



Arrest

nr. 200 555 van 1 maart 2018
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat T. WIBAULT
Congresstraat 49
1000 BRUSSEL

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXe KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van onbepaalde nationaliteit te zijn, op 17 oktober 2017 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 2 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 onontvankelijk verklaard wordt en van het eraan voorafgaande advies van de ambtenaar-geneesheer van 28 juli 2017.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 20 november 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 14 december 2017.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. WIJNANTS.

Gehoord de opmerkingen van advocaat K. DESIMPELAERE, die loco advocaat T. WIBAULT verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat E. WILLEMS, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

De aangevochten beslissing van 2 augustus 2017 is het resultaat van een aanvraag die de verzoekende partij had ingediend om machtiging tot verblijf om medische redenen, op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet). Ze luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die per aangetekend schrijven van 11.05.2017 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 zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012) deel ik u mee dat dit verzoek onontvankelijk is.

Reden:

Artikel 9ter §3 – 4° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna Vreemdelingenwet), zoals vervangen door Art. 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012); de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde heeft in een advies vastgesteld dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.

Uit het medisch advies van de arts-adviseur d.d. 28.07.2017 (zie gesloten omslag in bijlage) blijkt kennelijk niet dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft.

De onontvankelijkheid van deze aanvraag wordt vastgesteld onverminderd de eerbiediging van de andere voorwaarden tot ontvankelijkheid, voorzien in Artikel 9ter §3.

Een eventuele onmogelijkheid tot reizen zal bij de uitvoering van een verwijdering onderzocht worden. “

Verzoeker vecht ook het medisch advies van 28 juli 2017, waarnaar in de voormelde beslissing wordt verwezen, aan.

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Het enig middel luidt als volgt:

“Enig middel gebaseerd op de schending van de artikelen 9ter en 62 van de Wet van 15.12.1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (de Vreemdelingenwet), artikelen 35, 119, 124 126 en 136 van de Code van de geneeskundige plichtenleer, artikelen 3. 8 en 13 van het Europese Verdrag van de Rechten van de Mens.

Eerste onderdeel

De vaststelling dat de ziekte niet ernstig zou zijn, komt echter uit een verschil in diagnose de psychiater die de verzoeker regelmatig opvolgt.

Nochtans is de ambtenaar-geneesheer blijkbaar geen psychiater. Erger nog, hij heeft verzoeker nooit ontmoet. Hij heeft dan ook geen contact opgenomen met de behandelende arts.

Volgens het Grondwettelijk Hof, is de ambtenaar-geneesheer gebonden aan de Code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Orde van geneesheren:

“B. 15. Niets wijst erop dat de wetgever in dat kader heeft willen afwijken van de rechten van de patiënt die in de wet van 22 augustus 2002 zijn vastgelegd. Bovendien zijn zowel de ambtenaar-geneesheer als de door de minister of zijn gemachtigde aangewezen geneesheer of nog de deskundigen die zouden moeten optreden ertoe gehouden de Code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Orde van geneesheren, met inbegrip van de regels intake onafhankelijkheid en ethiek die daarin worden

voorgeschreven, na te leven. Daaruit vloeit voort dat er in dat opzicht geen verschil in behandeling bestaat tussen de in de bestreden bepaling bedoelde vreemdelingen en elke andere patiënt."2 (eigen onderlijning.)

Bij zijn onderzoek over de werking van de afdeling 9ter bij de Dienst Vreemdelingenzaken, heeft de Federale Ombudsman de noodzaak van een werking van de ambtenaar-geneesheer binnen de geneeskundige plichtenleer uitgedrukt. Een aantal van de aanbevelingen zijn het rechtstreekse resultaat van de nood aan een betere naleving van de plichtenleer. Verzoeker verwijst hier naar aanbevelingen van de Federale Ombudsman die pertinent zijn voor zijn geval:

"6. De geneesheren-coördinatoren en de adviserend geneesheren van de cel medische evaluatie moeten hun opdrachten volledig autonoom kunnen uitvoeren, met naleving van de Code van geneeskundige plichtenleer.

7. De instructie van 14 juni 2012 van de hiërarchie van de DUV die de adviserend geneesheren verbiedt om contact op te nemen met de huisartsen moet worden ingetrokken: de interactie tussen adviserend geneesheren en huisartsen (deskundigen) moet om deontologische, praktische, ethische redenen en met het oog op transparantie worden toegelaten.

15. De continuïteit van de medische zorg verzekeren, betekent dat de adviserend geneesheren zich er concreet van vergewissen dat de verwijderingsmaatregel naar het land van herkomst kan worden uitgevoerd zonder het leven of de gezondheid van de aanvrager in gevaar te brengen, en dit minstens voor de tijd die noodzakelijk is opdat de aanvrager toegang zou kunnen krijgen tot de behandeling die als beschikbaar en toegankelijk werd geoordeeld.

16. De toegankelijkheid van de verzorging in het land van herkomst beoordelen, veronderstelt dat de adviserend geneesheren rekening houden met de individuele situatie van de aanvrager, in de reële sociale context zoals die ter ondersteuning van de aanvraag is meegedeeld (stuk 4)

De Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft een belangrijk advies uitgegeven over de draagwijdte van het advies van de ambtenaar-geneesheer en in hoeverre het over een medische akte gaat.

Het advies nr. 65 van 9 mei 2016 stelt voor:

"(...) volgens de directeur-generaal van de Dienst Vreemdelingenzaken is hun opdracht niet diagnoses of prognoses te stellen in de zin van artikel 124 van de Code van medische plichtenleer. Ze hebben geen arts-patiënt relatie met de vreemdeling. De adviezen spreken zich niet uit over patiënten, maar over de door de aanvragers voorgelegde medische dossiers: Gezien de opdracht van de ambtenaar-arts niet diagnostisch is en dus verschilt van deze van de behandelende arts, is het normaal dat zijn/haar advies kan verschillen van het diagnostisch oordeel van de behandelde arts. De opdracht van de ambtenaar-arts in deze context is dus volgens de directeur-generaal van de Dienst Vreemdelingenzaken niet vergelijkbaar met deze van een controlearts in de context van arbeidsgeneeskunde. De ambtenaren-artsen geven dus slechts advies aan die overheid, waarbij zij volgens hem geen medische handeling stellen en daardoor ook geen contact hoeven op te nemen met de confrater behandelende arts, die het standaard medisch getuigschrift in een bepaald dossier heeft opgesteld.

