



Arrest

nr. 199 155 van 2 februari 2018
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat C. GHYMERS
Livornostraat 45
1050 ELSENE

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Guineese nationaliteit te zijn, op 4 oktober 2017 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 3 augustus 2017 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond verklaard wordt en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 23 november 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 19 januari 2018.

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

Gehoord de opmerkingen van advocaat O. TODTS, die loco advocaat C. GHYMERS verschijnt voor de verzoekende partij, en van advocaat T. SCHREURS, 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. Verzoekende partij dient op 27 december 2013 een aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet) in.

1.2. Op 3 augustus 2017 wordt de onder punt 1.1. vermelde aanvraag ongegrond verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 27/12/2013 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

(...)

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 27/05/2014, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden :

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

Overwegende dat na onderzoek door onze arts-adviseur (zie gesloten omslag, verslag dd. 01/08/2017), zij concludeerde dat de medische elementen die aangehaald werden door betrokkene niet weerhouden kunnen worden.

Derhalve

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

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

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

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

Gelet op de aanvraag om machtiging tot verblijf dd. 27/12/2013 door betrokkene ingediend overeenkomstig artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en gezien de asielaanvraag dd. 07/11/2012 van betrokkene op genoemde datum nog in behandeling was en gezien de genoemde datum binnen een termijn van zes maanden valt, volgend op de afloop dd. 14/03/2014 van haar asielpprocedure werd voor onderhavige beslissing gebruik gemaakt van de taal die voor deze asielpprocedure gekozen / bepaald werd, te weten het Nederlands (Toepassing van artikel 51 / 4§3 van de wet van 15 december 1980).

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

1.3. Op 3 augustus 2017 wordt de verzoekende partij tevens het bevel om het grondgebied te verlaten gegeven. Dit is de tweede bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Il est enjoint à Madame, qui déclare se nommer:

De mevrouw, die verklaart te heten:

(...)

de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen, sauf si elle possède les documents requis pour s'y rendre, wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij zij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, dans les 0 jours de la notification de décision

binnen 0 dagen na de kennisgeving

Het betreft hier de andere staten die partij zijn bij de Overeenkomst ter uitvoering van het Akkoord van Schengen van 14 juni 1985 betreffende de geleidelijke afschaffing van de controles aan de gemeenschappelijke grenzen, ondertekend te Schengen op 19 juni 1990. De lijst van deze staten is beschikbaar via de website dofi.ibz.be, rubriek “Grenscontrole”, rubriek “informatie”,

MOTIF DE LA DECISION :

REDEN VAN DE BESLISSING:

L'ordre de quitter le territoire est délivré en application des articles suivants de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et sur la base des faits suivants :

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

o En vertu de l'article 7, alinéa 1er, 1° de la loi du 15 décembre 1980, il demeure dans le Royaume sans être porteur des documents requis par l'article 2 : l'Intéressée n'est pas en possession d'un passeport et/ou visa valable.

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

En application de l'article 74/14, §3 de la loi du 15 décembre 1980, le délai pour quitter le territoire est diminué à [0] jour car :

Met toepassing van artikel 74/14 §3, werd de termijn om het grondgebied te verlaten naar [0] dagen verminderd omdat:

o 4° le ressortissant d'un pays tiers n'a pas obtempéré dans le délai imparti à une précédente décision d'éloignement : l'Intéressée s'est vu délivrer un ordre de quitter le territoire en date du 13.11.2013. Cet ordre de quitter le territoire a été prolongé le 03.04.2014 et en date du 13.04.2014 devait y donner suite.

4° de onderdaan van een derde land niet binnen de toegekende termijn aan een eerdere beslissing tot verwijdering gevolg heeft gegeven: Betrokkene maakt reeds het voorwerp uit van een bevel om het grondgebied te verlaten d.d. 13.11.2013. Dit bevel om het grondgebied te verlaten werd op 03.04.2014 verlengd en betrokkene diende uiterlijk op 13.04.2014 hieraan gevolg te geven."

2. Over de rechtspleging

2.1. Verzoekende partij stelt in haar verzoekschrift het Frans als proceduretaal te kiezen.

2.2. De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) wijst erop dat het gebruik van de talen in de rechtspleging niet ter vrije keuze staat van de partijen maar op dwingende wijze geregeld wordt door artikel 39/14 van de vreemdelingenwet:

"Behoudens wanneer de taal van de procedure is bepaald overeenkomstig artikel 51/4, worden de beroepen behandeld in de taal die de diensten waarvan de werkring het ganse land bestrijkt krachtens de wetgeving op het gebruik van de talen in bestuurszaken, moeten gebruiken in hun binnendiensten. Indien die wetgeving het gebruik van een bepaalde taal niet voorschrijft, geschiedt de behandeling in de taal van de akte waarbij de zaak bij de Raad werd ingediend."

2.3. Uit het administratief dossier blijkt dat de behandeling van de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet van 27 december 2013 in toepassing van artikel 51/4, §3, van de vreemdelingenwet in het Nederlands diende te gebeuren, waardoor ook de taal van de rechtspleging in onderhavig geschil wordt gedetermineerd.

2.4. Verder dient gesteld dat de tweede bestreden beslissing, zijnde het bevel om het grondgebied te verlaten werd opgesteld in zowel het Frans als het Nederlands. De Raad oordeelt dat er voldoende samenhang bestaat tussen de eerste en de tweede bestreden beslissing derwijze dat ze beiden via éénzelfde vordering kunnen aangevochten worden. Daar niet betwist kan worden dat de eerste bestreden beslissing de belangrijkste bestreden beslissing vormt, dit blijkt ook uit het feit dat verzoekende partij zich in haar grieven voornamelijk richt tegen deze beslissing, is de taal van de procedure in casu het Nederlands.

2.5. Er kan bijgevolg niet worden ingegaan op de vraag van verzoekende partij om het Frans als proceduretaal te hanteren.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een enig middel betoogt de verzoekende partij als volgt:

"I. MOYEN

Pris de la violation :

- des articles 9ter et 62 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers ;
- des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991, relative à la motivation formelle des actes administratifs ;
- du principe général de bonne administration et de l'erreur manifeste d'appréciation ;
- article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme ;
- article 8 bis de l'arrêté royal n°78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé prévoit de même l'obligation de continuité des soins

Principes

Aux termes de l'article 9ter introduit par la loi du 15 septembre 2006, modifiant la loi du 15 décembre 1980 :

§ 1er : « L'étranger qui séjourne en Belgique et qui dispose d'un document d'identité et souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume au Ministre ou à son délégué [...] ».

Pour rappel, le Conseil du Contentieux des Etrangers a rendu plusieurs arrêts le 27 novembre 2012 (n°92.258, 92.260, 92.309). Il y était notamment affirmé : « Le législateur a prévu diverses hypothèses spécifiques. La lecture du paragraphe 1er de l'article 9ter révèle en effet trois types de maladies qui doivent conduire à l'octroi d'un titre de séjour sur la base de cette disposition lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays de résidence, à savoir :

- Celles qui entraînent un risque réel pour la vie ;
- Celles qui entraînent un risque réel pour l'intégrité physique ;
- Celles qui entraînent un risque réel de traitement inhumain ou dégradant.

Il s'ensuit que le texte même de l'article 9ter ne permet pas une interprétation qui conduirait à l'exigence systématique d'un risque « pour la vie » du demandeur, puisqu'il envisage, au côté du risque vital, deux autres hypothèses ».

Le Conseil d'Etat a rendu un arrêt le 28 novembre 2013 (n°225.633 dans l'affaire A. 207.565/XIV-34.751) affirmant que « De toepassingsvoorwaarden van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet zijn immers ruimer dan die van artikel 3 van het EVRM ».

Cela signifie que le Conseil d'Etat a privilégié « une interprétation de l'article 9ter lui-même plutôt que d'autres dispositions supra nationales » et « que le champ d'application de l'article en question est plus étendu que celui de l'article 3 de la C.E.D.H. » (Z. MAGLIONI, « La demande d'autorisation de séjour pour raisons humanitaires », in *Droit de l'immigration et de la nationalité : fondamentaux et actualités*, Larcier, éd. CUP, n°151, Bruxelles, p. 262).

Le Conseil d'Etat a rendu un arrêt n°228 778 (le 16 octobre 2014) dans lequel il affirme que le champ d'application de l'article 9ter précité est plus large que celui de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme :

« Considérant qu'il peut raisonnablement s'en déduire que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 précitée ne constitue pas une transposition d'une norme du droit européen dérivé mais qu'il doit être appréhendé comme étant une simple norme de droit national ; qu'en conséquence, quelles qu'aient été les éventuelles divergences de jurisprudence antérieures à son propos, il convient, dans l'état actuel des choses, de l'interpréter par seule référence au droit interne, de manière autonome ; [...]

Considérant enfin que si la maladie invoquée doit avoir atteint un seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter, il ne ressort ni du texte de la disposition légale, ni des travaux parlementaires pertinents, que le législateur belge aurait voulu que l'autorisation de séjour prévue à l'article 9ter précité ne s'apparente en définitive qu'à un simple « permis de mourir » sur le territoire belge, ce à quoi revient pourtant la thèse selon laquelle le champ d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 se confond avec celui de l'article 3 de la Convention tel qu'actuellement interprété, à l'égard de l'étranger malade, par la Cour européenne des droits de l'homme, qui ne relie la souffrance due à une maladie « survenant naturellement » à la situation protégée par l'article 3 que dans des « cas très exceptionnels ».

Par ailleurs, il est essentiel que l'avis médical rendu par un médecin-conseil dans le cadre de la présente demande d'autorisation de séjour soit rédigé en demandant l'avis complémentaire de spécialistes. Cette possibilité est d'ailleurs prévue à l'article 9ter, al. 5 in fine de la loi du 15 décembre 1980.

En outre, les médicaments prescrits à la requérante ont été spécifiquement sélectionnés par les spécialistes qui la suivent, suite aux analyses médicales et aux consultations que ces derniers ont eues avec la requérante. En aucun cas il ne peut être admis qu'un médecin non-spécialiste considère que ces médicaments peuvent être remplacés par d'autres.

