

Arrest

nr. 202 833 van 23 april 2018
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat K. VERSTREPEN
Rotterdamstraat 53
2060 ANTWERPEN

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Guineese nationaliteit te zijn, op 19 januari 2018 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 24 november 2017 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 24 november 2017 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten.

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 21 maart 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 11 april 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat E. BYUMA, die *loco* advocaat K. VERSTREPEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. BRACKE, die *loco* advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 1 oktober 2012 dient verzoeker een eerste aanvraag in om machtiging tot een verblijf met toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet). Op 14 maart 2013 wordt voormelde aanvraag onontvankelijk verklaard.

Op 26 juni 2013 dient verzoeker een tweede aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Op 6 augustus 2013 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard en op 20 mei 2014 wordt deze aanvraag ongegrond verklaard. Bij arrest met nummer 132 001 vernietigt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) voormelde ongegrondheidsbeslissing.

Op 6 november 2014 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag van 26 juni 2013 ongegrond wordt verklaard. Op 30 december 2014 wordt deze beslissing ingetrokken. Op 3 maart 2015 wordt de aanvraag opnieuw ongegrond verklaard en deze beslissing wordt op 30 april 2015 opnieuw ingetrokken.

Op 18 mei 2015 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris opnieuw een beslissing waarbij de verblijfsaanvraag van 26 juni 2013 ongegrond wordt verklaard.

Op 19 juli 2017 wordt voormelde beslissing vernietigd door de Raad bij arrest met nummer 189 888.

Op 24 november 2017 wordt de aanvraag opnieuw ongegrond verklaard, ter kennis gebracht aan verzoeker op 21 december 2017. Dit is de eerste bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt.

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 26.06.2013 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

B., I. (R.R.: ...)

Geboren te Kabala op (...)1977

Nationaliteit: Guinee

Adres: (...) Antwerpen 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 06.08.2013, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden:

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

Er werden medische elementen aangehaald voor Bah Ibrahim, die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 17.11.2017 in gesloten omslag).

Derhalve

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

2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft. Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

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

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

Op 24 november 2017 wordt eveneens de beslissing genomen tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten, ter kennis gebracht aan verzoeker op 21 december 2017. Dit is de tweede bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt.

“De heer, die verklaart te heten:

Naam + voornaam: B., I.

Geboortedatum: (...)1977

Geboorteplaats: Kabala

Nationaliteit: Guinee

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen¹, tenzij hij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen 0 dagen (onmiddellijk) na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

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

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

o 4° de onderdaan van een derde land niet binnen de toegekende termijn aan een eerdere beslissing tot verwijdering gevolg heeft gegeven: betrokkene heeft geen gevolg gegeven aan het bevel om het grondgebied te verlaten d.d. 14.09.2012, hem ter kennis gegeven op 20.09.2012.”

2. Onderzoek van het beroep

2.1 Verzoeker voert in het enige middel de schending aan van de artikelen 9ter en 74/13 van de vreemdelingenwet, van de motiveringsplicht zoals vervat in artikel 62 van de vreemdelingenwet en de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en als beginsel van behoorlijk bestuur, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955, en van het zorgvuldigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel als beginselen van behoorlijk bestuur.

Ter adstruering van het middel zet verzoeker het volgende uiteen:

“EERSTE EN ENIG MIDDEL: Schending van artikel 9ter en artikel 74/13 Vreemdelingenwet, schending van de motiveringsplicht zoals vervat in artikel 62 Vreemdelingenwet en artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen en als beginsel van behoorlijk bestuur, schending van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, en schending van het zorgvuldigheidsprincipe en redelijkheidsprincipe als beginselen van behoorlijk bestuur

Vooreerst dient te worden opgemerkt dat de volgende elementen niet in twijfel worden getrokken door verwerende partij : verzoekende partij is een 40-jarige man van Guinese nationaliteit, die lijdt aan hypertensie en die ondertussen volledig dialysedependent is. Hij heeft levenslange behandeling met nierfunctie vervangende therapie nodig. Indien de behandeling met nierfunctie vervangende therapie wordt gestopt, zal verzoeker binnen enkele weken komen te overlijden. Hij is dialysedependent tenzij hij een niertransplantatie kan krijgen. Verzoeker bevindt zich dan ook in het eindstadium nierfalen. Gelet op de ernst van de ziekte en het feit dat verzoeker zal sterven binnen de enkele weken indien de behandeling wordt stopgezet (cfr. medische attesten administratief dossier) dient te worden nagegaan of de behandeling zowel beschikbaar als toegankelijk is in het land van herkomst, Guinee. Als dit niet het geval is, moet verzoeker namelijk gemachtigd worden tot een verblijf op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Eerste onderdeel

1.1. Met betrekking tot de beschikbaarheid van nierdialyse en/of een niertransplantatie dient opgemerkt te worden dat de motivering van verwerende partij ontoereikend is in het licht van de volgende elementen: Verwerende partij verwijst naar informatie uit de MedCOI-databank van oktober 2016, waarin wordt gesteld dat nefrologen en internisten aanwezig zijn, en chronische hemodialyse mogelijk is in het kabinet van professor K. in de hoofdstad Conakry. Verzoeker wordt echter behandeld met een peritoneale dialyse, zoals blijkt uit alle toegevoegde medische attesten (zie administratief dossier). Hieraan wordt niet getwijfeld in de bestreden beslissing. Het administratief bevat desondanks geen enkel onderzoek naar de beschikbaarheid van deze peritoneale dialyse. Uit niets blijkt dat verzoeker deze specifieke behandeling zou kunnen krijgen in Guinée, noch dat het benodigde materiaal beschikbaar is om deze vorm van dialyse daar verder te kunnen zetten. Hoewel er een (uiterst beperkt, cf. infra) systeem van hemodialyse in zijn kinderschoenen zou staan in Guinée, kan men geenszins concluderen dat ook peritoneale dialyse beschikbaar zou zijn. 4 Integendeel, informatie uit de MedCOI-databank van 10 februari 2014, waarnaar verwerende partij verwees in een vorige