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek kan deze zienswijze niet bijtreden Wanneer een arts — weze het een ambtenaar of niet — advies geeft over een medisch dossier gaat het om een medische handeling, waarvoor die arts onder de medische plichtenleer valt

Zoals uitgewerkt in de inleiding van dit advies behoort ook het ethisch-deontologisch perspectief tot het juridische kader, aangezien de wet zelf de deontologische instanties (Orde der Artsen) de zorg toevertrouwt erover te waken dat de artsen hun plichten naleven. Elke arts, ook de ambtenaar-arts van de Dienst Vreemdelingenzaken, moet Zich bijgevolg in zijn medisch handelen richten op en onderwerpen aan dit ethisch-deontologisch kader, binnen dit kader gaat een advies over het medisch dossier van een patiënt onvermijdelijk en vanzelfsprekend over deze patiënt, en niet alleen over zijn dossier. Het dossier is vanuit ethisch- deontologisch perspectief een hulpmiddel bij het medisch handelen en nooit de finaliteit ervan. De ambtenaar-arts heeft zo een deontologische verantwoordelijkheid tegenover die patiënt, waarbij de medische plichtenleer ten volle speelt. Uiteraard

is niet elk artikel van de Code van geneeskundige plichtenleer van toepassing, omdat het geen behandelrelatie betreft maar een controle- en adviesbevoegdheid in een specifiek juridisch kader. (...)

(...) Volgens het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek stelt de ambtenaar-arts van de Dienst Vreemdelingenzaken dus een medische handeling als hij advies geeft. Deze medische handeling heeft een diagnostische component, aangezien het onder andere gaat over "de beoordeling van [...] de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling [...]" (art. 9ter, § 1, vijfde lid van de wet van 15 december 1980). Een beoordeling van een ziekte en van haar graad van ernst kan vanuit medisch perspectief niet anders geïnterpreteerd worden dan als een diagnostische taak, gevolgd door een indicatiestelling met name de beoordeling van de noodzakelijk geachte behandeling. De taak van de ambtenaar-arts verschilt uiteraard van die van de behandelende en attesterende arts, maar tegelijk vertoont deze taak vanuit medisch perspectief dus ook overlap. Art 35 (b) van de Code van geneeskundige plichtenleer stelt: "De arts mag zijn bevoegdheid niet overschrijden. Hij moet het advies inwinnen van confraters, onder meer van specialisten, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de patiënt, telkens wanneer dit binnen de diagnostische of therapeutische context nuttig of noodzakelijk blijkt." Wanneer een ambtenaar-arts die niet gespecialiseerd is in de aandoening in kwestie, een advies geeft dat afwijkt van het advies van een specialist in deze aandoening, is overleg tussen beide artsen daarom imperatief. Als na overleg de dissensus blijft bestaan, zijn een gesprek met en een klinisch onderzoek van de patiënt door de ambtenaar-arts en een advies van een onafhankelijke expert (specialist in de aandoening in kwestie) aangewezen, zoals ook wettelijk mogelijk, maar in de praktijk zelden toegepast(eigen onderlijning) (stuk 5)

De tweede bestreden beslissing schendt dus de geneeskundige plichtenleer. Hoewel er een duidelijke dissensus bestaat tussen de diagnoses van de dokter van de patiënt en de ambtenaar-arts, werd verzoeker niet gezien door de ambtenaar-arts en een onafhankelijke expert.

Artikel 9 ter, §1, al 5 van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

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

De woorden van deze bepaling zijn te vergelijken met deze van artikel 35.b van de Code van geneeskundige plichtenleer:

"De arts mag zijn bevoegdheid niet overschrijden. Hij moet het advies inwinnen van confraters, onder meer van specialisten, hetzij op eigen initiatief hetzij op verzoek van de patiënt, telkens wanneer dit binnen de diagnostische of therapeutische context nuttig of noodzakelijk blijkt(eigen onderlijning)

De ambtenaar-arts is zeker gebonden aan Hoofdstuk IV van de Code over de arts als adviseur, controleur, deskundige of ambtenaar.

Volgens artikel 119 van de Code van geneeskundige plichtenleer:

"De arts belast met een deskundig onderzoek naar de lichamelijke of geestelijke bekwaamheid of geschiktheid van een persoon of met om het even welk klinisch onderzoek, met de controle van een diagnose of met het toedicht op een behandeling, of nog met een onderzoek naar de medische prestaties voor rekening van een verzekeringsinstelling, moet de bepalingen van deze Code naleven. Hij mag geen opdracht aanvaarden die tegen de medische ethiek indruist(eigen onderlijning)

Volgens artikel 124 van de Code van geneeskundige plichtenleer:

" Wanneer deze artsen menen een diagnose te moeten stellen of een prognose te moeten maken, mogen zij slechts besluiten formuleren nadat zij de patiënt hebben gezien en persoonlijk hebben ondervraagd, zelfs indien zij gespecialiseerde onderzoeken hebben laten uitvoeren of over elementen beschikken die hen door andere artsen werden medegedeeld." (eigen onderlijning)

Als het gaat over het respect van de geneeskundige plichtenleer, is het vanzelfsprekend noodzakelijk dat de ambtenaar-geneesheer verzoekt om bijkomend advies in te winnen van deskundigen.