Enfin, les médecins de l'Office des Etrangers sont, comme tout médecin, soumis à la déontologie médicale, comme le rappelait la Cour constitutionnelle dans son arrêt n°82/2012 (considérant B.15) :

« Rien n'indique que le législateur ait, dans ce cadre, entendu déroger aux droits du patient qui sont consacrés par la loi du 22 août 2002. En outre, tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir, sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins, y compris les règles d'indépendance et d'éthique qui y sont prescrites. Il en résulte qu'à cet égard, il n'y a pas de différence de traitement entre les étrangers visés par la disposition attaquée et tout autre patient ».

Si certes le Code de déontologie médicale n'a pas force obligatoire il n'en reste pas moins que ce Code vaut comme un « corpus référentiel », qu'il doit ainsi constituer une « source d'inspiration » et même une jauge de référence pour le comportement de l'administration. Devant agir de manière prudente et diligente, elle ne pourrait en effet pas s'appuyer sur un avis médical qui n'a pas été rendu conformément à la référence que représente le code de déontologie médicale.

Or, les articles 113 et 114 du Code de déontologie médicale concernant la continuité des soins prévoient ce qui suit : « assurer la continuité des soins est un devoir déontologique. Il appartient à chaque médecin de prendre les mesures nécessaires suivant les cas, afin d'assurer cette continuité à ses malades ».

L'article 8 bis de l'arrêté royal n°78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé prévoit de même l'obligation de continuité des soins.

Par ailleurs, le médecin-conseil peut être considéré comme étant un expert au sens de l'article 119 du Code de déontologie : « le médecin chargé d'expertiser la capacité ou la qualification physique ou mentale d'une personne, ou de procéder à toute exploration corporelle, de contrôler un diagnostic ou de surveiller un traitement ou d'enquêter sur des prestations médicales pour compte d'un organisme assureur, est soumis aux dispositions du présent code ».

Or aux termes de l'article 124, « ces médecins, lorsqu'ils estiment devoir poser un diagnostic ou émettre un pronostic, ne peuvent conclure que s'ils ont vu et interrogé personnellement le patient, même s'ils ont fait procéder à des examens spécialisés ou ont disposé d'éléments communiqués par d'autres médecins ». L'examen in concreto du dossier emporte donc nécessairement l'obligation d'examiner le patient.

Application au cas d'espèce

En l'espèce, la motivation de l'acte attaqué est manifestement erronée et incomplète pour les motifs développés ci-après : il ressort de la décision attaquée qu'il n'a pas été tenu compte de tous les éléments de la cause

□ Les documents complémentaires envoyés par le conseil de la requérante en avril 2014 et en novembre 2016

a.)

Il ressort de la décision attaquée que la partie adverse n'a, à nouveau, pas tenu compte des éléments adressés par fax du conseil de la requérante à l'Office des étrangers en date du 8 avril 2014.

Il convient de rappeler que dans le précédent recours introduit, la requérante indiquait que la partie adverse ne tenait pas compte d'un document transmis par fax par le conseil de la requérante en date du 8.04.2014, à savoir :

Un document concernant des informations relatives à l'épidémie d'Ebola régnant actuellement en Guinée.

Ce document mentionne de nombreux cas déjà détectés de cette maladie très contagieuse et mortelle. Aucun vaccin ni médicament n'existe contre cette maladie qui est mortelle dans 90% des cas.

La précédente décision de rejet de la demande d'autorisation de séjour sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 ne contenait aucun développement supplémentaire au sujet de ce document médical, les deux précédentes décisions de refus étant totalement identiques ! La partie requérante pouvait donc penser de manière légitime qu'il n'a pas été réellement tenu compte de ce document et il en ressortait un défaut de motivation de l'acte attaqué.

Ceci avait d'ailleurs été confirmé par le Conseil de céans dans son arrêt du 31.10.2016.

« De Raad stelt dat in het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 30 september 2014, waarop de bestreden beslissing integraal gegrond is, met geen woord rept over de ebola-epidemie die in Guinée heerst en dit ondanks het feit dat de verzoekster zelf de verweerder op de hoogte stelde van het feit dat zij bij een ventuele terugkeer naar Guinée door haar Hiv-besmetting, nog meer dan andere mensen in Guinée, het risico zou lopen op besmetting met ebola en overlijden dientengevolge ».

(...)

« Uit hetgeen voorafgaat blijkt derhalve dat het advies van de ambtenaar-geneesheer van 30 september 2014 niet afdoende is gemotiveerd. Het vastgestelde motiveringsgebrek in het advies van de ambtenaar-geneesheer vitiëert meteen ook de eerste bestreden beslissing ».

Le Conseil rappelait également que le caractère général des informations apportées par la requérante concernant la disponibilité et l'accessibilité des traitements HIV en Guinée n'implique pas que celles-ci ne soient pas pertinentes pour la situation individuelle de la requérante.

Dans le même arrêt, le Conseil conclut que la partie adverse se rend coupable à un défaut de motivation quant à l'état actuel des traitements HIV en Guinée.

Force est de constater que, si la nouvelle décision attaquée mentionne l'attestation médicale du 7 avril 2014, elle n'indique toujours rien en ce qui concerne la documentation sur la maladie d'Ebola.

En communiquant cette documentation, la requérante a précisé que les personnes ayant un système immunitaire déficient (comme le cas de la requérante selon les rapports médicaux déposés depuis 2013 et 2014) sont plus vulnérables et courent donc plus de risques d'être contaminées par la fièvre Ebola et que le risque de décès est fortement élevé pour ces personnes en cas de retour en Guinée.

La partie adverse n'a pas tenu compte de l'incidence de l'épidémie d'Ebola sur l'état de santé de la requérante en cas de retour en Guinée alors qu'elle avait pourtant attiré l'attention de la partie adverse à ce sujet et que le Conseil a annulé la décision de la partie adverse pour ce motif.

Il n'a pas non plus été tenu compte de l'incidence de l'épidémie au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité des soins de santé en Guinée.

Il est en conséquence indéniable que l'épidémie d'Ebola a eu une incidence importante sur l'accessibilité et la disponibilité des soins de santé et on ignore si les infrastructures et services de santé se sont remis de cette crise.

En omettant d'examiner cette question qui a pourtant été soulevée par la requérante dans son fax du 8 avril 2014, la partie adverse a commis une erreur d'appréciation et il en ressort un défaut de motivation de la décision attaquée.

Le fait que l'avis du médecin mentionne brièvement que suite à l'épidémie d'Ebola, de nombreuses structures de soins ont été construites et rénovées ne peut constituer une réponse satisfaisante à nos constats alarmants.

b.)

A la lecture de l'avis de médecin-conseil du 1.08.2017, il apparaît qu'il n'a pas non plus été tenu compte des documents complémentaires envoyés par fax à la partie adverse en date du 16.11.2016 (pièces 8 à 10)

Ce fax annexait les pièces médicales complémentaires suivantes :

- 27.07.2016 : certificat médical type de Dr MEURIS (pièce 8)
- 27.07.2016 : certificat plus détaillé de Dr MEURIS (pièce 9)
- 14.07.2016 : certificat médical du Dr BECK (pièce 10)

Ces trois certificats médicaux indiquent qu'un traitement à l'insuline devrait être prochainement envisagé. L'avis du médecin-conseil ne mentionne à aucun moment cet élément et ne fournit aucune analyse quant à l'accessibilité et la disponibilité de l'insuline au pays d'origine. Or, cette éventualité est envisagée par TROIS certificats médicaux différents et risque de se réaliser dans un futur proche.

Par ailleurs, le certificat médical du Dr BECK indique que la situation de la requérante nécessite impérativement « l'accès à la mutuelle et des soins médicaux non disponibles en Afrique, avec à court terme un risque d'hyperglycémie majeure, de coma diabétique et d'insuffisance rénale ».

L'avis du médecin-conseil ne fournit aucune réponse quant à ces mises en garde. Aucune information n'est donnée quant aux traitements de l'hyperglycémie majeure ou de l'insuffisance rénale.

Il en ressort que l'avis du médecin-conseil et, par conséquent, la décision attaquée, ne sont pas valablement motivés, n'ayant pas tenu compte de tous les éléments sur lesquels le conseil de la requérante a pourtant attiré l'attention de la partie adverse.

☐ L'accessibilité et la disponibilité des soins en Guinée

Au niveau de l'accessibilité des soins en Guinée : la décision attaquée et le rapport du médecin sur lequel elle se fonde considèrent à tort que les traitements nécessaires à la requérante sont accessibles en Guinée (voir ci-dessous)

Au niveau de la disponibilité des soins en Guinée, la décision attaquée et le rapport du médecin sur lequel elle se fonde considèrent à tort que les traitements nécessaires à la requérante sont disponibles en Guinée (voir ci-dessous)

a.)

Il ressort des travaux parlementaires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9ter dans la loi du 15/12/1980, que le traitement adéquat mentionné dans cette disposition vise un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour et que l'examen de cette question doit se faire au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle du demandeur.

Il résulte que pour être adéquats au sens de l'article 9 ter, les traitements existant dans le pays d'origine de la requérante doivent être non seulement appropriés à ses pathologies mais également suffisamment accessibles pour l'intéressée, dont la situation individuelle doit être prise en considération lors de l'examen de sa demande.

b.)

Contrairement à ce qu'avance la partie adverse, le système des soins de santé en Guinée est tel que la requérante ne pourrait bénéficier d'un traitement adéquat pour ses graves problèmes de santé dès lors que les traitements médicamenteux, les suivis médicaux et le matériel médical nécessaire à ces suivis ne sont pas disponibles et accessibles en Guinée.

La requérante a déposé à l'appui de sa demande de séjour plusieurs documents confirmant l'inaccessibilité et/ou l'indisponibilité des traitements en Guinée pour le VIH/Sida ainsi que plusieurs documents attestant du déficit du système de santé guinéen, du manque d'infrastructure, de l'absence de couverture sociale etc. (voir pièces 5, 6 et 7A-E annexées à la demande de séjour). La partie adverse n'a pas correctement tenu compte de ces documents et il en ressort un défaut de motivation de la décision attaquée.

c.)