ongegrondheidsbeslissing, stelt dat : "No. Rénal dialysis is insufficiently available. No. Kidney transplant is not available." Verwerende partij diende dan ook een degelijk onderzoek te voeren naar de beschikbaarheid van peritoneale dialyse in Guinée, alsook een betere motivering te voorzien, quod non. In dat verband wenst verzoeker eveneens te verwijzen naar het rapport van Asylos¹ dat reeds aan het beroep tegen de vorige ongegrondheidsbeslissing werd toegevoegd. Asylos contacteerde namelijk Professor L. K., nefroloog en verantwoordelijke van de dialysecentra in Guinee met betrekking tot de situatie van dialysepatiënten in Guinee. Dit is overigens dezelfde arts bij wie verwerende partij beweert dat de klassieke hemodialyse beschikbaar is in Guinée. Deze arts bevestigde dat behandeling in Guinee onvoldoende beschikbaar en toegankelijk is én liet expliciet weten dat peritoneale dialyse helemaal niet beschikbaar is in Guinee (stuk 4, p.10). Deze informatie bewijst wederom dat men zich ernstige vraagtekens kan plaatsen bij de betrouwbaarheid van de informatie in de MedCOI-databank, én toont duidelijk aan dat de behandeling die verzoeker nodig heeft niet beschikbaar is in zijn thuisland. Door het ontbreken van elk onderzoek naar de beschikbaarheid van verzoekers behandeling in Guinée, niettegenstaande ernstige indicaties in het administratief dossier dat deze behandeling niet kan worden verkregen, schendt verwerende partij de zorgvuldigheidsplicht en de motiveringsplicht. De materiële motiveringsplicht gebiedt dat iedere bestuurshandeling gedragen wordt door motieven die in rechte en in feite aanvaardbaar zijn en blijken, hetzij uit de beslissing zelf, hetzij uit het administratief dossier. Dit impliceert dat de thans bestreden beslissing steun moet vinden in de juridische en feitelijke elementen uit het dossier. De materiële motiveringsplicht waaraan moet worden voldaan bij het nemen van de bestreden beslissing impliceert dat dit besluit gedragen moet zijn door motieven die zowel feitelijk juist als juridisch correct zijn. Het is duidelijk dat verwerende partij door zijn beslissing zodanig te motiveren deze motiveringsplicht geschonden heeft. Ook de zorgvuldigheidsplicht werd hierdoor geschonden. 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. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de gemachtigde van de staatssecretaris bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken. 1 ASYLOS, Guinée-Conakry : Capacités et coût du traitement par dialyse, juli 2015, beschikbaar op www.asvlos.eu: zie ook infra. 5 Verzoeker verkeert in de onmogelijkheid om te begrijpen waarom wordt geoordeeld dat zijn behandeling kan worden verdergezet in Guinée, hoewel er geen enkele objectieve informatie over zijn specifieke behandeling in het administratief dossier werd opgenomen. 1.2. Volgens de arts-adviseur zijn er behandelingen en opvolgingsmogelijkheden beschikbaar in Guinée. Hij baseert zich voor de beschikbaarheid van de nodige medische zorgen op één document uit de MedCOI-databank, die werd opgesteld door een volstrekt anonieme bron. Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet behandelt een materie die ook wordt behandeld door artikel 15b van richtlijn 2011/95/EU. Met betrekking tot de COI die wordt vergaard door verwerende partij dienen dan ook een aantal principes gerespecteerd te worden. Zo mogen de bronnen niet anoniem zijn, alle informatie die werd geraadpleegd dient vermeld te worden, indien sommige informatie niet werd gebruikt dient gemotiveerd te worden waarom niet, er dient vermeld te worden waarom een bron gecontacteerd werd, en waarom deze bron betrouwbaar is, er dient altijd naar meer dan één bron gezocht te worden, De gemeenschappelijke EU-richtlijnen met betrekking tot het gebruik van COI verduidelijken: "It is also good practice to list not only the sources referred to in the report/query response but all (or the main) sources of information consulted during the research. However, in case no information was found, the main sources consulted should be mentioned. » en « Any source may provide information that can be relevant (to the asylum determination process). This means that no source should be excluded without further considération." (European Union (ARGO project JLS/2005/ARGO/GC/03), Common EU Guidelines for Processing Country of Origin Information (COI), op cit, pp. 7 en 16). De gemeenschappelijke EU richtlijnen stellen verder: "COI researchers should always try to find more than one source and different kinds of sources (e.g. governmental, média, international organizations, NGO's etc.) for each issue, preferably the original/primary sources in each case. It is important to search for as wide a range of sources as possible, which reflect differing opinions about the issue or event, as this will help to ensure a balanced report. Finding more than one source will give added weight to the information provided, particularly if it is of a sensitive or controversial nature, by showing that the opinion it is not restricted to one -possibly biased - source. " Uw Raad heeft bevestigd dat het gebruik van een enkele bron niet kan volstaan om de geloofwaardigheid van een feit in te schatten: " [...] le Conseil constate que la partie défenderesse ne s'appuie que sur une seule source, de surcroît anonyme, empêchant ce faisant le Conseil d'apprécier la fiabilité de l'information qu'elle relaye " (CCE arrêt n°45.928 du 2 juillet 2010). Er is geen enkele garantie aangaande de correctheid van de geboden informatie, noch over de precieze bron ervan. 6 Het is zowel voor Uw Raad als voor verzoekende partij onmogelijk om de betrouwbaarheid van deze informatie na te gaan. Het is niet duidelijk van welke persoon de informatie afkomstig is. Het is ook niet duidelijk wat de hoedanigheid van de persoon is die de informatie levert en daarenboven werd het document ook nog eens niet ondertekend. Zoals