Het Koninklijk besluit van 17 mei 2007 stelt in zijn artikel 4, §1:

Indien nodig vraagt de ambtenaar-geneesheer, overeenkomstig [1 artikel 9ter, f 1, tweede lid,]1, van de wet, een bijkomend advies aan een deskundige in één van de hierna vermelde medische disciplines:

(...)

28° psychiatrie (+ ervaring posttraumatisch stress syndroom);

(...)

Artikel van hetzelfde besluit bepaalt verder de adviesprocedure van de specialist.

De schending van artikelen 35, 119 en 124 van de Code van de geneeskundige plichtenleer is aangetoond. Deze schending heeft tot gevolg dat de ambtenaar-geneesheer een illegale toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet heeft gemaakt en in het bijzonder van artikel 9ter, §1, al 5 van de Vreemdelingenwet waarin hij moet beslissen of een bijkomend advies van een deskundige noodzakelijk is of niet.

Tweede onderdeel

Dit onderdeel toont in concreto aan hoe het advies er niet in slaagt om de diagnose te staven om verder de noodzakelijkheid van de ontmoeting van patiënt en het verkrijgen van een bijkomend deskundig advies te onderstrepen.

Verzoeker heeft bij de behandeling van zijn asielaanvraag de deskundigheid van het CGVS om zijn verklaringen onder het begrip van "geloofwaardigheid" te behandelen in twijfel getrokken. Volgens zijn psycholoog en psychiater is het gewoon onzin om te verwachten dat verzoeker een coherent verhaal zou kunnen brengen. Integendeel, de onmogelijkheid voor verzoeker om een coherent verhaal te brengen, vormt wel degelijk het bewijs van een zwaar trauma en van het feit dat de oorzaak ervan zware vervolgingsfeiten betreffen. De asielaanvraag van verzoeker kon enkel behandeld worden door een aangepaste procedure met begrip voor zijn trauma. Hun advies werd verworpen door de asielinstanties met de conclusie dat zijn verklaringen ongeloofwaardig waren en dus werd zijn asielaanvraag verworpen.

Het is dan bijzonder alarmerend om dezelfde negatie van een medische diagnose te vinden binnen de 9ter procedure.

Het voeren van gesprekken is de eerste methode van de psychiatrie. Weigeren dat een psychiater zijn diagnosis opstelt vanuit zijn relatie met zijn patiënt, leidt tot de negatie van deze medische specialiteit.

Wanneer de ambtenaar-arts zijn mening geeft dat een gesprekstherapie beter in het land van herkomst plaats zou moeten vinden, verwijst hij blijkbaar naar "blootstellingstherapie." Dit vormt eigenlijk een verder bewijs van het gebrek aan deskundigheid van de ambtenaar-geneesheer in psychiatrie en psychologie. Confrontatie kan in een aantal gevallen deel uitmaken van de therapeutische middelen. Maar de uitleg van de Dienst Vreemdelingenzaken vormt hier enkel een misbruik van een therapeutisch model. Ten eerste is het niet correct om de terugkeer naar het herkomstland voor te stellen als basis van de confrontatie. Deze kan veel andere vormen nemen. Ten tweede blijft de blootstellingstherapie niet aanbevelenswaardig voor alle gevallen. Confrontatie kan wel interessant zijn voor een eenvoudig trauma. Als het over complexe of zware trauma's gaat, moet in principe de confrontatie uitgesloten worden.

Alle samen genomen, is het onbegrijpelijk voor verzoeker en zijn arts vanuit welk medisch standpunt en door welke middelen de ambtenaar-arts tot een omgekeerde diagnose is gekomen, zonder één enkele uitwisseling en ontmoeting met de patiënt en zijn arts te ontwikkelen.

De arts van verzoeker reageert ontzet op het medisch advies van de ambtenaar-arts:

"Comment peut-on exclure si rapidement la deuxième partie de la loi beige, à savoir le risque de traitement inhumain ou dégradant en cas de retour au pays.

(...) un renvoi au pays présenterait un risque vital assuré, ce qui est dénié sur la base seule de l'analyse d'un dossier et engage directement la responsabilité du Médecin conseil. Je n'ose voir une intention malfaisante mais plutôt une ignorance manifeste des spécificités en termes de psychiatrie, spécialité pourtant médicale. Je regrette le manque d'appel par mon confrère à un tiers professionnel spécialisé ou la rencontre avec le patient, telle que la loi l'y autorise. Je ne doute pas qu'un évaluateur externe spécialisé en psychiatrie pourra corroborer mes dires et demande que l'évaluation soit déclarée caduc.
» (stuk 6)

Vrije vertaling

"Hoe kan men zo snel het tweede deel van de Belgische Wet, met name het risico op onmenselijke of vernederende behandeling in geval van terugkeer naar het land van herkomst, uitsluiten.

(...) een terugkeer naar het land van herkomst maakt een gegarandeerd fundamenteel risico uit, dat betwist wordt louter door de analyse van een dossier en de rechtstreekse verantwoordelijkheid is van de ambtenaar-geneesheer. Ik duif het niet te wijten aan slechte bedoelingen, maar eerder een manifeste onwetendheid over psychiatrische specificiteiten dat nochtans een medische specialisatie uitmaakt. Ik betreur het feit dat mijn confrater geen beroep gedaan heeft op een externe deskundige, of dat hij mijn patiënt niet ontmoet heeft, zoals nochtans voordien door de wet. Ik twijfel er niet aan dat een beoordeling door een externe deskundige in de psychiatrie mijn bevindingen zou kunnen staven en vraag dat deze beoordeling nietig wordt verklaard "

De arts van verzoeker werkt bij een gespecialiseerde dienst voor geestelijke gezondheidszorg voor mensen op de vlucht. Hij volgt verzoeker regelmatig op, gedurende meer dan twee jaar.

De ambtenaar-arts legt een andere therapie voor en weigert de ernst van het trauma te erkennen. Op beide niveaus voert hij hier dan een andere diagnose zonder effectieve inschatting van de individuele toestand van verzoeker.