La partie adverse considère en effet à tort que les traitements nécessaires à la requérante sont accessibles en Guinée en raison de l'existence d'un régime d'assurance maladie pour les travailleurs salariés dont la requérante pourrait bénéficier dès lors qu'elle ne démontre pas la reconnaissance de son incapacité de travail au moyen d'une attestation officielle d'un médecin du travail compétent dans ce domaine.

Comme expliqué dans la demande de séjour et dans le précédents recours, il est pourtant certain que la requérante ne pourrait pas bénéficier de ce régime d'assurance dès lors qu'elle n'entre pas dans les conditions pour pouvoir en bénéficier.

En effet, pour pouvoir bénéficier du régime de sécurité sociale guinéen, le travailleur salarié doit être immatriculé à la caisse nationale de sécurité sociale et justifier de trois mois d'activité au cours du trimestre qui précède la constatation médicale de la maladie (voir pièce annexée à la demande de séjour, pièce n°7B). La requérante ne peut justifier de ces 3 mois d'activité étant donné que la maladie a été constatée en Belgique. Il lui est donc impossible de travailler et de cotiser avant la constatation médicale de la maladie. Elle est de ce fait exclue du champ d'application du régime d'assurance maladie guinéen. Il est en effet logiquement impossible pour une personne de contracter une assurance afin de se prémunir des conséquences d'une maladie dont elle est déjà atteinte.

Il est de plus totalement illusoire de penser que la requérante pourrait trouver un travail en cas de retour en Guinée étant donné la faiblesse induite par son état de santé, son obésité morbide, son absence de qualification et le fait qu'elle soit analphabète (outre le fait qu'il n'est pas évident de trouver un travail à 54 ans...).

La requérante rappelle enfin que moins de 3% de la population guinéenne bénéficie du régime de l'assurance maladie (cf. pièce 7B annexée à la demande de séjour), ce qui démontre que le système ne fonctionne pas ou est très peu accessible à la population.

Ce constat est corroboré par le rapport de mission publié en mars 2012 par le CGRA, l'OFPPRA et l'Office fédéral des migrations suisse qui atteste quant à lui que « environ 2 % seulement de la population guinéenne a contracté une assurance-maladie ». Sur ce dernier point, la requérante insiste sur le fait qu'il ne suffit pas d'établir de manière abstraite et théorique que la Guinée dispose d'un régime de sécurité sociale protégeant contre les risques de maladies pour conclure que les soins dont elle a besoin lui seront accessibles dans son pays d'origine. Il convient en effet de prouver que ce régime de sécurité sociale est d'application et couvre de manière effective les besoins en soins de santé de la population guinéenne. Or, comme l'indique le document susmentionné, en mars 2012 seuls 2 % de la population étaient couverts par une assurance-maladie.

Ce même rapport établit que « Le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique procède actuellement à une réforme du système de santé. Cependant, divers observateurs estiment que ces efforts demeureront vains. Selon eux, l'Etat n'a ni la volonté politique ni les moyens financiers pour effectuer des améliorations substantielles » (p. 24).

Par ailleurs, la requérante est presque en âge de pension. Cependant, elle ne pourra bénéficier de la pension de vieillesse évoquée par la partie adverse puisque (comme la partie adverse l'indique elle-même), il est obligatoire d'avoir contribué 15 ans auparavant, ce qui n'est absolument pas le cas de la requérante.

d.)

Il convient de rappeler que le prix des consultations médicales est élevé.

A cela s'ajoutent bien évidemment le prix des bilans médicaux (dont la qualité et la fiabilité sont plus que sujettes à caution) et des médicaments.

La décision précise que les traitements antirétroviraux sont gratuits en Guinée. Elle précise cependant qu'il existe un manque régulier d'antirétroviraux dans les hôpitaux et fait état de l'inaccessibilité des suivis biologiques pour les personnes concernées.

La décision attaquée mentionne également que seuls les traitements HIV peuvent avoir un caractère gratuit, les coûts de traitement d'autres maladies doivent être supportés par le patient et sa famille. La

requérante souffrant de plusieurs maladies, n'ayant plus de famille en Guinée et ne pouvant pas travailler, sera dans l'impossibilité de financer ses traitements.

Ce constat est d'ailleurs confirmé par la documentation déposée par la requérante à l'appui de sa demande de séjour (cf. pièces 5 et 6 annexées à la demande de séjour). Le rapport de MSF de juillet 2012 confirme ainsi que le financement des soins VIH est largement insuffisant en Guinée, que les hôpitaux sont régulièrement confrontés à des ruptures de stock et que les centres de santé sont contraints de refuser certains nouveaux patients. Un autre rapport de MSF du 1er décembre 2012 indique que l'organisation juge dramatique les conditions d'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH en Guinée. Il est également fait état du manque d'antirétroviraux. Enfin il est mentionné que les patients n'ont pas accès aux analyses biologiques primordiales comme les CD4 ou la charge virale. Les matériels ne sont pas fonctionnels.

Toute cette documentation confirme dès lors l'inaccessibilité et/ou l'indisponibilité des soins nécessaires à la requérante en Guinée et notamment des analyses biologiques et des antirétroviraux que requièrent son état.

e.)

Il résulte enfin de la documentation annexée à la demande de séjour que le système des soins de santé en général est défaillant, voir désastreux (cf. pièces n° 7A à E annexées à la demande de séjour).

La requérante a en effet déposé 5 documentations complètes, détaillées, objectives et en français concernant précisément soit le système en question de sécurité sociale guinéen très défaillant (pièce 7B étude dépendant de la direction des établissements hospitaliers et des soins du Ministère Guinéen) soit l'accessibilité des soins de manière générale pour les guinéens (pièces n°7A, C, D et E) ;

Il ressort de toutes ces documentations, à l'inverse de ce qu'expose la partie adverse, justement que le travailleur guinéen et les guinéens de manière générale n'ont en aucun cas accès à des soins de santé adéquats vu l'extrême état de pauvreté de la population rendant inaccessibles les soins, vu la mauvaise qualité des prestations dans les hôpitaux (document n° 7A), l'absence de système encore efficace de sécurité sociale en Guinée (document n° 7B), la corruption très présente dans le domaine de la santé (document n° 7C), le coût très élevé des soins de santé, l'absence de fiabilité du matériel médical et l'absence de système de surveillance des prix des médicaments (document n° 7D).

Plus précisément, la demande de séjour précisait ce qui suit :

« Il résulte en effet d'un document intitulé « Pauvreté et accessibilité aux services de santé : le cas de la Guinée » (pièce n°7A) que :

- La Guinée dispose d'un des systèmes de santé les plus faibles en Afrique (page 139) ;
- Un guinéen sur deux vit avec moins de 1 USD par jour, ce qui fait de ce pays l'un des plus pauvres au monde (voir aussi pièce 8, salaire moyen en Guinée) ;
- Le taux d'équipement hospitalier reste très faible en Guinée (0,4 lit pour 1000 habitants ; page 140) ;
- Les guinéens dénoncent un manque de qualité des prestations médicales, un coût trop élevé et un problème d'infrastructure / d'équipement (page 145-146) ;
- Les mécanismes de protection sociale institutionnalisés restent très restrictifs en Guinée. En dehors de quelques fonctionnaires, agents du secteur privé et « grands » commerçants du secteur informel, très peu de ménages individuels bénéficient d'une couverture sociale (à peine 1,22% de la population). Seuls les petits risques sont principalement couverts. (page 147)

La requérante dépose encore un autre document qui confirme l'absence de système de sécurité sociale en Guinée (« De la nécessité de mise en place d'un système national d'assurance maladie en République de Guinée », pièce n°7B) : actuellement moins de 3% de la population bénéficie des prestations (page 6).

En tout état de cause, la requérante ne pourrait pas avoir accès au système de sécurité sociale guinéen dès lors qu'il lui faudrait travailler (impossible vu son état et son absence de diplôme), être immatriculée à la caisse nationale de la sécurité sociale et justifier de trois mois d'activité au cours du trimestre qui précède de la constatation médicale de la maladie (pièce n°7B ; page 3 ; La requérante étant déjà atteinte de la maladie, il lui est totalement impossible de bénéficier de la couverture de la sécurité sociale pour celle-ci).

Le secteur de la santé en Guinée est de plus largement infecté par la corruption, ce qui engendre notamment une qualité médiocre des infrastructures (« Guinée : Dénonçons la corruption dans le secteur de la santé », pièce n°7C).

Un document émanant de l'organisation suisse d'aide aux réfugiés (pièce n°7D) confirme le manque de ressources dans le secteur de la santé en Guinée (page 1), le mauvais état des infrastructures, les problèmes d'approvisionnement et manque de médicaments, coûts élevés des services, faible qualité des traitements, trop peu de personnel de la santé (page 2), etc.

La requérante dépose un dernier document (« Fiche pays : République de Guinée : décembre 2008 », pièce n°7E) qui confirme ce qui précède :

- Faible financement du secteur de la santé (point 3.4.3.1.) ;

- Le taux d'accès de la population aux services de santé est relativement faible ;
- En Guinée, les malades prennent tout en charge, de la consultation à l'achat des médicaments en passant par les bilans biologiques et/ou d'imageries (point 3.4.3.2.) ;
- Coût élevé des soins de santé (point 3.4.3.3.)
- Le coût des médicaments est élevé. Il n'existe pas de système de surveillance des prix des médicaments ; »

La situation décrite ci-dessus s'est de plus fortement aggravée récemment suite à l'épidémie d'Ebola récente, ce que la partie adverse ne peut raisonnablement ignorer (Le Monde, Ebola met à mal tout le système de santé guinéen, 31 décembre 2014, disponible sur http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/12/31/ebola-met-a-mal-tout-le-systeme-de-sante-guineen_4547710_3244.html)

Ce qui précède renforce bien sûr le constat d'inaccessibilité et d'indisponibilité pour la requérante des soins qui lui sont nécessaires en Guinée. La partie adverse n'a pas tenu compte correctement de la documentation déposée par la requérante à l'appui de sa demande de séjour et sa décision est motivée de manière contradictoire avec les informations figurant dans cette documentation. Il en ressort dès lors un défaut de motivation de la décision attaquée.

f.)