hierboven reeds opgemerkt stelt de dokter bij wie de behandeling volgens verwerende partij beschikbaar zouden zijn zélf vast dat deze aanwezig is, en met betrekking tot de klassieke hemodialyse dat deze onvoldoende beschikbaar is. Verzoeker vraagt zich dan ook af hoe verwerende partij haar beslissing kan baseren op een anonieme bron terwijl de enige dokter die gespecialiseerd is in deze nierdialyses in Guinée zelf uitdrukkelijk stelt onvoldoende capaciteit en middelen in zijn centra ter beschikking te hebben om verzoeker te kunnen behandelen! Verwerende partij motiveert niet, minstens niet op afdoende wijze, waarom de vereiste therapie dan wel aanwezig zou zijn. De loutere bewering dat de therapie beschikbaar is, volstaat geenszins. Niet alleen vormt dit een schending van de formele motiveringsplicht, verwerende partij ging hierdoor ook uiterst onzorgvuldig te werk. 1.3. Ten slotte stelt de arts-adviseur in de bestreden beslissing dat: "in de toekomst is het niet uitgesloten dat er terug een uitgebreidere vorm van klassieke hemodialyse moet gebeuren en deze is er zeker beschikbaar en toegankelijk de dag van vandaag (en dit kan ook perfect de huidige peritoneale dialyse vervangen indien er geen peritoneale dialyse zou zijn) Verwerende partij erkent bijgevolg dat verzoeker een peritoneale dialyse behandeling nodig heeft, hoewel het niet uitgesloten is dat hij in de toekomst zou moeten overschakelen op een uitgebreidere vorm van klassieke hemodialyse, indien zijn toestand zou verslechteren. Desalniettemin stelt de arts-adviseur dat een klassieke hemodialyse verzoekers behandeling perfect kan vervangen, zonder echter te motiveren op welke basis hij tot deze conclusie komt. Deze stelling wijkt namelijk manifest af van de conclusies van verzoekers behandelende geneesheer. In de medische attesten die werden toegevoegd aan het administratief dossier staat duidelijk vermeld dat verzoeker behandeld dient te worden met een peritoneale dialyse, al zou hij idealiter een niertransplantatie nodig hebben (waar overigens eveneens niet op wordt ingegaan door verwerende partij, niettegenstaande alle informatie waaruit blijkt dat deze niet beschikbaar is in Guinée). Wanneer een weigering van een medische regularisatie gebaseerd is op een advies van de DVZ-arts dat tegengesteld is aan of afwijkt van het advies van de behandelend geneesheer, dan moet de DVZ-arts zijn advies voldoende concreet en pertinent motiveren. Wanneer de DVZ-arts een ander oordeel heeft dan wat door een behandelend geneesheer wordt geattesteerd, moeten de motieven van de DVZ-arts des te concreter en pertinenter zijn. Een andersluidend oordeel van de adviserende DVZ-arts impliceert immers dat hij besluit dat de beoordeling van de behandelende arts onjuist is, dat deze behandelende arts zich vergiste, een medische problematiek overdreef of een tegenaangewezen behandeling heeft voorgeschreven in de door hem opgestelde medische attesten. De DVZ-arts moet daarom duidelijk preciseren op welke gronden hij zich steunt voor zijn afwijkend oordeel. Zo niet is het beslissende advies van de DVZ-arts niet afdoende gemotiveerd. (zie in die zin RvS 224.723 van 18 september 2013; RvS 206.947 van 26 augustus 2010; RvV 86 178 van 23 augustus 2012; RvV 114.457 van 26 november 2013). In casu motiveert verwerende partij op geen enkele wijze hoe ze tot een andere behandeling besloot dan verzoekers behandelende geneesheer, noch waaruit ze kon afleiden dat verzoekers behandeling perfect kan worden vervangen door een klassieke hemodialyse. De motivering is niet voldoende concreet en pertinent, en kan de bestreden beslissing niet schragen. Afgezien van een duidelijke schending van de motiveringsplicht, beging verwerende partij ook een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel door op ongefundeerde en lichtzinnige wijze te concluderen dat verzoekers behandeling kan worden vervangen door een andere, zonder minstens de impact van de verandering van behandeling in te schatten. Een verandering van behandeling brengt onvermijdelijk een evolutie van de ziekte met zich mee dewelke in rekening dient te worden gebracht door verwerende partij, quod non. Tweede onderdeel In het kader van een verblijfsaanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet moet worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van herkomst. Dit onderzoek dient geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, te gebeuren (Pari. St. Kamer, 2005-2006, doc. Nr. 51-2478/01 en 35 en doc nr. 51-2478/08, 9). Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de benodigde medische opvolging en behandeling moet worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Dit onderzoek omvat een onderzoek naar de financiële toegankelijkheid en wordt door de ambtenaar geneesheer gevoerd. Bij de beoordeling van de beschikbaarheid en toegankelijk van de noodzakelijke behandeling moet het redelijkheidscriterium in acht worden genomen. Volgens vaste rechtspraak van Uw Raad is het toepassingsgebied van artikel 9ter Vw. ruimer dan dat van artikel 3 EVRM (RvS 9 september 2015, nr. 232 141) en is artikel 9ter Vw. een autonome nationaalrechtelijke bepaling (RvS, 16 oktober 2014 nr 228 778). In zoverre het onderzoek naar de gepastheid en beschikbaarheid van de zorg toch zou gevoerd worden binnen de grenzen van artikel 3 EVRM wijst ook Uw Raad er op dat dit verwerende partij er niet van ontslaat een concreet onderzoek te voeren, rekening houdend met de individuele situatie van de verzoeker. 8 Daarbij moet worden opgemerkt, samen met Uw Raad in arrest nr. 187 083 van 19 mei 2017, dat het EHRM haar rechtspraak aangaande ernstig zieke vreemdelingen op een fundamentele wijze heeft toegelicht met name in arrest EHRM 13 december 2016, Paposhvili t. België (GK), nr 41738/10, par. 183). Uw Raad werpt ook op dat

verwerende partij niet langer nuttig naar oudere rechtspraak van het EHRM kan verwijzen gelet op het feit dat die achterhaald is. Het EHRM heeft verhelderd in het Grote Kamer arrest van Paposhvili t. België dat onder uitzonderlijke gevallen niet alleen worden begrepen situaties van verwijdering van ernstig zieke personen waar er sprake is van een onmiddellijk en nakend levensgevaar, maar dat ook ernstig zieke personen bij wie er ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of een aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland dienen begrepen te worden. Wat betreft het vereiste onderzoek onder artikel 3 EVRM dient volgens het EHRM de impact van de verwijdering van een persoon worden beoordeeld door een vergelijking te maken van de gezondheidstoestand voor de verwijdering en hoe deze zou evolueren na de transfer naar het ontvangende land. Het risico op een schending van artikel 3 EVRM moet worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie aldaar en de individuele omstandigheden van de betrokken persoon. Daarbij moet voor elke afzonderlijke zaak worden nagegaan of de zorg algemeen beschikbaar is in de ontvangende staat in de praktijk voldoende en geschikt is voor de behandeling van de ziekte van de betrokken persoon om te vermijden dat hij wordt blootgesteld aan een behandeling in strijd met artikel 3 EVRM. Tevens moet de mate waarin de betrokken persoon daadwerkelijk toegang heeft tot deze zorg in de ontvangende staat worden onderzocht. In dit kader wijst het EHRM op de noodzaak om de kosten van medicatie en behandeling het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk, en de reisafstand tot de benodigde zorgen bij dit toegankelijkheidsonderzoek in rekening te nemen (par 190): "757. The Court concludes from this recapitulation of the case-law that the application of Article 3 of the Convention only in cases where the person facing expulsion is close to death, which has been its practice since the judgment in *N. v. the United Kingdom*, has deprived aliens who are seriously ill, but whose condition is less critical, of the benefit of that provision. As a corollary to this, the case-law subsequent to *N. v. the United Kingdom* has not provided more detailed guidance regarding the "very exceptional cases" referred to in *N. v. the United Kingdom*, other than the case contemplated in *D. v. the United Kingdom*. 182. In the light of the foregoing, and reiterating that it is essential that the Convention is interpreted and applied in a manner which renders its rights practical and effective and not theoretical and illusory (see *Airey v. Ireland*, 9 October 1979, § 26, *Sériés A* no. 32; *Mamatkulov and Askarov v. Turkey* [GC], nos. 46827/99 and 46951/99, § 121, ECHR 2005-1; and *Hirsi Jamaa and Others v. Italy* [GC], no. 27765/09, § 175, ECHR 2012), the Court is of the view that the approach adopted hitherto should be clarified. 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. (...) 186. In the context of these procedures, it is for the applicants to adduce evidence capable of demonstrating that there are substantial grounds for believing that, if the measure complained of were to be implemented, they would be exposed to a real risk of being subjected to treatment contrary to Article 3 (see *Saadi*, cited above, § 129, and *F. G. v. Sweden*, cited above, § 120). In this connection it should be observed that a certain degree of speculation is inherent in the preventive purpose of Article 3 and that it is not a matter of requiring the persons concerned to provide clear proof of their claim that they would be exposed to proscribed treatment (see, in particular, *Trabelsi v. Belgium*, no. 140/10, § 130, ECHR 2014 (extracts)). 187. Where such evidence is adduced, it is for the authorities of the returning State, in the context of domestic procedures, to dispel any doubts raised by it (see *Saadi*, cited above, § 129, and *F. G. v. Sweden*, cited above, § 120). The risk alleged must be subjected to close scrutiny (see *Saadi*, cited above, § 128; *Sufi and Elmi v. the United Kingdom*, nos. 8319/07 and 11449/07, § 214, 28 June 2011; *Hirsi Jamaa and Others*, cited above, § 116; and *Tarakhel*, cited above, § 104) in the course of which the authorities in the returning State must consider the foreseeable consequences of removal for the individual concerned in the receiving State, in the light of the general situation there and the individuals personal circumstances (see *Vilvarajah and Others*, cited above, § 108; *El-Masri*, cited above, § 213; and *Tarakhel*, cited above, § 105). The assessment of the risk as defined above (see paragraphs 183-84) must therefore take into consideration general sources such as reports of the World Health Organisation or of reputable non-governmental organisations and the medical certificates concerning the person in question. 188. As the Court has observed above (see paragraph 173), what is in issue here is the negative obligation not to expose persons to a risk of ill-treatment proscribed by Article 3. It follows that the impact of removal on the person concerned must be assessed by comparing his or her state of health prior to removal and how it would evolve after transfer to the receiving State. As regards the