Het Witboek gepubliceerd door een groep dokters, advocaten, juristen en terreinwerkers in oktober 2015, onderstreept het gebrek aan inoverwegingname van psychologische en psychiatrische elementen binnen het werk van de ambtenaar-geneesheer:

"We stellen in de praktijk vast dat mentale gezondheidsproblemen bijzonder slecht in overweging worden genomen door de administratieve overheid. Deze problemen lijken vaak onderschat en slecht gekend te zijn wat de noodzakelijke medische opvolging betreft.

Indien er verwezen wordt naar ernstige psychologische problemen zoals bijvoorbeeld oorlogstrauma's of het posttraumatisch stresssyndroom (PTSD/PTSS), stellen we vast dat de artsen van de DVZ er de gewoonte van gemaakt hebben om zich te verschuilen achter de twijfelachtige en bekritiseerde (blootstellingstherapie,.. En dit pondeer over te gaan tot een in concreto en globaal onderzoek van de aanvraag. In het kort, gaat deze therapie ervan uit dat het feit dat men zich opnieuw blootstelt aan de traumatiserende omstandigheden, een therapeutisch effect zou kunnen hebben. De RvV heeft de blootstellingstheorie en het vooringenomen en gedeeltelijke onderzoek van een dossier al teruggefloten.

Zie hier wat in de medische verslagen van de artsen van de DVZ teruggevonden kan worden:

(vrije vertaling) "Bovendien zijn volgens het boek 'Health, Migration and Return' (voetnoot van onderaan de pagina: 'Treatment surplace' in Health Migration and Return', p. 310, Ed. Peter J. Van Krieken, T.M. CM Asser Press) "de kansen op herstel van PTSD/PTSS groter in de eigen omgeving van het land of de regio van herkomst en dat, zelfs pondeer behandeling in het land van herkomst, de kansen op genezing beter zijn dan in het buitenland. Wat een eventuele therapie op lange termijn betreft: hiervan is de effectiviteit niet bewegen (voetnoot van onderaan de pagina: "Psychothérapie de longue durée: sensée ou douteuse? Lindemans, Baro Mediter C.V.B.A.). In de literatuur wordt dit inderdaad gedurende slechts tweejaar aanbevolen. In onderhavig geval, speelt de psychologische opvolging Zich af over een periode van vijfjaar. (...) Trouwens, indien de betrokkene werkelijk leed aan PTSD, is het algemeen geweten dat deze problematiek een spontaan herstel kent (...)." (vrije vertaling) "Het aangehaalde theoretische zelfmoordrisico is inherent aan deze psychiatrische aandoening, Zelfs onder behandeling maar werd in het dossier niet geconcretiseerd, noch gelinkt aan de specifieke en individuele situatie van de patiënt."

(vrije vertaling) "(...) de therapieresistente depressie is een chronische ziekte, een ziekte zoals zovele anderen, die daadwerkelijk onder controle kan worden gehouden maar die, naar onze huidige kennis, niet lijkt te kunnen genezen. Patiënten met een breed scala aan medisch chronische ziektes kunnen verbeteren en leren om efficiënt te functioneren, en kunnen een bevredigende levensstandaard bereiken

ondanks hun piekte. Er is geen enkele reden om te denken dat patiënten die getroffen zijn door een therapieresistente depressie niet in staat zouden zijn om een gelijkaardig niveau te bereiken van controle over hun piekte, van functioneren en van levenskwaliteit."

Verschillende wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat de therapeutische relatie, met name de unieke relatie tussen een bepaalde therapeut en een bepaalde patiënt in een unieke context, in de psychotherapie werkt. Deze relatie kan niet overgedragen worden naar een andere therapeut, noch naar een andere context. Dit haalt het doorgaans ontwikkelde argument van de ambtenaar-geneesheer (met name dat de patiënt over adequate zorgen kan beschikken in zijn land van herkomst) onderuit.

De abrupte verbreking van de therapeutische band die voortvloeit uit een uitwijzing, kan een ernstige verergering van de psychische toestand van de patiënt veroorzaken met hogere risico's op suïcidale handelingen.

Wanneer het specifiek gaat om mensen met psychotrauma's, vooral die trauma's die voortvloeien uit de menselijke intentie om schade toe te brengen (zoals in het geval van marteling, massamoord, verkrachting) blijkt uit de literatuur dat er consensus is (tussen alle mogelijke strekkingen) in de richting van een non-confrontatie (zowel in vivo als denkbeeldig) met de oorspronkelijk traumatische situatie.

*Een terugkeer naar de plaats van het trauma kan een hertraumatisering en dus een aanzienlijke verslechtering van de symptomen van de patiënt met significante suïciderisico's veroorzaken, vooral bij patiënten met comorbiditeiten die de gevolgen van het stopzetten van de behandeling nog zwaarder maken."*⁵ (eigen onderlijning) (stuk 7)

Uw Raad heeft al geoordeeld dat de pertinentie van de blootstellingstherapie in concreto moet ingeschat worden.

« (...) le Conseil estime que la partie défenderesse n'a pas analysé avec soin la pertinence de cette théorie dans le cas d'espèce. En effet, la simple référence à la littérature médicale y relative ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles la partie défenderesse considère que ces thérapies d'exposition sont applicables au requérant. Reposant, par conséquent, sur un avis incomplet, voire stéréotypé, le motif de l'acte attaqué portant qu'une souffrance psychosomatique résultant de son vécu dans son pays d'origine ne contre indique pas médicalement un retour vers ce pays » ne peut être considéré comme adéquat. Il en est d'autant plus ainsi que, comme le relève la partie requérante, le médecin conseil de la partie défenderesse ayant rédigé un avis en l'espèce, est un médecin généraliste. »

De weigering om de ernstige aarde van de ziekte van verzoeker te aanvaarden, mag niet gebeuren zonder de concrete ontmoeting van verzoeker door een deskundig arts.