Dans son rapport de Stratégie de Coopération mis à jour en mai 2015 (OMS, Guinée : Stratégie de Coopération, un aperçu, mis à jour mai 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136872/1/ccsbrief_gin_fr.pdf), l'OMS dénonce une situation préoccupante des soins de santé en Guinée :

« L'état de santé des populations guinéennes reste encore préoccupant. Selon les données de l'Enquête intégrée de base de l'évaluation de la pauvreté (EIBEP 2002-2003), l'accès aux services de santé (temps inférieur à 30 minutes) est de 38,9%, leur utilisation de 18,6%. [...] »

Les réformes annoncées dans la lettre de mission du Ministre de la santé de février 2014, ont été matérialisées par la vision de la PNS qui envisage « Une Guinée où toutes les populations sont en bonne santé, économiquement et socialement productives, bénéficiant d'un accès universel à des services et soins de santé de qualité avec leur pleine participation ». Pour ce faire des stratégies et interventions sont développées pour palier à la faible couverture sanitaire due à l'insuffisance des infrastructures et des équipements et au mauvais état de l'existant. En ce qui concerne la satisfaction des bénéficiaires des services de santé, beaucoup d'efforts restent à faire pour améliorer la qualité des prestations. En moyenne 53,7% des bénéficiaires des services de santé ne sont pas satisfaits des prestations fournies. Les principales raisons évoquées sont le coût élevé des services (sur-tarification), la faible qualité du traitement, la longue attente et le manque de médicaments. Le défi majeur de la Stratégie de Coopération Pays avec l'OMS est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations de services de santé et le développement de la santé communautaire dans le cadre de la relance du système de santé suite à l'impact socioéconomique et sanitaire de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE). Pour cela, l'OMS devra appuyer le pays dans le renforcement du système national de santé, l'amélioration de la prévention et la prise en charge des maladies et des situations d'urgence, la promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées. Il s'agira d'appuyer la mise en œuvre du plan de relance du système de santé post Ebola et le nouveau PNDS notamment : l'amélioration de la gouvernance du secteur, la disponibilité de ressources humaines de qualité et motivées, le renforcement des infrastructures et des équipements, l'adoption d'un financement adéquat et équitable, la disponibilité des médicaments, autres produits de santé et technologies médicales de qualité, le relèvement de l'efficacité du système d'information sanitaire et de la recherche ».

Un article rédigé par l'enseignant-chercheur Mohamed Lamine Doumbouya, intitulé « Pauvreté et accessibilité aux services de santé : le cas de la Guinée » indique que la Guinée dispose de l'un des systèmes de santé les plus faibles en Afrique (p. 139). Il ajoute que malgré une certaine amélioration des soins de santé en Guinée, de nombreux obstacles persistent : dysfonctionnement institutionnel, mauvaise gouvernance des hôpitaux, corruption, mauvaise qualité des prestations, clientélisme dans les centres de soin, mécanismes de protection sociale institutionnalisés très restrictifs, prix élevés, etc.

g.)

Par ailleurs, la décision attaquée comporte de graves lacunes quant à sa motivation concernant la néphropathie diabétique et l'HTA.

Il est interpellant de constater que le médecin-conseil s'adonne à des spéculations infondées quant au comportement à adopter par la requérante face à sa néphropathie diabétique.

Ainsi, le médecin-conseil déclare ne pas savoir si la requérante a modifié son style de vie en adoptant un régime ou en faisant de l'exercice quotidiennement. En effet, le médecin-conseil indique que cela ne ressort pas clairement des certificats médicaux. Il poursuit avec un paragraphe entier sur ce 'nouveau style de vie' qui pourrait soi-disant soigner la requérante. Il est fort contestable de faire ce genre de

constatations sans n'avoir jamais rencontré la personne et en ne connaissant manifestement RIEN des circonstances de sa vie quotidienne.

L'on se pose la question de comment la partie adverse, ne disposant pas de ces informations, a pu se prononcer valablement sur les autres aspects du dossier de la requérante.

L'on se pose également la question de savoir pourquoi le médecin-conseil n'a pas cherché à en savoir davantage sur la situation individuelle de la requérante et n'a pas cherché à requérir des informations.

D'autant plus que dans le certificat médical du Dr MEURIS, datant du 27.07.2016, indique que la néphropathie diabétique est non contrôlée (pièce n° 9).

L'on rappelle que le rapport « World Health Statistics 2016 » de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2016 indique qu'il existe 20.9% de probabilité de mourir d'un cancer ou de diabète en Guinée .

Les observations de la partie adverse concernant le diabète ne sont donc guère suffisantes.

En ce qui concerne l'hypertension artérielle, le médecin-conseil indique que celle-ci est tenue sous contrôle par la combinaison d'un inhibiteur ACE et du perindopril+amlodipine (Coveram).

Aucun élément de l'avis du médecin ne porte sur l'accessibilité ou la disponibilité d'un tel médicament.

L'on reste dans l'impossibilité de savoir si la requérante pourra continuer à soigner valablement son hypertension en cas de retour en Guinée.

Ces deux éléments prouvent que la décision attaquée est manifestement entachée d'un défaut de motivation important.

h.)

Enfin, il convient de noter que les informations provenant de la base de données MedCOL, régulièrement utilisée par les services de l'office pour analyser la disponibilité des soins et des médicaments dans les pays d'origine, sont laconiques et ne permettent pas d'affirmer que le suivi et les équipements dont les personnes gravement malades ont besoin, de manière vitale, sont disponibles. Ils ne permettent en effet pas de répondre aux questions les plus élémentaires concernant la disponibilité des soins, tant en termes de continuité que d'effectivité.

Plus fondamentalement encore, les médecins locaux travaillant au pays d'origine qui sont consultés dans le cadre de requêtes MedCOL sont engagés par l'Office des conseillers médicaux, qui relève d'un Ministère néerlandais. Il s'en déduit donc que la présence de ces médecins dépend uniquement de la pérennité d'un projet financé par un pays tiers. En soi, il ne peut donc être affirmé que des médecins nationaux sont présents sur place de manière durable et générale et fournissent des informations actualisées."

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

In de eerste bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag ervan, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, en naar het advies van de arts-adviseur die de medische elementen die voor verzoekende partij werden aangevoerd heeft onderzocht en daarop concludeerde dat er medisch gezien geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar het herkomstland omdat de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Guinee. Derhalve, zo besluit de verwerende partij in de eerste bestreden beslissing, kan uit het voorgelegde medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit en evenmin 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. Uit deze motieven blijkt dat de verwerende partij zich bij het nemen van de eerste bestreden beslissing volledig gesteund heeft op het advies van de arts-adviseur, dat moet worden beschouwd als integraal deel uitmakend van de eerste bestreden beslissing.

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

Verder blijkt ook dat in het bestreden bevel om het grondgebied te verlaten verwezen wordt naar de juridische grondslag, met name artikel 7, eerste lid, 1° van de vreemdelingenwet en aangegeven wordt dat verzoekende partij het grondgebied moet verlaten omdat zij niet in bezit is van een geldig paspoort en/of visum. Tevens wordt verwezen naar artikel 74/14, §3, 4° van de vreemdelingenwet en wordt verduidelijkt dat de termijn om het grondgebied te verlaten nul dagen is omdat zij geen gevolg heeft gegeven aan een eerdere verwijderingsmaatregel.

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

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

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

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

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door *“(d)e in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit 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”*.

Het medisch advies van de arts-adviseur van 1 augustus 2017 in hoofde van verzoekende partij vermeldt het volgende:

“NAAM: K. B. (...)

Vrouwelijk nationaliteit: Guinee geboren op 01.08.1963

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door Mevr. K. B. (...) in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 27.12.2013.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

- *SMG d.d. 25/11/2013 van Dr. Christelle Meuris, internist*
- *Consultatieverslag d.d. 25/11/2013 van de consultatie op 02/09/2013 van Dr. C. Meuris*
- *Consultatieverslag d.d. 30/09/2013 van de consultatie op 25/09/2013 van Dr. Emmanuel Beck, internist in opleiding bij Prof. Dr. A Scheen, internist-endocrinoloog*
- *Medisch attest d.d. 07/04/2014*
- *SMG d.d. 27/07/2016 van Dr. C. Meuris*
- *Consultatieverslag d.d. 27/07/2016 van de consultatie op 04/07/2016 van Dr. C. Meuris*
- *Consultatieverslag d.d. 14/07/2016 van de consultatie op 04/07/2016 van Dr. E. Beck*

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 54-jarige vrouw met een HIV-infectie en niet-insuline afhankelijke diabetes (diabetes mellitus type II) met arteriële hypertensie (hoge bloeddruk) en diabetische nefropathie (nieraandoening ten gevolge van te hoge suikergehalten in het bloed). Mevr. K. (...) is ook morbid obees (zeer zwaarlijvig).

Bespreking

Mevr. K. (...) werd in 2013 seropositief bevonden en werd sindsdien behandeld met antiretrovirale medicatie: Eviplera (rilpivriine+tenofovir). Deze therapie bleef ongewijzigd tot en met het meest recente

SMG d.d. 27/07/2016 en het virus bleef al die tijd onder controle. Het is noodzakelijk dat Mevr. K. (...) hiervoor levenslang opgevolgd en behandeld wordt om evolutie naar aids te voorkomen.

De diabetische nefropathie op zich wordt niet medicamenteus behandeld en de nefaste evolutie hiervan kan onder controle gehouden worden door de bloedsuikerwaarden gecontroleerd te houden.