factors to be taken into consideration, the authorities in the returning State must verify on a case-by-case basis whether the care generally available in the receiving State is sufficient and appropriate in practice for the treatment of the applicant's illness so as to prevent him or her being exposed to treatment contrary to Article 3 (see paragraph 183 above). The benchmark is not the level of care existing in the returning State; it is not a question of ascertaining whether the care in the receiving State would be equivalent or inferior to that provided by the health-care system in the returning State. Nor is it possible to derive from Article 3 a right to receive specific treatment in the receiving State which is not available to the rest of the population. 190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, § 55, and *Tatar*, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see *Karagoz v. France* (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001; *N. v. the United Kingdom*, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and *E.O. v. Italy* (dec.), cited above). 191. Where, after the relevant information has been examined, serious doubts persist regarding the impact of removal on the persons concerned - on account of the general situation in the receiving country and/or their individual situation - the returning State must obtain individual and sufficient assurances from the receiving State, as a precondition for removal, that appropriate treatment will be available and accessible to the persons concerned so that they do not find themselves in a situation contrary to Article 3 (on the subject of individual assurances, see *Tarakhel*, cited above, § 120). (...) 200. The Court concludes from the above that, although the Aliens Office 's medical adviser had issued several opinions regarding the applicant 's state of health based on the medical certificates provided by the applicant (see paragraphs 67-68 above), these were not examined either by the Aliens Office or by the Aliens Appeals Board from the perspective of Article 3 of the Convention in the course of the proceedings concerning regularization on medical grounds. " Indien Uw Raad toch van oordeel zou zijn dat de behandeling beschikbaar is in Guinee - quod non - dan kan niet anders dan vastgesteld worden dat de behandeling niet toegankelijk is. Uit de voorgelegde medische attesten blijkt dat voor verzoeker een regelmatige medische opvolging levensbelangrijk is. Hij is volledig afhankelijk van levenslange nierdialyse of een niertransplantatie om te overleven. 2.1. Verwerende partij bevestigt in de bestreden beslissing dat er in Guinée slechts twee personen gespecialiseerd zijn in nierproblemen. Zij bevinden zich allebei in de hoofdstad Conakry, en dienen in te staan voor een bevolkingsaantal van intussen 12,9 miljoen inwoners. Zoals ook blijkt uit de informatie uit de MedCOI-databank van oktober 2016 is er slechts één kliniek die een hemodialyse zou kunnen uitvoeren, onder leiding van dokter L. K.. Alle behandelingen die volgens verwerende partij beschikbaar zouden zijn vinden ofwel plaats in zijn kabinet, of in het DONKA ziekenhuis dat onder zijn leiding staat (zie document 'Dialyse en Guinée ' afkomstig van de website *Africatrices* in het administratief dossier + stuk 4 p.7). 11 Aangezien verwerende partij ondertussen reeds bijna vijf jaar nalaat een degelijk onderzoek te doen naar verzoekers behandeling, werd deze dokter door Asyls - op vraag van verzoekers raadsman - rechtstreeks gecontacteerd omtrent de situatie van nierpatiënten in Guinée (zie ook supra). Dit rapport werd reeds toegevoegd aan het beroep tot schorsing en nietigverklaring dat op 27 juli 2015 werd ingediend bij Uw Raad tegen de vorige beslissing tot het ongegrond verklaren van de aanvraag tot medische regularisatie. Een kopie van dit beroep tot nietigverklaring werd door Uw Raad samen met de overtuigingsstukken (waaronder dit rapport) aan verwerende partij overgemaakt. Ook de raadsman van verwerende partij, die verwerende partij vertegenwoordigt, nam kennis van het beroep tot nietigverklaring evenals de stukken. Daarnaast dient ook te worden opgemerkt dat dit rapport publiek toegankelijk is. Verwerende partij had hier op zeer eenvoudige wijze online kennis van kunnen nemen, zeker aangezien de volledige verwijzing ernaar werd opgenomen in de inventaris der stukken én bepaalde delen ervan zelfs woord voor woord geciteerd werden. Men kan dan ook onmogelijk concluderen dat verwerende partij niet op de hoogte was of redelijkerwijze diende te zijn van deze informatie, De bestreden beslissing stelt echter: "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 Verwerende partij gaat hiermee veel te kort door de bocht. Zij dient immers rekening te houden met alle stukken die zich in het administratief dossier bevinden en die kunnen wijzen op een risico op een vernederende en onmenselijke behandeling cfr. artikel 3 EVRM bij een terugkeer naar het land van herkomst. Zoals hierboven aangetoond is de stelling van verwerende partij dat deze stukken niet ter kennis zijn gebracht aan de Dienst Vreemdelingenzaken manifest foutief. Verwerende partij diende namelijk redelijkerwijze kennis te hebben van dit rapport. Zij was bijgevolg goed op de hoogte dat de inhoud ervan duidelijk de problematische situatie van nierpatiënten in Guinee aantoonde en hun 'bevindingen' volledig aan banden legt, waarna zij dan maar