De onmogelijkheid om een onpartijdige en deskundige expertise te krijgen bij de beslissingsvorming over een aanvraag in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, vormt een schending van artikel 13 EVRM. (zie mutatis mutandis, Yoh-Ekale Mwanje t. België (verzoek nr. 10486/10), 20 december 2011; §106).

Artikelen 9ter van de Vreemdelingenwet en 13 (juncto 3) EVRM zijn geschonden.

Derde onderdeel

De evaluatie van de wettigheid van de terugkeer van een zieke vreemdeling volgt bepaalde eisen onder artikel 3 EVRM zoals beschreven door het EHRM:

« 188. Ainsi que la Cour l'a rappelé ci-dessus (voir paragraphe 173), se trouve en jeu ici l'obligation négative de ne pas exposer quelqu'un à un risque de mauvais traitements prohibés par l'article 3. Il s'ensuit que les conséquences du renvoi sur l'intéressé doivent être évaluées en comparant son état de santé avant l'éloignement avec celui qui serait le sien dans l'Etat de destination après y avoir été envoyé.

189. S'agissant des facteurs à prendre en considération, il y a lieu pour les autorités de l'Etat de renvoi de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'Etat de destination sont suffisants

et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3 (voir paragraphe 183, ci dessus). Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'Etat de renvoi ; il ne s'agit pas, en effet, de savoir si les soins dans l'Etat de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'Etat de renvoi. Il ne saurait pas non plus être déduit de l'article 3 un droit à bénéficier dans l'Etat de destination d'un traitement particulier qui ne serait pas disponible pour le reste de la population.

190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'Etat de destination. A cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, f 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), no 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie (déc.), précitée).

191. Dans l'hypothèse où, après l'examen des données de la cause, de sérieux doutes persistent quant à l'impact de l'éloignement sur les intéressés — en raison de la situation générale dans l'Etat de destination et/ ou de leur situation individuelle — il appartient à l'Etat de renvoi d'obtenir de l'Etat de destination, comme condition préalable à l'éloignement, des assurances individuelles et suffisantes que des traitements adéquats seront disponibles et accessibles aux intéressés afin qu'ils ne se retrouvent pas dans une situation contraire à l'article 3 (sur l'obtention d'assurances individuelles, voir Tarakhel, précité, § 120). » (eigen onderlijning)

Bij zijn originele aanvraag heeft verzoeker verwezen naar verschillende bronnen om de uiterst beperkte behandeling van psychische stoornissen in Ethiopië aan te tonen. Dit is hier nog samengevat aangezien de Dienst Vreemdelingenzaken geen enkel inzicht geeft op de mogelijkheid om "PTSS beter te behandelen in het land van herkomst".

De regering van Ethiopië erkent de zware tekortkomingen van zijn beleid voor psychische en psychiatrische zorgen. Deze tekortkomingen zijn toegeschreven in een nationaal strategisch plan voor de jaren 2012/13- 2015/16.

"Mental illnesses are common in Ethiopia, they are associated with a high burden due to disability and mortality, they constitute important but largely unrecognized barriers to achieving the MDGs, and, despite the existence of affordable and effective treatments, fewer than one in 10 of the most severely affected people ever receive the treatment they need In order to begin to meet the mental health needs within Ethiopia, a coordinated and sustained effort is required. FMOH recognizes the significant contribution of mental health toward the well-being and functioning of an individual. It is with this fundamental precept in mind that this strategy was developed."*

"The disability associated with mental illness in Ethiopia is high: where people are already struggling for survival, the catastrophic impact of a chronic and disabling illness on the person and their family can be well-appreciated. The lack of mental health services or any kind of financial support for families with a mentally ill member are the biggest factors causing caregiver burden in Ethiopia. Stigma, discrimination and human rights abuses are part of the daily lived experience of the mentally ill and their families in Ethiopia. Increased availability of mental health services may be the single most important factor to improve this situation "

"Community surveys in Ethiopia have shown consistently that severe mental illness, for example resulting from schizophrenia or bipolar disorder is recognized as an illness that needs intervention. However, severe mental illness is more often attributed to supernatural causes, for example spirit possession, bewitchment or evil eye, rather than as a result of biomedical or psychosocial causes. As a consequence, affected individuals and/ or their families often seek help from religious and traditional healers rather than health facilities. Furthermore, other mental illnesses such as major depression are not well-recognized within the community, and are more often explained away as due to psychosocial problems, e.g. marital problems or poverty. Help-seeking for depression is most often limited to the family or local community, and depression usually remains undetected in general health settings, which leads to inappropriate prescribing of ineffective treatments and is a missed opportunity for suicide prevention" (eigen onderlijning)

Dit beleid wordt als een positieve actie beschouwd door specialisten binnen de context van een ontwikkelingsland. De realisatie van het plan brengt een aantal voortuitgangen voor de behandeling van psychische noden met zich mee, maar de noden blijven in het algemeen zeer groot. De aanpak door de decentralisatie van de zorgen naar lokale verpleegeenheden bereikt sommige resultaten, maar laat de noden van gespecialiseerde zorgen onbeantwoord. De uitbreiding van de noden van de stedelijke bevolking blijft ook onbeantwoord. Dit zijn de conclusies van een studie over de uitvoering van het nationaal plan:

"The treatment gap (...) is not an abstract concept but a concrete issue with a real impact on citizens. It leads to personal and family distress, significant financial cost, loss of human rights and dignity, and exploitation. Because of the structure of the care system, the impact on families is unmitigated and may even affect multiple generations (...). (...) the care of the centralised services is not geared to address complex needs. Often, in the effort to expand integrated care, tertiary services are neglected. It is essential that some services are able to provide complex care. The treatment gap, even with the additional service expansions, remains substantial. If this is extrapolated to the entire country of Ethiopia, millions of people with mental illness and their families endure the consequences of mental illness (...). Intellectual debates often have no resemblance to the real-life challenges that people with mental illness, their families, and even their communities face in low-income countries. Yet that the transformative care provided by the Butajira project is led by psychiatric nurses with limited training is a testimony to the fact that effective care can be provided at relatively low cost. The model of the psychiatric nursing programme that expanded care to 58 sites across Ethiopia is also a demonstration of the possibility of expanding effective care.