Momenteel heeft Mevr. K. (...) nog geen insuline-inspuitingen nodig en worden de bloedsuikerwaarden onder controle gehouden door bloedsuikervertagende middelen, nl. metformine (Metformax), gliclazide (Uni Diamicon) en dulaglutide (Trulicity). Nergens in het voorgetegde medische dossier wordt er gesproken van een aanpassing van de levensstijl van Mevr. K. (...) door middel van een hypocalorisch en suikerarm dieet, noch over aansporing van Mevr. K. (...) om dagelijks 30min aangepaste lichaamsbeweging te nemen, wat zowel haar obesitas, bloedsuikerwaarden, als haar hoge bloeddruk ten goede zou komen en wat zou mogelijk kunnen maken dat haar medicatie hiervoor afgebouwd kan worden en dat zij niet afhankelijk wordt van insuline-inspuitingen. Diabetes type 2 is op zich een goedaardige aandoening. Het is een aandoening die perfect kan voorkomen worden. Alle internationale studies, zowel in Europa als in de VS en Azië zijn het erover eens dat een verandering van levensstijl hierbij veel belangrijker is dan medicatie. Vergelijking van de gegevens doet wat de behandeling betreft de balans onmiskenbaar overhellen richting van veranderingen in de levensstijl als essentieel onderdeel van de behandeling. De belangrijkste voordelen hiervan zijn een handhaving van het effect ook na de interventieperiode, de kosten-batenverhouding, de aanwezigheid van bijwerkingen en de concomitante vermindering van de andere cardiovasculaire risicofactoren.

De heilzame effecten van een aangepaste levensstijl blijven over een lange periode behouden, daar waar het effect van geneesmiddelen enkel aanwezig is wanneer ze worden ingenomen. Veranderingen in de levensstijl zijn minder duur en veiliger dan medicatie, en ze leveren bijkomende voordelen op zoals een vermindering van het cardiovasculaire risico op lange termijn.

Aile studies die verwijzen naar aanpassingen van de levensstijl impliceren gewichtsverlies, een vermindering van de opname van verzadigde vetten, een verhoogde vezelconsumptie en dagelijks matige lichaamsbeweging. De resultaten van die studies sluiten opmerkelijk goed bij elkaar aan, ongeacht waar ze werden uitgevoerd (VSt Europa, Azië) (2).

Zoals reeds aangehaald is het uit de medische stukken niet duidelijk of een aangepast dieet gevolgd wordt. In de grote meerderheid van de gevallen is een gewichtsvermindering en aangepaste activiteit, behandeling die enkel onder de verantwoordelijkheid van betrokkene zelf valt, de meest aangewezen behandeling en geen enkele arts vermag dit in haar plaats te doen.

De arteriële hypertensie wordt onder controle gehouden door een bloeddrukverlagend middel, nl. de combinatie van een ACE-inhibitor met een calcium antagonist: perindopril+amlodipine (Coveram).

Ik weerhoud dat opvolging en behandeling door een internist (infectioloog, endocrinoloog, cardioloog, nefroloog), voor Mevr. K. (...) van belang is.

Het feit dat één van de dochters van Mevr. K. (...) die in België verblijven verpleegkundige is en nodig zou zijn om de injectie van Trulicity bij betrokkene toe te dienen, wordt tegengesproken door de productinformatie van Trulicity. Het product wordt in een zodanige vorm aangeboden dat er geen verpleegkundige nodig is om de injectie toe te dienen (<http://www.mutiv.com/oiavers/English/7356751-eli-lilly-and-company-trulicity-dulaglutide-improve-glycemic-control-type-2-diabetes/>)

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging In het land van herkomst

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

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is (3):
Aanvraag MedCOI met het unieke referentienummer BMA 8990
Aanvraag MedCOI met het unieke referentienummer BMA 9461
Aanvraag MedCOI met het unieke referentienummer BMA 9229
2. Lijst van noodzakelijke medicatie beschikbaar in Guinee volgens recente MedCOI dossiers
3. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium
(http://www.bcfi.be/nl/chapters/12?fraa=11049&trade_familv=9753i; Atripa als analoog voor Evipera.
4. Organisatie die globaal legaal medicijnen levert die nog niet verkrijgbaar zijn in sommige landen kan Trulicity in Guinee leveren: <https://www.ikrispharmanetwork.cpn/index.html>

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling door een internist, HIV-specialist, nefroloog en endocrinoloog in Guinee beschikbaar zijn.

Eviplera en rilpivirine zijn momenteel niet beschikbaar in Guinee. De alternatieve combinatie van tenofovir+efavirenz (Atripa) is wel beschikbaar en kan Eviplera vervangen als antiretrovirale medicatie.

De antihypertensiva (ACE-inhibitor en calciumantagonist) zijn beschikbaar perindopril en amlodipine.

De bloedsuikerverlagende middelen, metformine en gliclazide zijn beschikbaar. Dulaglutide is pas relatief recent op de markt en momenteel nog niet beschikbaar in Guinee, maar van zodra Mevr. K. (...) met insuline (beschikbaar in Guinee) start, dient dit product gestopt te worden. Daarenboven is dit

product eigenlijk niet geschikt voor betrokkene, vermits zij al een aangetaste nierfunctie heeft en dit product niet aangewezen is voor mensen met een verminderde nierfunctie (http://www.bcfi.be/nl/chapters/6?fraci=25262&trade_family=32391). In elk geval kan zij het op voorschrift bekomen via de onder (4) vermelde firma.

Vitamine D is ook beschikbaar, maar zal in Guinee voor Mevr. K. (...) tijdens de wintermaanden niet meer nodig zijn, vermits er daar voldoende zonneschijn is om via de huid zelf adequaat vitamine D aan te maken.

Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie te bestaan om te reizen en geen strikt medische nood aan mantefeorg. Het feit dat Mevr. K.(...)hier van het gezelschap van haar dochters kan genieten is aangenaam voor betrokkenen, maar geen medische indicatie voor een uitzonderlijk verblijf om medische redenen.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tót behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds. Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de Vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De structuur van het gezondheidszorgstelsel van de Republiek Guinee bestaat uit drie niveaus. Het nationale of centrale niveau is verantwoordelijk voor de regulering van de gezondheidszorgsector, het beheer van gezondheidsbeleid, de coördinatie en de toewijzing van middelen. Het regionale niveau is verantwoordelijk voor het toezicht en de controle op de door het centraal niveau gegeven richtlijnen en biedt technische ondersteuning aan het gezondheidsdistrict. En tot slot is het gezondheidsdistrict verantwoordelijk voor de uitvoering ervan. Op dit niveau wordt het gezondheidsbeleid geïmplementeerd.⁴ Het gezondheidszorgstelsel bestaat nog eens uit 4 subsystemen. (5)

Wat betreft de sociale zekerheid bestaat er in Guinee geen openbaar ziektekostenverzekeringssysteem. Er zijn echter projecten, zoals het project van het CIDR, dat erop gericht is om in de steden en op het platteland mutualiteitsorganisaties te creëren en te consolideren om de bestaande gezondheidsdiensten financieel gezien toegankelijker te maken voor de bevolkingen, of het programma « Santé pour tous », dat in 2002 gelanceerd werd door de Association Nantes-Guinée, om de oprichting en de ontwikkeling van gezondheidsmutualiteiten te steunen. Het doel is om bij te dragen tot de verbetering van de gezondheid van de bevolking, via een/betere toegang tot kwalitatief goede gezondheidszorgen. (7)

Het algemeen regime van de National Social Security Fund (NSSF) dekt enkel de werknemers en hun familie van de formele sector.⁶ De andere lagen van de actieve bevolking van de informele sector beschikken over geen enkele vorm van sociale bescherming en worden door geen regime gedekt. De ziektekostenverzekering van de NSSF dekt de werknemers in loondienst, de echtgenoten en de kinderen die gedurende op zijn minst drie maanden een bijdrage hebben betaald. Het ouderdomspensioen is op 55-60-65 jaar vastgelegd, in functie van de socio-professionele categorie (hiervoor moet men 15 jaar lang hebben lijdgedragen). (11)

Wat betreft betrokkene haar HIV-infectie kan vermeld worden dat onze MedCOI-contactpersoon GN2 verklaart dat na de uitbraak van Ebola veel gezondheidszorgstructuren zijn gebouwd en gerenoveerd. Eind 2016 zijn er 70 centra voorzien van ARV (= antiretroviral), 279 centra voor preventie van moeder-naar-kind (PMTCT), 115 vrijwillige HIV-begeleidings- en testcentra en 52 tuberculosebehandelingscentra. Onze contactpersoon wijst er ook op dat de hoeveelheid menselijke hulpbronnen voldoende is voor de behoeften van het land.¹² Volgens de MedCOI-contactpersoon GN2 blijkt uit een studie dat er 120.000 mensen met aids (PLWAIDS) in Guinee wonen, 31.781 van hen ondergaan een behandeling (ARV = antiretroviral). (13)

De MedCOI-contactpersoon GN2 verklaart dat er een verbetering is met betrekking tot de beschikbaarheid van reserves van HIV medicatie. In feite stelt de Centrale Apotheek van Guinee momenteel een veiligheidsvoorraad in. Wat betreft het HIV beleid, in februari 2015 zijn er 'the Guinean HIV richtlijnen gepubliceerd', daarin staat dat alle mensen PLWAIDS met CD4<500 de ARV- therapie

moeten starten. Een recente nota van februari 2017 van de minister van Volksgezondheid, Dr Abdourahmane Diallo, zegt dat alle mensen onmiddellijk moeten starten met de behandeling ARV als ze de diagnose HIV krijgen.¹⁴

Volgens onze MedCOI-contactpersoon GN2, zijn gezondheidszorgen gerelateerd aan HIV (inclusief screening. ARV, de behandeling van 'opportuniste infections' (OI), biologische monitoring (CD4 and viral load and balance exams)) gratis. De gratis.behandelingen van OI's worden niet altijd verstrekt Sommige orgaanfunctie-onderzoeken (balance exams)zoals nierbalans, bloedtelling, leverfunctietesten zijn in sommige structuren van het systeem gebaseerd op een bepaalde tarief, orndat het HIV-programma deze tarieven niet dekt. In het rapport van .boyengenoemde MSF staat ook dat naast het gratis ARV-beleid, de HIV patiënten moeten betalen voor hun essentiële zorg zoals labo-onderzoeken en essentiële medicatie die nodig is voor OI-behandelingen. Patiënten met HIV en andere pathologieën krijgen alleen vrije zorg voor HIV-behandelingen. De behandelingskosten van andere ziekten worden gedragen door de patiënt en zijn familie.⁽¹⁷⁾

De advocaat van betrokkene haalt in het verzoekschrift aan dat een behandeling voor HIV in Guinee niet toegankelijk en beschikbaar is. Er worden echter geen bewijzen aangehaald dat deze algemene stelling op de individuele situatie van betrokkene van toepassing is.