besloot om er geen rekening mee te houden. Dergelijke handelswijze is onaanvaardbaar en in strijd met alle bovenvermelde wetsbepalingen en beginselen van behoorlijk bestuur. Ondergeschikt, zelfs indien Uw Raad van mening zou zijn dat verwerende partij geen rekening moest houden met de informatie die aan verwerende partij werd bezorgd in het kader van een vorige beroepsprocedure, dient deze alsnog door Uw Raad in overweging te worden genomen in de beoordeling van voorliggende zaak. 12 Er dient volgens de rechtspraak van het EHRM immers een "Full and ex nunc assessment" plaats te vinden van de toestand in het land van herkomst, bij het beoordelen van een risico op een behandeling in strijd met artikel 3 EVRM (EHRM 23 mei 2007, Salah Sheekh v. Nederland, §136). Zelfs al zou Uw Raad de het rapport van ASYLOS genaamd 'Guinée-Conakry : Capacités et coût du traitement par dialyse ' als zijnde nieuwe informatie beschouwen, dan nog kan Uw Raad rekening houden in haar oordeel met deze informatie. Dit werd bevestigd door het Grondwettelijk Hof op 16 januari 2014 (arrest nr. 1/2014). Indien verwerende partij wordt toegestaan op louter formele gronden essentiële informatie aangaande een verdedigbare grief onder artikel 3 EVRM naast zich neer te leggen, hoewel ze kennis heeft van de inhoud ervan, vormt dit een manifeste schending van het recht op een effectief rechtsmiddel. Indien ook Uw Raad deze informatie buiten beschouwing laat bij de beoordeling van het risico, is er geen effectief rechtsmiddel voorhanden. Er kan naar analogie verwezen worden naar arrest nr. 117 992 van 30 januari 2014 van Uw Raad: "3.4. Zoals hierboven reeds vermeld dient bij het onderzoek naar het beweerde risico op een behandeling in strijd met artikel 3 van het EVRM in het land van bestemming, rekening te worden gehouden met de algemene situatie in dat land en met de omstandigheden die eigen zijn aan het geval van de verzoekende partij (zie EHRM 11 oktober 2011, Auad v. Bulgarije, § 99 punt (c)). Hoewel dit op gespannen voet staat met de bevoegdheid van de Raad op grond van artikel 39/2, §2 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, dient er volgens de rechtspraak van het EHRM een "full and ex nunc assessment " plaats te vinden van de toestand in het land van bestemming (EHRM23 mei 2007, Salah Sheekh v. Nederland, §136). " 2.2. Uit het voorgaande volgt duidelijk dat verwerende partij op de hoogte was of had moeten zijn van dit rapport en er rekening mee had moeten houden in de beoordeling, quod non. Dokter K. stelde duidelijk dat er slechts ruimte was voor de behandeling van +- 30 patiënten, wat bevestigd werd door de Association Guinéenne d'Aide aux Urémiques (p.7-8). Gelet op het feit dat er naar schatting 500 à 1200 inwoners van Guinée lijden aan chronische nierinsufficiëntie en dialyse nodig hebben kan hieruit onmogelijk worden geconcludeerd dat de behandeling toegankelijk is voor verzoeker. Twee nefrologen zijn overduidelijk onvoldoende om aan alle nierpatiënten de nodige opvolging te kunnen bieden. Men werkt nu reeds met wachtlijsten omdat alle dialyseplekken volzet zijn en men bijgevolg geen nieuwe patiënten kan aannemen (cf. infra 2.6). Het is tevens onduidelijk in welke mate men binnen een redelijke termijn bij een nefroloog terecht kan indien nodig. 13 Daarbij dient te worden opgemerkt dat de loutere aanwezigheid van NGO's geenszins een garantie bieden dat de nodige zorgen worden verstrekt. Integendeel, een NGO zal enkel aanwezig zijn wanneer een bepaalde situatie bijzonder problematisch blijkt. 2.3. De bestreden beslissing verwijst daarnaast op algemene wijze naar het feit dat de gezondheidszorg in Guinée onder de bevoegdheid van het Ministerie van Volksgezondheid en Hygiëne valt, en uit een publieke en private sector bestaat. Vervolgens wordt gesteld dat een private consultatie met een nefroloog tussen de 50 000 en de 100 000 GNF zou kosten. Een dialysesessie zou 50 000 GNF kosten. Uit het toegevoegde Asyls-rapport blijkt echter dat deze informatie gebaseerd is op een manifest foutieve inschatting van het gezondheidszorgsysteem (stuk 4). Dialysekosten lopen namelijk op tot 1 miljoen GNF per sessie (= +- 92 euro). Dit is onbetaalbaar voor de patiënten indien zij geen steun krijgen van de overheid. De Guinese overheid heeft effectief besloten gedeeltelijk tussen te komen in de kosten voor de behandeling. Op die manier zouden de patiënten nog maar 25.000 GNF (= +- 3 euro) moeten betalen per sessie. Helaas wordt deze vorm van steun van de overheid niet aan iedere patiënt toegekend. Deze werd namelijk, zoals blijkt uit informatie die verwerende partij zelf toevoegde aan het administratief dossier, gelimiteerd tot amper 20 patiënten (zie 'Dialyse en Guinée' afkomstig van de website Africatrices in het administratief dossier + stuk 4 p.8-9). De andere patiënten dienen volledig zelf te voorzien in de financiering van de behandeling. Daarbij is het eveneens onduidelijk of verzoeker überhaupt wel in aanmerking zou komen voor deze steun, na een jarenlang verblijf in het buitenland. Men kan uit de informatie in het administratief dossier onmogelijk afleiden dat de overheidssteun beschikbaar is voor verzoeker. Het is integendeel duidelijk dat hij niet bij de 20 gelukkigen is gevallen, waardoor hij minstens 3x per week 1 miljoen GNF dient op te hoesten. Het spreekt voor zich dat dit, bovenop de kosten voor alle consultaties om zijn toestand op te volgen, onbetaalbaar is voor verzoeker. Omtrent de bijzonder hoge kosten en de problematische toestand van het zorgsysteem in Guinée werd reeds het volgende opgemerkt in de aanvraag van verzoeker zelf : Zoals blijkt uit The Country Sheet Guinee van het CRI-project is de toestand van de gezondheidszorg in Guinee immers zorgwekkend: "The financing of the health sector is insufficient and represented in 2006, 6% of the overall budget of the government (0,4% GDP). The financing is either sufficient to guarantee a countrywide health service neither in quality nor in quantity. (...) According to WHO-standards, an