However, although achievable, it should be recognised that scaling up mental health services in low-income settings is a monumental task. (...)

Ethiopia is also a very good example on what governments should do. The government has demonstrated its commitment to the scale-up of mental health care by providing policy guidance and by supporting scale-up through the mhGAP programme.

Addis Ababa University, the leading research institution in the country, has also included mental health as one of the priority areas for research. However, integration alone (care by non-specialists and involvement of the informal sector) cannot be the solution. Specialist capacity for services and research is also essential, as shown in Ethiopia. Moreover, the work requires urgency and diligence on all sides: governments should push for achieving their targets within a set timeframe, health care professionals need to be guided by a sense of public service, and the community should be aware of and support local initiatives as well as demand the care it deserves. The urgency to expand system capacity, care staff capacity, and staff morale and well-being should be taken seriously. Along with integrated care, the pathway to patient care should also include expansion of specialist capacity to enable training, mentoring, supervision, and care. Attention should be paid to patients presenting to general medical settings with complex needs. These patients are likely to require specialist inputs akin to what would be a consultation liaison service in the West. It is safe and essential to fund mental health research and service delivery. Additionally, the focus of the current effort to scale up service is rightly on expanding coverage to the rural population. But cities are rapidly expanding. There is a large movement of population from the countryside to the cities. There seems to be a considerable change in the social fabric of the population, for example in terms of the volume of reliable social networks (32). This is also the trend in most parts of Africa. Therefore, developing evidence on the best approaches for the provision of care in the cities, for vulnerable mobile populations and urban slums, should not be neglected. In view of the huge expansion of medical schools during the past 20 years, revising and standardising the mental health curriculum to incorporate the mhGAP intervention guide would be useful. Mental health research and service delivery are at a crossroads. (...)" (eigen onderlijning)

Door deze informatie is het redelijk te denken dat verzoeker geen adequate behandeling in Ethiopië zal krijgen. De gevolgen daarvan moeten het voorwerp uitmaken van een medische evaluatie.

Aangezien de behandelde arts van verzoeker zware gevolgen verwacht bij een dergelijke terugkeer naar Ethiopië, zijn de fundamentele rechten van verzoeker geschonden.

De bestreden beslissing maakt een speculatie over de mogelijkheid om een aangepaste behandeling te kunnen vinden in Adis Abeba zonder rekening te houden met de onvermijdbare destabilisatie van verzoeker bij een terugkeer. De mogelijkheid dat verzoeker een zelfmoordpoging zou kunnen ondernemen ten gevolge van zijn uitwijzing in Ethiopië, heeft een rechtstreekse link met de beslissing van de Belgische overheden en maakt een schending uit van artikel 2 of 3 van het EVRM.

« 8 7. Un mauvais traitement qui atteint un tel seuil minimum de gravité implique en général des lésions corporelles ou de vives souffrances physiques ou mentales. Toutefois, même en l'absence de sévices de ce type, des lors que le traitement humilie ou avilit un individu, témoignant d'un manque de respect pour sa dignité humaine ou la diminuant, ou qu'il suscite chez l'intéressé des sentiments de peur, d'angoisse ou d'infériorité propres à briser sa résistance morale et physique, il peut être qualifié de dégradant et tomber ainsi également sous le coup de l'interdiction énoncée à l'article 3 (...). »

De gevolgen van het verbreken van de zorgen moeten in ieder geval leiden tot een proportionaliteitstoetsing van de beslissing onder artikel 8 EVRM:

« 46. Les actes ou décisions dommageables pour l'intégrité physique ou morale d'une personne n'entraînent pas nécessairement une atteinte au droit au respect de la vie privée garanti par l'article 8. La jurisprudence de la Cour n'exclut toutefois pas qu'un traitement qui ne présente pas la gravité d'un traitement relevant de l'article 3 puisse néanmoins nuire à l'intégrité physique et morale au point d'enfreindre l'article 8 sous l'aspect vie privée (...). »

Artikelen 3 en 8 EVRM zijn geschonden.”

2.2. Artikel 62 van de Vreemdelingenwet legt de overheid de plicht op om de beslissingen die voortvloeien uit de toepassing van de Vreemdelingenwet formeel te motiveren.

2.3. De bestreden beslissing van 2 augustus 2017 is genomen ingevolge aan aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Naar luid van artikel 9ter, § 1, eerste lid van die wet kan een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde worden aangevraagd door “*de in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft*”.

In casu werd de aanvraag onontvankelijk verklaard op grond van artikel 9ter, §3, 4° van de Vreemdelingenwet. Naar luid van deze bepaling wordt de aanvraag onontvankelijk verklaard indien de ambtenaar-geneesheer in een advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.

Het bedoelde advies van de ambtenaar-geneesheer, dat ook wordt aangevochten, luidt als volgt:

“Artikel 9ter §3 – 4°

Ik kom terug op uw vraag om evaluatie van het standaard medisch getuigschrift voorgelegd door Mr [...] in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 11.05.2017.

Uit het standaard medisch getuigschrift (SMG) d.d. 16/02/2017 en de medische stukken d.d. 16/02/2017, 15/01/2016 en 30/09/2016 van Dr. R. B. (psychiater) weerhoud ik dat het gaat om een 22-jarige man met een amputatie van de linker arm die zou lijden aan een chronisch posttraumatisch stress-syndroom (PTSS of PTSD) met een majeure depressie, persoonlijkheidsstoornissen en een immature psyche.

