precedentswaarde.

Verzoekers geven aan niet akkoord te kunnen gaan met de door de arts-adviseur gedane vaststellingen, doch zonder dat zij met hun betoog aannemelijk maken dat deze arts-adviseur niet met voldoende kennis van zaken en op oordeelkundige en correcte wijze tot zijn advies is gekomen.

De uiteenzetting van verzoekers 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 arts-adviseur beschikt.

Een manifeste beoordelingsfout of een schending van de materiële motiveringsplicht of van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet kan niet worden vastgesteld.

2.2.3. In zoverre verzoekers de schending inroepen van het *“algemene beginsel volgens dewelke het bestuur bij haar beoordeling rekening dient te houden met alle pertinente elementen van de zaak”* kan worden aangenomen dat zij doelen op een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel.

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

Uit de gegevens van het dossier en uit wat voorafgaat blijkt dat de bestreden beslissing tot stand is gekomen op basis van het advies van een arts-adviseur en dat deze arts rekening hield met alle dienstige

ge medische attesten die werden overgemaakt, zodat geen schending van het zorgvuldigheidsbeginsel kan worden vastgesteld.

2.2.4. De uiteenzetting van verzoekers laat ook niet toe te vast te stellen dat enig ander, niet nader geduid, beginsel van behoorlijk bestuur werd miskend. De Raad benadrukt ook dat het aan verzoekers toekomt klaar en duidelijk te specificeren welke beginselen van behoorlijk bestuur zij geschonden achten (RvS 22 november 2005, nr. 151.540).

2.2.5. Artikel 3 van het EVRM bepaalt dat *“Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.”* Deze bepaling bekrachtigt een van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv. EHRM 21 januari 2011, M.S.S./België en Griekenland, § 218).

Niettegenstaande in casu geen verwijderingsmaatregel voorligt, dringt de vaststelling zich op dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet minstens ten dele overeenstemt met de inhoud van artikel 3 van het EVRM (RvS 29 januari 2014, nr. 226.251).

Er wordt benadrukt dat volgens het EHRM socio-economische of humanitaire omstandigheden in het land van bestemming enkel aanleiding kunnen geven tot een non-refoulement verplichting in zeer uitzonderlijke omstandigheden waar de humanitaire redenen tegen verwijdering klemmend zijn (EHRM 2 april 2013, nr. 27725/10, Samsam Mohammed Hussein e.a. v. Nederland en Italië (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 9 april 2013, nr. 70073/10 en 44539/11, H. en B. v. Verenigd Koninkrijk, par. 114). Dezelfde hoge drempel wordt gehanteerd met betrekking tot vreemdelingen die zich beroepen op hun medische toestand en het gebrek aan medische en sociale zorg in het land van terugkeer, waarbij het EHRM oordeelt dat enkel *“in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”*, een schending van artikel 3 EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, N. v. Verenigd Koninkrijk, § 42). Uit de rechtspraak van het Hof volgt dat daarbij allereerst dient vast te staan dat het een medische aandoening betreft die een voldoende ernst heeft, met name een ernstige, van oorsprong natuurlijke fysieke of mentale ziekte die lijden, pijn en een verminderde levensverwachting kan veroorzaken. Het EHRM heeft in zijn arrest Paposhvili t. België van 13 December 2016 (Grote Kamer) verder verduidelijkt dat deze *“zeer uitzonderlijke gevallen”* zich niet enkel kunnen voordoen wanneer er sprake is van een imminente dood, zoals in de zaak D t. het Verenigd Koninkrijk, doch ook in die gevallen waarin bij uitwijzing van een ernstig zieke vreemdeling er substantiële gronden zijn om aan te nemen dat hij of zij, hoewel er geen imminent levensgevaar is, bij gebreke van beschikbaarheid of toegankelijkheid van een adequate behandeling in het ontvangende land dreigt te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang in zijn of haar gezondheidstoestand die resulteert in intens lijden of een ernstige beperking van de levensverwachting (*“situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy”*).

In casu blijkt niet dat dergelijke dwingende humanitaire redenen voorliggen. Verzoekers weerleggen de vaststellingen van de arts-adviseur niet dat verzoeker niet lijdt aan een aandoening die een imminent risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit derwijze dat hij niet kan reizen en niet blijkt dat de gezondheidsproblemen van verzoeker een zodanige ernst hebben dat deze onbehandeld een reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling. In deze omstandigheden blijkt niet dat de thans voorliggende zaak wordt gekenmerkt door de vereiste dwingende humanitaire redenen en verzoekers zich dienstig kunnen beroepen op een schending van artikel 3 van het EVRM.

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

3. Korte debatten

Verzoekers hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingen-

betwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen.

4. Kosten

Verzoekers werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegekend, zodat geen standpunt dient te worden ingenomen inzake de kosten van het geding.

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 dertig mei tweeduizend zeventien door:

mevr. I. CORNELIS,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. T. LEYSEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

I. CORNELIS