acceptable public-health structure has to fulfil at least the following conditions: • Satisfying physical condition of the infrastructure; • Access to potable water; • Access to latrines in function. 14 The analysis of the state of the facilities showed that 28% of the CSs in the province "Haute Guinée " are worn out and that 38% of the "Prefectural Hospitals " (hôpitaux préfectoraux) do not fulfil the minimum WHO-standards. (...) In these terms, the access of the population to services is relatively limited, given the fact that just 40,8% of the population have -according to this definition - good access. In rural areas just 30, 6% of the population enjoy good access to health institutions in contrast to 65,2% in urban areas. The situation is relatively the best in Conakry (64,2%), while the regions of N' Zérékoté (48,3 %), Kankan (45,7 %) and Boké (42,3 %) mark the national average. At the contrary, the regions of Mamou, Faranah and Labé have the worst access to health institutions. Moreover, a study on the impact of the public expenditures on the health sector revealed the social injustice of the accessibility to health services, showing that the poorest households use age of alth services is far less than households better off. Besides, they use services of less quality (the care of PSs is cheaper for the government than the standard care of hospitals). (...) It is necessary to mention in this context that patients in Guinea have to carry all financial burdens - from the consultation to the purchase of the medication. In this sense the system liberates the access to the health services totally. (...) In Guinea, an coverage of 53,7 % of the beneficiaries of the health services (about 46% in Conakry and 46,2 % in the urban centres of the interior of the country and 56,8 % on the countryside) are not satisfied with the given service. The main reasons are the high costs of the services, the quality of the treatment and the lack of medicines. (...) Although Guinea disposes specialized health structure, it is to mention that certain diseases cannot be treated in the country. These are among others: • Cancer: with the exception of cervical cancer in-situ, for no other form of cancer an adequate treatment - neither radiotherapy nor chemotherapy - is guaranteed; • All diseases which require an organ transplantation; • Certain cardiovascular diseases, which require surgeries; HIV/AIDS: in spite of the fact that the treatment for HIV/AIDS patients is free of charge, there is a lack of anti-retroviral drugs in the hospitals and insufficient laboratory-infrastructure to follow-up the diseases ". Verzoeker lijdt aan terminaal nierfalen waarvoor nierdialyse nodig is. Een transplantatie zou voor verzoeker nog beter zijn, maar dat is zeer moeilijk te verkrijgen, ook in België. Ook kan het zijn dat verzoeker een tumor heeft. Hij lijdt dus duidelijk aan ziektes die in Guinee niet te behandelen zijn. Met betrekking tot de specifieke situatie en ziektes van verzoeker, dient aangehaald te worden dat Guinee slechts twee dialysecentra heeft, die beiden in Conakry gelegen zijn en complementair zijn. Voor mensen die dus buiten Conakry wonen, is er dus geen enkele behandeling beschikbaar. Deze twee centra zijn duidelijk onvoldoende voor een bevolking van 9 miljoen inwoners waarvan 1 200 000 in Conakry. De website van de Association Guinéenne d'aide aux Urémiques getuigt hiervan (zie stuk nr. 7): « Dans le service de néphrologie-hypertension artérielle de l'hôpital de Donka, à Conakry, capitale de la République de Guinée, plus de 50% des décès sont en rapport avec une insuffisance rénale, le plus souvent chez des patients de moins de 40 ans. Ce service est le seul spécialisé en néphrologie pour tout le pays. La Guinée (plus de 9 millions d'habitants) ne compte actuellement que 3 médecins néphrologues, tous à Conakry. 15 (••) Avant cette date, les malades qui en avaient les moyens (une infime minorité) étaient traités à l'étranger, les autres décédaient. (...) Les données épidémiologiques pour la Guinée, comme pour la majorité des pays africains, restent embryonnaires pour l'instant. Toutefois, les observations en milieu hospitalier relèvent une présence importante de diabète et d'hypertension artérielle (deux causes majeures des pathologies rénales), tout particulièrement en zones urbaines. Or celles-ci, qui regroupaient déjà 35% de la population en 2006. sont en rapide croissance. On peut donc raisonnablement craindre une augmentation des cas d'insuffisance rénale, déjà cause importante de mortalité en Guinée. Les campagnes naissantes de prévention et de dépistage contribueront à endiguer ce développement, mais il sera néanmoins nécessaire de consolider les centres de dialyse existants et d'en ouvrir de nouveaux sur l'ensemble du territoire. Mais le coût du traitement restant élevé, il ne faut pas se cacher que la généralisation de la dialyse dans les pays du "Sud" est un objectif encore lointain. qui implique un effort financier soutenu et une ferme volonté politique. (...) Ouvert en décembre 2002 au sein de l'hôpital Donka, il assure le traitement récurrent des insuffisants rénaux chroniques. Son fonctionnement est financé par le Ministère Guinéen de la Santé, une part du coût des séances restant à la charge des patients. Début 2010, le financement était assuré pour le traitement de 20 patients, ce qui malheureusement est loin de couvrir tous les besoins. En 2009, 24 insuffisants rénaux chroniques ont été traités (818 séances de dialyse). En 2009, le Centre a pratiqué 255 hémodialyses, sur 18 patients dont 6 « vacanciers ». (•) Le patient doit être muni de la totalité de son traitement médicamenteux y compris Vérythropoïétine, pour la durée du séjour. En l'absence d'accords internationaux de prise en charge, le patient devra acquitter le montant de son traitement (règlement par pré financement au vu de facture pro forma) et se fera rembourser à son retour auprès de son assurance santé sur présentation des factures acquittées. Consulter sa Caisse d'Assurance Maladie avant le départ, pour les modalités de prise en charge. A noter : Pour vos éventuels déplacements en Guinée, prendre en compte qu'il n'existe de centre de dialyse qu'à Conakry,

et que les temps de déplacement à l'intérieur du pays peuvent parfois être importants. » Ook vermeldt de website dat er vaak elektriciteitsproblemen zijn in de centra : En mars, la dialyse à Conakry est en difficulté, par suite de pannes multiples. Nous disposons d'un lot de générateurs Gambro AK100 offerts par AUB Rennes (Association Aide aux Urémiques de Bretagne), mais le container prévu a du mal à trouver un financement. Nous expédions donc 2 machines par mer, mais notre palette se heurte aux aléas du « groupage » et mettra 3 mois à parvenir à destination. " Het staat bijgevolg vast dat ondanks het feit dat er twee dialysecentra bestaan in Conakry, dit onvoldoende is om te stellen dat de medische behandeling beschikbaar is, aangezien slechts een twintigtal patiënten hier behandeld kunnen worden. Bovendien moeten patiënten hun behandeling zelf betalen. De website vermeldt niet hoeveel de kost is van de behandeling maar volgens patiënten en bezoekers (zie website: <http://www.france-kentaia.org/lappel-a-laide-gilles> (zie stuk nr. 8) en <http://www.ihh.org.tr/fr/main/publications/travel-notes/3/2Qod-hearted-16-people-of-the-poor-land/69> (zie stuk nr. 9)) zou het gaan om ongeveer 92 euro (of 100 dollar) per maand. Hierbij moeten dan ook nog de kosten van de medicatie bij gerekend worden, aangezien deze niet worden gegeven door de centra. Ook alle andere consultaties bij dokters moeten ten hier nog aan toegevoegd worden. Dit kan oplopen tot bijna 500 euro per maand, wat zeer veel is voor iemand die geen inkomen geen sociale zekerheid heeft. Volgens de Raad van State is het noodzakelijk om ook rekening te houden met de financiële toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst. De Raad van State oordeelde als volgt in dit verband: "Les soins qui doivent être prodigués au requérant peuvent l'être au XXX, pour autant que celui-ci, compte tenu de ce que ce pays ne dispose pas d'un système de sécurité sociale couvrant les soins de santé, dispose de ressources financières suffisantes. " (Rv.St. 18 maart 1998, nr. 72.594, RDE 2002 N° 119) In verband met de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg signaleert ISSA (International Social Security Association) (zie stuk nr. 10) het volgende: "Le régime général de la protection sociale de la CNSS ne couvre que la population des travailleurs du secteur formel soit 3%. Les autres couches de la population active du secteur informel ne disposent d'aucune autre forme de protection sociale et ne sont couvertes par aucun régime. " Verzoeker zal dus zelf voor de kosten van de behandeling moeten opdraaien. Doordat verzoeker zijn medicijnen op dagelijkse basis dient te nemen, hij opgevolgd dient te worden door gespecialiseerde artsen, en dit alles voor de rest van zijn leven, lopen de kosten hoog op. Verzoeker beschikt echter niet over de middelen om de levensnoodzakelijke behandeling en opvolging te verkrijgen. Verzoeker is ernstig ziek, en men kan niet van hem verwachten dat hij zelf voldoende inkomsten uit arbeid kan genereren om de hoogoplopende kosten van de levenslange behandeling te dragen. Ook zijn familie kan hem onvoldoende helpen. Verzoekers ouders zijn namelijk reeds overleden, allebei aan hypertensie. Verzoeker heeft enkel nog een vrouw en twee kinderen. Zij wonen echter niet in Conakry maar in Kisidugu. Ook van hen kan men niet aannemen dat ze naar Conakry zouden verhuizen en over de financiële draagkracht beschikken om hem te helpen. Door het chronische karakter van zijn ziekte zal verzoeker immers voor de rest van zijn leven de dure medicijnen en behandeling moeten aanschaffen. Het is niet redelijk om te verwachten dat anderen hem daarbij in het straatarme Guinee willen of kunnen bijspringen. Verzoeker zal dus zelf voor de kosten van de medische opvolging en de medicijnen moeten opdraaien. Dit is echter problematisch, gezien verzoekers ' zieke toestand en het hoge kostenplaatje en de levenslange duur van de behandeling. Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat er naast een zeer beperkte beschikbaarheid van de behandeling ook een financiële barrière bestaat die verzoeker verhindert om de gepaste medische zorgen te verkrijgen in zijn land van herkomst. " Verzoeker toonde in zijn aanvraag duidelijk aan dat de behandeling onvoldoende beschikbaar is alsook ontoegankelijk omwille van de zeer hoge kosten en het ontbreken van een openbaar systeem van gezondheidszorg. Er is geen enkele garantie dat verzoeker steun zou krijgen van de overheid, integendeel. 17 In de vorige weigeringsbeslissing (juni 2015) bevestigde verwerende partij eveneens dat in Guinée geen openbaar ziektekostenverzekeringssysteem bestaat, en dat de kosten van de zorgen hoofdzakelijk rechtstreeks worden betaald door de patiënten of hun families. Desondanks weigert verwerende partij rekening te houden met deze informatie die door verzoeker werd aangebracht. Zij verwijst naar zogenaamde tarieven waarvan het onduidelijk is waar deze informatie werd gehaald, maar laat na om te bekijken of verzoeker effectief aan deze tarieven kan worden geholpen. Zoals hierboven aangetoond zal verzoeker de volle pot moeten betalen, wat oploopt tot een duizend euro per maand. Het behoeft dan ook geen verdere uitleg dat hij daar niet toe in staat is, zelfs indien hij in de mogelijkheid zou zijn fulltime te werken in zijn thuisland. 2.4. De bestreden beslissing motiveert voorts dat "betrokkene legt geen bewijs van totale arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp". Hierover kan enkel worden opgemerkt dat verwerende partij op geen enkele manier rekening houdt met de ernstige ziekte van verzoeker in het kader van zijn beroepsmogelijkheden. Hij is namelijk ernstig ziek en zit in het eindstadium van nierfalen. Uit de medische attesten blijkt dat hij drie dialyse-spoelingen per dag moet