De voornaamste behandeling van PTSS bestaat uit gesprekstherapie met praten over de traumatische ervaring(en), bij voorkeur met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt. Daarom is PTSS beter te behandelen in het land van herkomst, waar de taalbarrière niet bestaat en waar het medische personeel ervaring heeft met de mogelijke traumatiserende context waar het over gaat, ik zeg “mogelijke” traumatiserende context, want de psychiater of gelijk welke arts die verwijst naar mogelijke gebeurtenissen in het verleden was uiteraard geen rechtstreekse getuige van deze gebeurtenissen en kan ook niet anders in zijn/haar therapeutische functie dan de bewoordingen van betrokkene optekenen, zonder dat de beweerdde gebeurtenissen zich ook in werkelijkheid zouden afgespeeld hebben. Dat betrokkene zegt geen enkele andere Ethiopiër te vertrouwen is ook een bewering die niet te verifiëren valt. De geldigheid van de feiten die beweerd worden door betrokkene en die overgenomen worden door de attesterende specialist worden niet door een sluitend bewijs geobjectiveerd, evenmin de

vermeende angsten en risico's bij terugkeer naar het land van herkomst. De arts kan alleen maar speculeren over de oorzaken van het geestelijk lijden van betrokkene. De evaluatie van de geloofwaardigheid van de beweringen van betrokkene is niet de taak van de medische sector, maar valt onder de jurisdictie van het CGVS, wiens beslissing dan bevestigd wordt door de CEC.

De chronologie toont aan dat betrokkene met zijn psychische problemen ten gevolge van de beweerde traumata gedurende verscheidene jaren in zijn land van herkomst zonder behandeling geleefd heeft en dit zonder de minste complicatie (psychotische decompensatie, suïcidepoging). Betrokkene heeft dan de stresserende reis naar een onbekend land, België, aangevat, met een immature psyche en zonder de minste complicatie, wat bewijst dat hij in staat is om met zijn onbehandelde psychische problemen te reizen. Na zijn aankomst in België in maart 2015 heeft betrokkene nog 3 maanden hier geleefd met zijn reeds oude psychische problemen en nog steeds zonder (gespecialiseerde) behandeling en dat zonder de minste complicaties. Ik leg de nadruk op het ontbreken van enige complicaties tijdens deze lange periode zonder behandeling, met inbegrip van geen (poging tot) zelfdoding, terwijl ernstige complicaties in afwezigheid van een behandeling geattesteerd worden. En toen er dan eindelijk psychiatrische en psychologische zorgen ingesteld werden voor "majeure" psychische problemen, was de mentale toestand van betrokkene niet ernstig genoeg om dwingende of dringende maatregelen te nemen noch om een hospitalisatie te verantwoorden.

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

2.4. Verzoeker verwijst in het eerste middelonderdeel naar de aanbevelingen van de Federale Ombudsman en het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek nr. 65 van 9 mei 2016 en meent dat het een schending van de Code Geneeskundige Plichtenleer uitmaakt dat geen advies werd ingewonnen bij de behandelende arts en dat verzoeker niet werd onderzocht door de ambtenaar-geneesheer. Deze Code heeft als doel de geneesheren een gids of leidraad aan te reiken om hun beroep op een professionele, waardige en respectvolle manier in te vullen en uit te oefenen. Voor de patiënten en hun omgeving vormt de Code der Geneeskundige Plichtenleer een waarborg dat gestreefd wordt naar een correcte en integere uitoefening van de geneeskunst. De Code van de Geneeskundige Plichtenleer werd evenwel nooit als algemeen bindend verklaard, noch vermag de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren door middel van de adviezen bindende regels opleggen. Er wordt voorts op gewezen dat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen geen wettigheidscontrole kan uitoefenen inzake een medische deontologische code die een gids of leidraad betreft en disciplinaire gedragsregels omvat en geen wetgeving noch juridisch bindende norm uitmaakt. De in de medische deontologische code geopperde disciplinaire principes, voorschriften en gedragsregels maken nog geen afdwingbare wetgeving uit, zodat verzoeker zich hierop niet kan beroepen om de onwettigheid van de bestreden beslissing aan te voeren. Een eventuele niet-naleving van een disciplinaire 'code' vervat in de geneeskundige plichtenleer kan niet tot de onwettigheid van de bestreden beslissing leiden, alle aangehaalde adviezen en aanbevelingen ten spijt. De verwijzing naar het arrest nr. 82/2012 van het Grondwettelijk Hof doet hieraan geen afbreuk, nu hierin niet kan worden gelezen dat de geschetste gedragsregels moeten worden beschouwd als in rechte afdwingbare wetgeving.

Artikel 9ter, §1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet bepaalt verder dat de ambtenaar-geneesheer, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling kan onderzoeken en een bijkomend advies kan inwinnen van deskundigen. Ook artikel 4, §1 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007 bepaalt dat de ambtenaar-geneesheer, indien nodig, een bijkomend advies kan vragen aan een deskundige onder meer in de discipline "psychiatrie (+ ervaring posttraumatisch stresssyndroom)". Echter, in geen van deze bepalingen kan een verplichting daartoe worden gelezen. Het is de ambtenaar-geneesheer aldus toegestaan om zich voor zijn advies louter te baseren op de neergelegde medische attesten zonder een eigen medisch onderzoek te voeren of zonder bijkomende inlichtingen te vragen indien hij de mening is toegedaan dat hij ook zonder dergelijk advies een onderbouwd advies kan geven. Enkel indien hij het zelf noodzakelijk acht, kan hij advies van deskundigen inwinnen (RvS 6 november 2013, nr. 225.353).

Het eerste middelonderdeel is niet gegrond.

2.5. Wat betreft het tweede middelonderdeel, moet er vooreerst op worden gewezen dat verzoekers kritiek op de procedure in het kader van zijn asielaanvraag en de uitkomst daarvan niet dienstig is bij het onderhavige beroep, dat niet gericht is tegen de beslissing tot afwijzing van de asielaanvraag.