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

Er is geen strikte noodzaak tot mantezorg. Betrokkene haar twee meerderjarige kinderen wonen hier in België, doch zij kunnen hun steentje bijdragen van hieruit. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Guinee, het land waar zij ruim 49 jaar verbleef, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht zou kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de - nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. Betrokkene geeft zelf aan in haar asielaanvraag (dd. 07/11/2012) dat ze nog 2 broers en/of zussen en nog 4 halfbroers en/of halfzussen heeft die in Conakry wonen te Guinee, de stad waar betrokkene voor haar komst naar België ook heeft gewoond.⁽¹⁸⁾ Nogmaals wil ik terugkomen op het feit dat betrokkene hier in België 2 meerderjarige dochters heeft, de ene dochter is erkend als vluchteling en de andere heeft de Belgische nationaliteit. Zij kunnen van hieruit ook meehelpen om de zorgen voor hun moeder in Guinee te bekostigen ed. Er is dus geen enkele aanwijzing in het dossier dat erop wijst dat deze niet in staat zijn om een inkomen uit arbeid te bekomen. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor zichzelf en voor de nodige kosten die gepaard gaan met de behandeling van hun moeder/zus/schoonzus.

Niets in het dossier wijst erop dat betrokkene ook niet zelf zou kunnen instaan voor haar nodige zorgen aldaar, door een inkomen te verwerven uit arbeid.

Bovendien legt betrokkene geen enkel bewijs voor dat men niet in staat is te reizen, waardoor kan aangenomen worden dat een terugkeer naar Guinee mogelijk is.

Concluderend kan gesteld worden dat de nodige zorgen toegankelijk zijn in Guinee.

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de HIV-infectie van Mevr. K. (...), hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Guinee.

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

Hoogachtend,

Dr. (...) Arts-adviseur

In tweevoud opgemaakt"

3.6. Zoals duidelijk blijkt uit het advies heeft de arts-adviseur aan beide toepassingsgevallen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet getoetst.

De Raad dient hierbij te duiden dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet in twee situaties voorziet waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfsmachtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoont dat een terugkeer op zich naar zijn land van herkomst niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het

gedrang te brengen (cf. Parl. St. Kamer, 2005-06, nr. 2478/001, 34) en er dus “een onmogelijkheid om te reizen” bestaat (Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Het betreft hier dus vreemdelingen “die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst” en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de vreemdelingenwet (Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 9). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat hierbij in regel zal dienen te worden onderzocht of het mogelijk is om een ziekte te laten behandelen in het land van herkomst en of de effectieve toegang tot een behandeling van deze ziekte in het land van herkomst van een vreemdeling voldoende is gegarandeerd (Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/001, 35 en Parl. St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138).

In casu blijkt dat de arts-adviseur geoordeeld heeft dat verzoekende partij kan reizen en dat de medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland.

3.7. Verder benadrukt de Raad dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet niet voorziet dat verweerder een beroep dient te doen op een geneesheer-specialist wanneer bij een aanvraag om machtiging tot verblijf specialistische verslagen worden gevoegd (RvS 13 mei 2014, nr. 10.484 (c)) en dat voormelde wetsbepaling ook niet voorziet dat de aangestelde arts-adviseur van een bijzondere expertise blijf dient te geven om de door de vreemdeling ingediende medische attesten te beoordelen of dat hij, enkel omdat het standaard medisch getuigschrift van de vreemdeling door een geneesheer-specialist is opgesteld, verplicht zou zijn om zich met een gespecialiseerd arts in verbinding te stellen (RvS 6 november 2013, nr. 225.353). Verzoekende partij kan evenmin gevolgd worden in haar betoog als zou de arts-adviseur niet bevoegd zijn om alternatieve medicatie voor te stellen.

3.8. Verzoekende partij betoogt in de eerste plaats dat geen rekening werd gehouden met de aanvullende stukken toegestuurd in april 2014 en in november 2016.

Zij wijst er in eerste instantie meer specifiek op dat geen rekening werd gehouden met een document van 2014 inzake de ebola-epidemie die heerst in Guinee.

3.9. Naast de vaststelling dat verzoekende partij de actualiteitswaarde van haar betoog inzake de ebola-epidemie in Guinee niet aantoonde nu de informatie waarnaar zij verwijst dateert van 2014 en niet blijkt dat er actueel nog sprake is van enige ebola-epidemie in Guinee zodat de kritiek van verzoekende partij belang ontbeert, dient alleszins gesteld dat de arts-adviseur in het medisch advies wel degelijk ingegaan is op het betoog inzake de ebola-uitbraak en vastgesteld heeft dat: “Wat betreft betrokkene haar HIV-infectie kan vermeld worden dat onze MedCOI-contactpersoon GN2 verklaart dat na de uitbraak van Ebola veel gezondheidszorgstructuren zijn gebouwd en gerenoveerd. Eind 2016 zijn er 70 centra voorzien van ARV (= antiretroviral), 279 centra, voor preventie van moeder-naar-kind (PMTCT), 115 vrijwillige HIV-begeleidings en testcentra en 52 tuberculosebehandelingscentra. Onze contactpersoon wijst er ook op dat de hoeveelheid menselijke hulpbronnen voldoende is voor de behoeften van het land.¹² Volgens de MedCOI-contactpersoon GN2 blijkt uit een studie dat er 120.000 mensen met aids (PLWAIDS) in Guinee wonen, 31.781 van hen ondergaan een behandeling (ARV = antiretroviral). (13)”

Gelet op voorgaande vaststellingen toont de verzoekende partij met haar betoog inzake de ebola-uitbraak in 2014 in Guinee niet aan dat zij thans omwille van haar aandoening een verhoogd risico loopt op besmetting met ebola en overlijden bij terugkeer. Nogmaals benadrukt de Raad dat verzoekende partij de actualiteitswaarde van haar betoog niet aantoonde en verder stelt de Raad vast dat verzoekende partij de bevindingen van de arts-adviseur dat sinds de ebola-uitbraak veel gezondheidszorgstructuren gebouwd en gerenoveerd zijn niet kan doen wankelen. De loutere kritiek dat dit geen afdoend antwoord kan zijn op de alarmerende vaststellingen, is geenszins overtuigend nu zij er hiermee niet in slaagt aan te tonen dat Guinee niet in staat is geweest het hoofd te bieden aan de gevolgen van de ebola-uitbraak. In tegendeel, uit het advies van de arts-adviseur blijkt duidelijk dat Guinee geïnvesteerd heeft in de gezondheidsstructuren. Haar kritiek dat niet blijkt wat de gevolgen zijn geweest van de ebola-uitbraak op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorgen is bijgevolg onterecht gelet op de bevindingen van de arts-adviseur dienaangaande die zich in contact heeft gesteld met de MedCOI-contactpersoon waaruit blijkt dat veel gezondheidsstructuren gebouwd en gerenoveerd zijn, dat er voldoende menselijke hulpbronnen zijn en dat er een verbetering is met betrekking tot de

beschikbaarheid van reserves van HIV-medicatie alsook is er een positieve evolutie inzake het HIV-beleid. Door louter vast te houden aan gedateerde informatie van 2014 zonder in concreto in te gaan op de bevindingen van de arts-adviseur die dateren van juli 2017, slaagt verzoekende partij er geenszins in afbreuk te doen aan het advies van de arts-adviseur.

3.10. Verzoekende partij betoogt voorts dat geen rekening gehouden werd met de aanvullende stukken toegestuurd op 16 november 2016, zijnde twee medische attesten van 27 juli 2016 en een medisch attest van 14 juli 2016.

3.11. Uit nazicht van het administratief dossier blijkt dat verzoekende partij volgende medische attesten aan haar aanvraag heeft gevoegd:

- Medisch attest dd. 30 september 2013: diabetes type II. Huidige behandeling: Metformax, Uni Diamicon, Januvia, Amlodipine, Eviplera alsook D-Cure.
- standaard medisch getuigschrift dd. 25 november 2013: diagnose: HIV, diabetes type II, HTA, (...)onleesbaar. Medicamenteuse behandeling bestaat uit Eviplera, Januvia, Unidiamicon, Netformax, Amlodipiline. Het betreft een levenslange behandeling.
- Medisch attest dd. 25 november 2013: opvolging voor HIV. Behandeling bestaat uit Metformax, Unidiamicon, Amlodipiline, Januvia en Eviplera.
- Medisch attest dd. 7 april 2014: attestering dat verzoekende partij opgevolgd wordt voor HIV via internist alsook via endocrinoloog voor de diabetes. De HIV is onder controle met Eviplera.
- standaard medisch getuigschrift dd. 27 juli 2016 waaruit blijkt dat verzoekende partij lijdt aan HIV behandeld met Nadir van CD4 330, diabetes type II, thans behandeld met injectie van Trulicity maar een insulinetherapie wordt voorzien in de komende maanden, nefropathie diabetes, niet gecontroleerd en HTA behandeld via bi-therapie. De actuele medicamenteuse behandeling bestaat uit Eviplera, Coveram, metformax, Una diamicon, Trulicity en D-Cure. Er waren geen hospitalisaties en de behandeling dient levenslang te gebeuren. Verder blijkt dat verzoekende partij moet opgevolgd worden door een diabetoloog en infectioloog en mogelijks door een nefroloog. Alsook bestaat de mogelijkheid dat verzoekende partij behandeld moet worden met insuline.
- medisch attest dd. 27 juli 2016 waaruit blijkt dat verzoekende partij behandeld wordt met Metformax, Unidiamicon, Januvia, Coveram en D-cure alsook Eviplera.
- medisch attest van 14 juli 2016: consultatie endocrinologie. De huidige behandeling bestaat uit Metformax, Uni Diamicon, Januvia, Coveram, Eviplera en D-Cure. De Januvia wordt vervangen door Trulicity. De ultieme oplossing bestaat in een insulinetherapie. Voor de nefropathie diabetes wordt de dosis Coveram verhoogd.