doen. Werk vinden en leveren is dan ook — in tegenstelling tot wat verwerende partij doet uitschijnen - verre van vanzelfsprekend. Zijn ziekte beperkt in ernstige mate zijn professionele capaciteiten en beschikbaarheid voor de werkgever. Verwerende partij diende dit in rekening te brengen, quod non. 2.5. De bestreden beslissing vermeldt eveneens dat "overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Guinee — het land waar hij meer dan 35 jaar verbleef- geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. Bij zijn asielprocedure verklaarde verzoeker immers dat zijn vrouw en zus nog in Guinee verblijven ". Met betrekking tot zijn familie, verduidelijkt verzoeker in zijn verzoekschrift reeds dat: Ook zijn familie kan hem onvoldoende helpen. Verzoeker's ouders zijn namelijk reeds overleden, allebei aan hypertensie. Verzoeker heeft enkel nog een vrouw en twee kinderen. Zij wonen echter niet in Conakry maar in Kisidugu. Ook van hen kan men niet aannemen dat ze naar Conakry zouden verhuizen en over de financiële draagkracht beschikken om hem te helpen. Door het chronische karakter van zijn ziekte zal verzoeker immers voor de rest van zijn leven de dure medicijnen en behandeling moeten aanschaffen. Het is niet redelijk om te verwachten dat anderen hem daarbij in het straatarme Guinee willen of kunnen bijspringen 18 De motivering van verwerende partij gaat hier helemaal niet op in. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de asielaanvraag van verzoeker werd ingediend in 2012. Ondertussen zijn we zes jaar verder, waardoor deze verklaringen onvermijdelijk gedateerd zijn en bijgevolg niet langer zonder verder onderzoek voor waarheid kunnen worden aangenomen. 2.6. Ten slotte heeft verwerende partij op geen enkel ogenblik onderzoek gedaan naar de continuïteit van de behandeling. Verzoeker heeft drie keer per dag een spoeling nodig. Indien deze behandeling - zelfs tijdelijk - wordt stopgezet houdt dit ernstige risico's in voor verzoekers leven, zoals ook werd aangegeven in de medische attesten. Verwerende partij liet na te onderzoeken of deze behandeling zowel tijdens de lange vlucht als onmiddellijk na een terugkeer kan worden voortgezet. Indien niet zou dit verzoeker blootstellen aan een vernederende en onmenselijke behandeling. Nochtans stelt dokter L. K. in het Asylorapport duidelijk : "La capacité du centre public est de 10 postes, ils sont fonctionnels pour trois séries de groupes de patients (matin, après-midi et nuit) du lundi au samedi. Une liste d'attente mise régulièrement à jour sert à recruter au fur et à mesure de la possibilité de place. " (P-8) Men werkt bijgevolg met een wachtlijst, waar men pas op komt te staan na een eerste intakegesprek om zich te verzekeren dat de patiënten de capaciteit hebben om de behandeling langdurig verder te zetten. Gelet op de zeer beperkte capaciteit van het centrum (cf. supra) is het bijzonder onwaarschijnlijk dat verzoeker onmiddellijk terecht zal kunnen om de dialyse behandeling verder te zetten. Daarbij werd eveneens geen rekening gehouden met de effectieve snelle beschikbaarheid van nefrologen, gelet op het enorm hoog aantal patiënten die zij noodgedwongen dienen te behandelen. Verwerende partij rept met geen woord over de continuïteit van de behandeling, waardoor zij dan ook hoogst onzorgvuldig te werk ging. Alle elementen uit het dossier (alle medische attesten, het verzoekschrift, alle beroepen voor uw Raad, de MedCOI informatie van verwerende partij en de informatie verzameld door Asylor) tonen duidelijk aan dat de behandeling onvoldoende beschikbaar en toegankelijk is. In haar beslissing gaat verwerende partij helemaal niet in op al deze elementen. Verwerende partij beperkt zich tot het aanhalen van algemene informatie, zonder in te gaan op de concrete elementen van de zaak. Door geen rekening te houden met alle elementen die zich in het administratief dossier bevinden, schendt verwerende partij duidelijk haar zorgvuldigheidsplicht alsook haar motiveringsplicht. 19 Door onzorgvuldig te werk te gaan en niet alle elementen van het administratief dossier in aanmerking te nemen en hierdoor de aanvraag ongegrond te verklaren, schendt verwerende partij bovendien ook duidelijk artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Zonder toegang tot de levensnoodzakelijke behandeling zal verzoekers gezondheid er erg op achteruit gaan. Een gedwongen terugkeer zou daarom ook een onmenselijke en vernederende behandeling uitmaken zoals bepaald door artikel 3 EVRM. Er dient bovendien nogmaals aangehaald te worden dat de ouders van verzoeker reeds overleden zijn (zoals reeds werd gemeld in het verzoekschrift) aan dezelfde ziekte als verzoeker. Hieruit blijkt wederom dat de behandeling in Guinee niet beschikbaar is en/of toegankelijk. 20 IV. Middelen tot schorsing: schending van artikel 3 EVRM De onmiddellijke tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing zal verzoeker een moeilijk te herstellen ernstig nadeel berokkenen. Verzoeker wenst te wijzen op rechtspraak van de Raad van State waarin gesteld wordt dat een mogelijk nadeel voldoende is. 2 Zonder toegang tot de levensnoodzakelijke behandeling en opvolging door specialisten zal verzoekers gezondheid er zwaar op achteruit gaan, en de dood tot gevolg hebben. Een gedwongen terugkeer van verzoeker zou daarom ook een onmenselijke en vernederende behandeling uitmaken, zoals bepaald door artikel 3 EVRM. Uit het voorgaande kan vastgesteld worden dat de uitvoering van de bestreden beslissing een moeilijk te herstellen en ernstig nadeel inhoudt. Het verzoek tot schorsing dient dan ook ontvankelijk en gegrond verklaard te worden."