Betreffende verzoekers kritiek aangaande de verwijzing naar de gespreks- of blootstellingstherapie in het advies van 28 juli 2017, moet erop worden gewezen dat uit de conclusie van het advies blijkt dat de ambtenaar-geneesheer van oordeel is dat er kennelijk geen sprake is van een ziekte die een 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. Met andere woorden, voor wat betreft de tweede hypothese zoals voorzien in artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet, stelt de ambtenaar-geneesheer dat zelfs bij afwezigheid van behandeling –in casu de genoemde therapie- verzoeker geen risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Dit leidt onvermijdelijk tot de conclusie dat het determinerende motief in het advies het tweede motief is, met name:

“De chronologie toont aan dat betrokkene met zijn psychische problemen ten gevolge van de beweerde traumata gedurende verscheidene jaren in zijn land van herkomst zonder behandeling geleefd heeft en dit zonder de minste complicatie (psychotische decompensatie, suïcidepoging). Betrokkene heeft dan de stresserende reis naar een onbekend land, België, aangevat, met een immature psyche en zonder de minste complicatie, wat bewijst dat hij in staat is om met zijn onbehandelde psychische problemen te reizen. Na zijn aankomst in België in maart 2015 heeft betrokkene nog 3 maanden hier geleefd met zijn reeds oude psychische problemen en nog steeds zonder (gespecialiseerde) behandeling en dat zonder de minste complicaties. Ik leg de nadruk op het ontbreken van enige complicaties tijdens deze lange periode zonder behandeling, met inbegrip van geen (poging tot) zelfdoding, terwijl ernstige complicaties in afwezigheid van een behandeling geattesteerd worden. En toen er dan eindelijk psychiatrische en psychologische zorgen ingesteld werden voor “majeure” psychische problemen, was de mentale toestand van betrokkene niet ernstig genoeg om dwingende of dringende maatregelen te nemen noch om een hospitalisatie te verantwoorden.”

In de mate dat verzoeker betoogt dat het onbegrijpelijk is dat de ambtenaar-geneesheer tot een “omgekeerde diagnose” is gekomen zonder één enkele uitwisseling met zijn behandelende arts en zonder dat hij verzoeker zelf heeft onderzocht, kan worden verwezen naar hetgeen reeds bij het eerste middelonderdeel was gesteld. In casu heeft de ambtenaar-geneesheer geoordeeld zelf tot een medische beoordeling te kunnen komen op grond van wat haar werd voorgelegd in het kader van de aanvraag. Haar vaststellingen, die er in wezen op neerkomen dat met of zonder behandeling verzoeker nooit complicaties heeft gehad in het kader van zijn psychische problemen, en dat zijn toestand nooit ernstig genoeg was om dwingende of dringende maatregelen te nemen of een hospitalisatie te verantwoorden, zijn gesteund op de bij de aanvraag voorgebrachte medische verslaggeving. Verzoeker laat deze vaststellingen volstrekt ongemoeid en brengt geen concrete argumenten bij waaruit zou blijken dat de ambtenaar-geneesheer één en ander in strijd met de stukken van de aanvraag of op kennelijk onredelijke wijze zou hebben beoordeeld. Overigens, het gegeven dat het advies van de ambtenaar-geneesheer strijdig is met de door hem neergelegde medische attesten en hij, of zijn behandelend arts, het niet eens is met de beoordeling door de ambtenaar-geneesheer, kan op zich dus niet leiden tot de nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing. Wanneer een verblijfsaanvraag in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet wordt afgewezen, is dit immers veelal het geval omdat het advies van de ambtenaar-geneesheer inhoudelijk anders is dan het door de aanvrager ter ondersteuning van zijn aanvraag neergelegd medisch attest (RvS 31 mei 2011, nr. 213.594).

Samenvattend kan niet anders worden besloten dan dat de verzoeker het determinerende motief –met name dat verzoeker, omdat behandeld en zelfs onbehandeld, hij nooit complicaties heeft gekregen bij zijn psychische problematiek zodat hij ook onbehandeld niet het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling bij een terugkeer naar zijn land van herkomst, in wezen ongemoeid heeft gelaten zodat het onverminderd overeind blijft.

Het tweede middelonderdeel is, in de besproken mate, niet gegrond. Voor wat betreft de aangevoerde schending van artikel 13 van het EVRM juncto artikel 3 van het EVRM, wordt verwezen naar de beoordeling van het derde middelonderdeel.

2.6. In een derde middelonderdeel hekelt verzoeker de zware tekortkomingen in de psychische en psychiatrische zorgverlening in Ethiopië, zijn land van herkomst en leidt hij daaruit af dat het redelijk is te

denken dat hij geen adequate behandeling in Ethiopië zal krijgen, hetgeen een schending inhoudt van de artikelen 3 en 8 van het EVRM.

Hiervoor is echter gebleken dat niet aannemelijk is gemaakt dat het advies van de ambtenaar-geneesheer dat, zelfs wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, onwettig is of niet deugdelijk. De verwijzing naar de mogelijke problemen op het vlak van de behandelmogelijkheden is dan ook niet dienstig, zodat een schending van de artikelen 3 en 8 van het EVRM niet is aangetoond.

Wat artikel 13 van het EVRM betreft, ten slotte, dient erop gewezen dat deze bepaling slechts kan worden ingeroepen in samenhang met de verdragsbepaling waarvan de schending wordt ingeroepen (RvS 4 januari 2006, nr.153 232). Aangezien de schending van de artikel 3 en 8 van het EVRM niet kan worden weerhouden door de Raad, dient niet te worden nagegaan of artikel 13 van het EVRM in casu van toepassing is en desgevallend geschonden wordt (RvS 28 februari 2005, nr. 141 340).

Het derde middelonderdeel kan niet worden aangenomen.

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

3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

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 een maart tweeduizend achttien door:

mevr. A. WIJNANTS,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

A. WIJNANTS