De Raad stelt vast op lezing van het medisch advies van de arts-adviseur van 1 augustus 2017 dat verzoekende partij hoegenaamd niet gevolgd kan worden in haar betoog dat de arts-adviseur de aanvullende medische stukken gedateerd 27 juli 2016 en 14 juli 2016 veronachtzaamd heeft. Waar verzoekende partij erop wijst dat deze medische attesten aangeven dat een insuline-behandeling weldra in het vooruitzicht wordt gesteld en de arts-adviseur hiermee geen rekening heeft gehouden, gaat zij voorbij aan de bevindingen van de arts-adviseur die stelt: *“Momenteel heeft Mevr. K. (...) nog geen insuline-inspuitingen nodig en worden de bloedsuikervwaarden onder controle gehouden door bloedsuikerverlagende middelen, nl. metformine (Metformax), gliclazide (Uni Diamicon) en dulaglutide (Trulicity).”* Dit strookt met de gegevens uit de voorgelegde medische attesten. Uit niets blijkt dat de actuele behandeling van verzoekende partij bestaat uit insuline-behandeling. Bovendien heeft de arts-adviseur er tevens op gewezen dat diabetes type II een goedaardige aandoening is en dat niet blijkt dat verzoekende partij een aanpassing van levensstijl ondergaat door middel van een hypocalorisch en suikerarm dieet noch dat zij aangespoord wordt tot lichaamsbeweging wat zowel haar obesitas, bloedsuikervwaarden als haar hoge bloeddruk ten goede zou komen en wat zou mogelijk kunnen maken dat zij daardoor haar medicatie kan afbouwen en dat zij niet afhankelijk wordt van insuline-inspuitingen. Verzoekende partij, die meent dat de arts-adviseur geen uitspraak kan doen over haar levensstijl zonder haar ooit gezien te hebben, gaat eraan voorbij dat de arts-adviseur zich op zijn medische kennis steunt om te stellen dat een gezonde levensstijl een verbetering van haar aandoening diabetes type II kan bewerkstelligen. De arts-adviseur hoeft verzoekende partij daartoe niet persoonlijk te zien om dergelijke uitspraken te doen. Verzoekende partij betwist ook geenszins dat een gezonde levensstijl een positieve invloed kan hebben op voormelde aandoening en bovendien toont zij ook geenszins aan dat zij thans wel een gezonde levensstijl heeft.

Wat er ook van zij, de Raad dient vast te stellen dat de arts-adviseur, niettegenstaande zijn bedenkingen omtrent de gezonde levensstijl van verzoekende partij, niet alleen de beschikbaarheid

nagegaan is van de bloedsuikerverlagende middelen die verzoekende partij thans neemt, zijnde metformine, gliclazide en dulaglutide waarbij gebleken is dat deze medicatie beschikbaar is in Guinee alsook blijkt dat verzoekende partij dulaglutide op voorschrift kan krijgen (zie punt 4 onder beschikbaarheid). Verder blijkt immers dat de arts-adviseur ook de beschikbaarheid van insuline is nagegaan in geval verzoekende partij toch hierop zou moeten overschakelen en er blijkt inderdaad dat insuline beschikbaar is in Guinee. Immers wordt in het MedCOI antwoordformulier met referentienummer BMA 9461 duidelijk aangegeven dat insuline beschikbaar is. Verzoekende partij gaat hier met haar betoog volledig aan voorbij.

Verzoekende partij slaagt er met haar betoog niet in aan te tonen dat de arts-adviseur op verkeerde gronden of op kennelijk onredelijke wijze tot de vaststelling is gekomen dat zij voor haar aandoeningen in het herkomstland terecht kan aangezien aldaar de noodzakelijke medische zorgen beschikbaar zijn.

3.12. Verzoekende partij uit in een laatste onderdeel tenslotte kritiek op de toegankelijkheid van de medische zorgen in het herkomstland. Volgens haar werd er niet voldoende rekening gehouden met de door haar voorgelegde informatie over de niet toegankelijkheid van de medische zorgen inzake HIV/aids, het gebrek aan infrastructuur, het deficit van het Guineese gezondheidssysteem, het gebrek aan sociale zekerheid.

3.13. Wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen, blijkt uit het advies van de arts-adviseur dat deze erop wijst dat het gezondheidstelsel in Guinee zich op drie niveaus situeert en dat het gezondheidszorgstelsel nog eens uit vier subsystemen bestaat. Hij erkent dat er geen openbaar ziektekostenverzekeringssysteem bestaat maar hij wijst erop dat er diverse projecten bestaan die erop gericht zijn om in de steden als op het platteland mutualiteitsorganisaties te creëren en consolideren om de bestaande gezondheidsdiensten financieel toegankelijker te maken voor de bevolking. Verder wijst hij op het algemeen regime van de National Social Security Fund dat enkel werknemers van de formele sector en hun familie dekt. De andere lagen van de actieve bevolking van de informele sector worden niet gedekt.

De arts-adviseur heeft zich voorts in verbinding gesteld met de MedCOI-contactpersoon die bevestigt heeft dat de gezondheidszorgen gerelateerd aan HIV gratis zijn. Er blijkt wel dat de gratis behandelingen van opportunistische infecties niet altijd verstrekt worden en dat sommige orgaanfunctieonderzoeken in sommige infrastructuren gebaseerd zijn op een bepaald tarief omdat het HIV-programma deze tarieven niet dekt. Verder blijkt ook dat HIV-patiënten wel moeten betalen voor essentiële zorg zoals labo-onderzoeken en essentiële medicatie die nodig is voor opportunistische infecties behandelingen. De behandelingskosten voor andere ziekten dan HIV worden verder gedragen door de patiënt of diens familie.

De arts-adviseur wijst er op dat verzoekende partij beroep kan doen op IOM die haar kan helpen bij terugkeer en het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Verder stelt hij vast dat verzoekende partij geen mantelzorg behoeft en dat de twee kinderen van verzoekende partij die in België wonen financieel hun steentje kunnen bijdragen van hieruit. Ook meent hij dat het onwaarschijnlijk is dat verzoekende partij in het land waar zij ruim 49 jaar verbleef, geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. Hij wijst er daarbij op dat verzoekende partij zelf tijdens haar asielaanvraag verklaarde dat zij nog twee broers en/of zussen en nog vier halfbroers en/of halfzussen heeft die in Conakry wonen, de stad waar zijzelf voor haar komst naar België ook heeft gewoond. Daarnaast wijst de arts-adviseur er ook op dat verzoekende partij ook zelf via arbeid kan instaan voor de nodige zorgen.

In essentie stelt de arts-adviseur aldus vast dat de behandeling van HIV in principe gratis is, met enkele uitzonderingen en dat voor de rest van de aandoeningen moet betaald worden voor behandeling. Hij wijst er evenwel op dat er projecten zijn in Guinee die als doel hebben de bestaande gezondheidsdiensten financieel toegankelijker te maken en hij stelt daarnaast vast dat verzoekende partij twee dochters in België heeft waarbij niks erop wijst dat deze vanuit België niet mee zouden kunnen instaan voor het financiële aspect van de behandeling in het herkomstland, alsook dat blijkt dat verzoekende partij nog familie heeft in het herkomstland waarbij zij indien nodig terecht kan en dat zijzelf ook via arbeid kan instaan voor de nodige kosten. Tenslotte stelt hij ook vast dat verzoekende partij beroep kan doen op IOM inzake terugkeer en reïntegratie.

3.14. Waar verzoekende partij erop wijst dat zij niet in aanmerking komt voor de ziekteverzekering voor werknemers doet zij met haar betoog geen afbreuk aan de voormelde vaststellingen van de arts-adviseur inzake de eigen financiële mogelijkheden die zij heeft via familie en eventueel via haarzelf.

Met haar bloot betoog dat zij geen familie meer heeft in Guinee toont verzoekende partij evenmin de financiële onhaalbaarheid aan van de benodigde medische zorgen in Guinee. Dit alles temeer nu niet alleen kan aangenomen worden dat verzoekende partij wel degelijk nog familie heeft in Guinee die haar kan helpen gelet op haar verklaringen tijdens haar asielaanvraag waaruit blijkt dat zij wel degelijk nog familie heeft in Guinee, maar dat bovendien haar twee dochters die in België verblijven haar van hieruit ook financieel kunnen steunen in het betalen van de medische behandeling ter plekke. Zo blijkt uit de beslissing van de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen dat één van de in België verblijvende dochters verzoekende partij geholpen heeft bij de financiering van de bouw van een huis in Guinee. Niet alleen staat daarmee vast dat verzoekende partij alleszins een eigendom heeft in Guinee en zich derhalve al geen zorgen moet maken over onderdak, maar blijkt tevens dat minstens één van de dochters in België bij machte bleek om haar moeder vanuit België financieel te ondersteunen. Uit niets blijkt dat dat thans niet meer zou kunnen. Eveneens heeft de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen vastgesteld dat verzoekende partij zich een lager profiel aanmeet dan wat overeenstemt met de werkelijkheid. Zo is doorheen de verklaringen van de verzoekende partij gebleken dat zij een zeer zelfredzame vrouw is die erin slaagde in Guinee werk te vinden als schoonmaakster. Verder is ook gebleken dat zij aldaar over een uitgebreid sociaal netwerk beschikt. Het beroep tegen de beslissing van de commissaris-generaal werd verworpen door de Raad. Verzoekende partij kan dan ook gelet op voorgaande vaststellingen niet ernstig voorhouden dat het totaal illusoir zou zijn dat zij in Guinee werk zou vinden. Zij betwist niet dat zij geen attest van (algehele) arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd zodat zij niet kan volstaan met de bemerking dat haar gezondheidstoestand haar niet zou toelaten te werken en verder ziet de Raad niet in waarom het gegeven dat zij thans 54 jaar is zou inhouden dat het voor haar onmogelijk is om opnieuw aan de slag te gaan in Guinee, juist gelet op haar profiel als zelfredzame vrouw en temeer de arts-adviseur er ook op gewezen heeft dat zij indien nodig beroep kan doen op IOM om haar te helpen in haar zoektocht naar inkomensgenererende activiteiten. Waar verzoekende partij er nog op wijst dat zij niet in aanmerking zal komen voor pensioen daar ze daartoe vijftien jaar moet bijgedragen hebben, wijst de Raad erop dat niet blijkt dat verzoekende partij als 54-jarige thans al in aanmerking komt voor pensioen zodat zij sowieso nog een aantal jaren kan bijdragen aan het systeem in kader van tewerkstelling en zij niet aantoon dat deze jaren van tewerkstelling gecombineerd met de reeds gepresteerde arbeid in het verleden niet voldoende zullen zijn om in aanmerking te komen voor pensioen. Bovendien, zelfs indien verzoekende partij in de toekomst niet pensioengerechtigd zou zijn, dan nog doet zij daarmee geen afbreuk aan de bevindingen van de arts-adviseur dat zij zich financieel kan laten bijstaan door haar familie.

3.15. Waar verzoekende partij nog verwijst naar stukken van MSF van 2012 om te stellen dat de financiering van HIV-zorgen ondermaats is, dat de ziekenhuizen regelmatig geconfronteerd worden met stock-problemen, dat soms nieuwe patiënten geweigerd worden en dat de toegang tot gezondheidszorgen voor HIV-patiënten dramatisch is alsook dat er een gebrek is aan aniretrovirale middelen waarbij patiënten evenmin toegang hebben tot biologische analyses zoals CD4 of de virale lading, wijst de Raad erop dat de arts-adviseur zich in verbinding heeft gesteld met de MedCOI-contactpersoon die in juli 2017 erop gewezen heeft dat er eind 2016 70 centra voorzien zijn van ARV (antiretroviral), 279 centra voor preventie van moeder naar kind (PMTCT), 115 vrijwillige HIV-begeleidings- en testcentra en waarbij erop gewezen wordt dat de hoeveelheid menselijke hulpbronnen voldoende is voor de behoeften van het land. Verder blijkt er een verbetering met betrekking tot de beschikbaarheid van reserves van HIV-medicatie waarbij een veiligheidsvoorraad werd ingesteld. Tevens werden in 2015 the Guinean HIV richtlijnen gepubliceerd waarin staat dat alle mensen met CD4 lager dan 500 de ARV-therapie moeten starten, hetgeen ook blijkt uit een recente nota van februari 2017 van de minister van Volksgezondheid waarin gesteld wordt dat alle mensen onmiddellijk met de behandeling ARV moeten starten wanneer ze de diagnose HIV krijgen.

Inderdaad blijkt uit de informatie waarop de arts-adviseur zich ent en die zich bevindt in het administratief dossier (BDA-20170530-GN-6545 van 27 juli 2017) dat na de ebola-uitbraak tal van gezondheidsinfrastructuren gebouwd en gerenoveerd zijn en dat ingezet wordt op de behandeling van HIV-patiënten waarbij er een verbetering is van de reserves inzake HIV-medicatie. Tevens blijkt dat de HIV-behandeling grotendeels gratis is maar dat voor sommige behandelingen en voor de behandeling van andere aandoeningen wel betaald moet worden. Verder blijkt inderdaad dat HIV-medicatie gratis is, dat ook CD4 en virale lading behandeling alsook ambulante opvolging als opvolging in het ziekenhuis

door een HIV-specialist gratis is. Tevens blijkt uit deze informatie wat de prijs is voor medicatie waaronder bloedsuikerverlagende middelen en perindopril, hetgeen neerkomt op een prijs variërend van ongeveer 2 euro tot 32 euro per doos van dertig eenheden. Verder blijkt ook dat de opvolging door een nefroloog omgerekend 4,5 euro bedraagt, door een endocrinoloog tussen de 1,8 euro en 4,5 euro in een diabetescentrum, door een HIV nefroloog bij opname 17,9 euro per maand en opvolging door een huisarts 1,4 euro. Verzoekende partij kan gelet hierop bezwaarlijk voorhouden dat de prijs van de door haar benodigde medische zorgen dermate hoog is dat zij dit, mits eventueel de hulp van haar familie, niet zou kunnen bekostigen.

De Raad stelt vast dat verzoekende partij blijft verwijzen naar informatie gevoegd aan haar aanvraag aangaande het gezondheidssysteem in Guinee en de tekortkomingen ervan alsook het gebrek aan sociale zekerheid (meer bepaald stukken 7A tot E die dateren van 2007, 2008, 2010, 2011 en 2012), maar de Raad stelt vast dat deze informatie dateert van meerdere jaren geleden en verzoekende partij niet aantoont dat, gelet op de meer recente informatie waarop de arts-adviseur zich steunt alsook de bevindingen inzake de specifieke situatie van verzoekende partij aangaande haar zelfredzaamheid en familie, de door haar aangehaalde informatie nog dienstig is.

Gelet op voorgaande vaststellingen van de arts-adviseur die gebaseerd zijn op uiterst recente informatie, kan verzoekende partij evenmin overtuigen met haar verwijzing naar informatie van 2012 van MSF die als gedateerd mag worden beschouwd in het licht van de informatie waarnaar de arts-adviseur verwijst.

Waar verzoekende partij nog verwijst naar een artikel van OMS van 2015 stelt de Raad vast dat hierin inderdaad gewezen wordt op tekortkomingen inzake de toegang tot gezondheidszorg, de kwaliteit van de geleverde diensten, de lange wachttijden en het gebrek aan medicatie, maar dat dit een zeer algemeen artikel betreft over het gezondheidssysteem in Guinee dat voor verbetering vatbaar is en dat geenszins ingegaan wordt op de specifieke aandoeningen van de verzoekende partij waarvan de arts-adviseur, zich baserende op recente bronnen en de persoonlijke situatie van verzoekende partij, vastgesteld heeft dat de medische zorgen in Guinee beschikbaar en toegankelijk zijn. Algemene kritiek op het gezondheidssysteem in Guinee is niet afdoende om in casu aan te tonen dat verzoekende partij zelf verstoken zal blijven van een adequate behandeling aldaar. Hetzelfde kan gesteld worden inzake het artikel van Mohamed Lamine Doumbouya waarnaar de verzoekende partij verwijst. De Raad benadrukt daarbij nog dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet slechts vereist dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verweerder aangestelde arts-adviseur dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van een zelfde kwalitatief niveau is als dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de arts-adviseur vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is. De arts-adviseur heeft, met verwijzing naar bronnenmateriaal, duidelijk uiteengezet dat verzoekende partij kan reizen en in Guinee kan beschikken over de nodige medicatie en een opvolging door artsen met de vereiste specialisaties. Hij heeft dan ook de in artikel 9ter van de vreemdelingenwet bepaalde criteria in acht genomen.

3.16. Zoals duidelijk blijkt uit de door de arts-adviseur gehanteerde bronnen is behandeling voor HIV alsook voor de andere aandoeningen waaraan verzoekende partij lijdt in Guinee wel degelijk beschikbaar en toegankelijk voor de verzoekende partij.

3.17. Waar verzoekende partij tenslotte nog stelt dat het medisch advies lacunes bevat inzake de HTA, dient evenwel vastgesteld dat de arts-adviseur gemotiveerd heeft dat de arteriële hypertensie (HTA) onder controle wordt gehouden door een bloeddrukverlagend middel, nl. de combinatie van een ACE-inhibitor met een calcium antagonist: perindopril + amlodipine (Coveram). Deze antihypertensiva blijken beschikbaar en toegankelijk voor verzoekende partij in Guinee (zie administratief dossier BMA 9461 en BMA 9229, gevolgd door BMA 9191, BMA 9178, beiden van 28 januari 2017 en BMA 8633 van 16 september 2016). Verzoekende partij toont met haar betoog niet aan waarin de lacune in de motivering zou bestaan.

Waar de verzoekende partij kritiek uit op de bevindingen inzake de diabetische nefropathie verwijst de Raad naar zijn bespreking onder punt 3.11. Nu duidelijk blijkt dat de arts-adviseur ondanks zijn

bemerkingen inzake de gezonde levensstijl van verzoekende partij toch nagegaan is of de behandeling voor haar diabetes ook beschikbaar en toegankelijk is in Guinee, toont de verzoekende partij met haar verwijzing naar de 21% kans in Guinee om te sterven aan de gevolgen van diabetes niet aan dat zij aldaar verstoken zal blijven van een adequate behandeling voor haar diabetes.

3.18. Waar de verzoekende partij nog kritiek uit op de betrouwbaarheid van de MedCOI-databank, wijst de Raad erop dat uit voetnoot 3 van het medisch advies blijkt dat de MedCOI-databank een project betreft omtrent het uitwisselen van informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen van herkomst, gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, die de informatie aangeleverd krijgt door drie bronnen. Door op algemene wijze de betrouwbaarheid van het MedCOI-project in twijfel te trekken, zonder daarbij ook effectief iets in te brengen tegen de inhoud van de informatie die uit de verslagen van de MedCOI-databank blijkt, toont de verzoekende partij niet aan dat het medisch advies van de arts-adviseur gesteund is op onjuiste feitelijke gegevens. Het loutere gegeven dat het MedCOI-project contractueel ondermeer (immers wordt de informatie niet enkel aangeleverd door lokale artsen maar ook door International SOS en Allianz Global Assistance) samenwerkt met dokters ter plaatse, doet immers geen afbreuk aan de inhoud van de door dit project verworven informatie waarbij de artsen van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst de aangeleverde informatie beoordelen. Bovendien is de informatie van het MedCOI-project terug te vinden in het administratief dossier, zodat de verzoekende partij de inhoud ervan heeft kunnen verifiëren en het haar vrijstond hiertegen concrete argumenten aan te brengen om de onjuistheid ervan aan te tonen, hetgeen zij op voormelde wijze evenwel nalaat te doen.

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

In casu toont de verzoekende partij dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat het in casu gaat om aandoeningen die in het herkomstland kunnen behandeld worden en verzoekende partij aldaar toegang heeft tot de behandeling. Een schending van artikel 3 EVRM kan niet aangenomen worden.

3.20. Verzoekende partij toont met haar betoog geen schending aan van de door haar aangehaalde bepalingen en beginselen. Het enig middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, in al zijn onderdelen ongegrond.

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen 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 twee februari tweeduizend achttien door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

S. DE MUYLDER