2.2 In de nota met opmerkingen repliceert verweerder als volgt.

“In een eerste en enig middel beroept verzoekende partij zich op een schending van:

- art. 9ter van de Vreemdelingenwet;*
- art. 74/13 van de Vreemdelingenwet;*
- art. 2 en 3 van de Wet van 29.07.1991;*
- art. 3 EVRM;*
- het zorgvuldigheidsprincipe;*
- het redelijkheidsprincipe.*

Betreffende de vermeende schending van art. 2 en 3 van de Wet van 29.07.1991, laat de verweerder gelden dat bij lezing van het inleidend verzoekschrift van verzoekende partij blijkt dat zij daarin niet enkel inhoudelijke kritiek levert, maar dat zij er ook in slaagt de motieven vervat in de in casu bestreden beslissing weer te geven en daarbij blijk geeft kennis te hebben van de motieven vervat in de bestreden beslissing.

De verweerder is van oordeel dat o.b.v. deze vaststelling dient te worden besloten dat verzoekende partij het vereiste belang ontbeert bij de betrokken kritiek (cf. R.v.St. nr. 47.940, 14.6.1994, Arr. R.v.St. 1994, z.p.).

De formele motiveringsplicht, vervat in de wetsartikelen waarvan verzoekende partij de schending aanvoert, heeft immers geen ander doel dan het in kennis stellen van de bestuurde van de redenen die ten grondslag liggen aan de te zijnen of te haren opzichte genomen bestuursbeslissing, zodanig dat deze in staat is om te oordelen of het zinvol is om daartegen op te komen met de ter beschikking staande rechtsmiddelen (R.v.St. nr. 60.751, 4.7.1996, T.B.P. 1996, 698), terwijl de voormelde vaststelling impliceert dat deze wettelijke doelstelling is bereikt.

De naleving van de genoemde plicht houdt daarentegen geen verband met de inhoudelijke juridische of feitelijke correctheid van de tot uitdrukking gebrachte motieven (cf. wat inhoudelijke juridische correctheid betreft, naar analogie, Cass., 10.1.1979, Arr. Cass. 1978-79, 522; alsook wat feitelijke correctheid betreft: R.v.St. nr. 44.948, 18.11.1993, Arr. R.v.St. 1993, z.p.; Antwerpen, 16.6.1998, F.J.F. 1998, 693).

Bij lezing van de bestreden beslissing blijkt genoegzaam dat de inhoud daarvan verzoekende partij het genoemde inzicht verschaft en aldus volstaat om haar toe te laten de bedoelde nuttigheidsafweging te maken.

De bestreden beslissing is immers genoegzaam met redenen omkleed, aangezien daarin zowel haar juridische grondslag als haar feitelijke grondslag zijn vermeld.

Het normdoel dat ten grondslag ligt aan de in het besproken middel als geschonden aangeduide wetsartikelen is bereikt en de bestreden beslissing is genoegzaam gemotiveerd.

Daarenboven stelt verweerder vast dat verzoekende partij zich bij de bespreking van haar enig middel ook op de schending van de materiële motiveringsplicht beroept.

Terwijl het tegelijk aanvoeren van een schending van de formele én de materiële motiveringsplicht niet mogelijk is, nu het eventuele gebrek aan deugdelijke formele motivering het de betrokkene onmogelijk maakt uit te maken of de materiële motiveringsplicht geschonden is (R. v. St. nr. 93.123 dd. 20.12.2001).

Als verzoekende partij in staat zou zijn om een schending van de materiële motiveringsplicht aan te voeren, betekent dat immers dat van een eventuele schending van de formele motiveringsplicht geen gevolgen werden ondervonden.

De verweerder zal dan ook nog slechts repliceren in zoverre verzoekende partij de schending van de materiële motiveringsplicht aanvoert.

In de eerste plaats benadrukt verweerder dat de bestreden beslissing genomen werd op grond van art. 9ter van de Vreemdelingenwet:

“De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.”

De gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie steunde zich bij het nemen van de bestreden beslissing op het advies van de arts-adviseur dd. 17.11.2017.

In zijn advies besloot de arts-adviseur dat er geen sprake is van een reëel risico, nu de noodzakelijke behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Guinea.

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt duidelijk dat daarbij rekening werd gehouden met de medische verslagen die verzoekende partij heeft voorgelegd, terwijl de arts-adviseur ook verwijst naar de verschillende door hem geraadpleegde bronnen, die ofwel online consulteerbaar zijn, ofwel kunnen worden nagegaan in het administratief dossier.

Gelet op het feit dat de ambtenaar-geneesheer adviseert dat er geen bezwaar is vanuit medisch oogpunt naar een terugkeer naar Guinea, is het niet kennelijk onredelijk van de gemachtigde van de federale Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding om het advies van de ambtenaar-geneesheer te volgen.

Terwijl het de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, als annulatierechter, niet toekomt zich in de plaats te stellen van de ambtenaar-geneesheer noch van de gemachtigde van de Staatssecretaris bij het nemen van diens advies/beslissing, doch enkel kan nagaan of de beslissing niet kennelijk onredelijk is.

In een eerste onderdeel uit verzoekende partij kritiek op het advies betreffende de beschikbaarheid van de medische behandeling in het land van herkomst. Er zou enkel onderzoek gevoerd zijn naar de beschikbaarheid van hemodialyse, en niet naar de beschikbaarheid van peritoneale dialyse.

Verweerder merkt op dat verzoekende partij met deze kritiek voorbij gaat aan de vaststellingen van de arts-adviseur, alsook aan de werkelijke inhoud van de medische verslagen die in het administratief dossier terug te vinden zijn.

Verzoekende partij lijdt aan een arteriële hypertensie met nierinsufficiëntie. Deze ziekte wordt momenteel behandeld door middel van peritoneale dialyse, zoals blijkt uit het medisch getuigschrift dd. 03.08.2017.

In zijn verslag stelde de arts-adviseur vast dat de (klassieke) nierdialyse beschikbaar is in Guinea. Dialyse en behandeling van hypertensie zijn ook mogelijk in Conakry.

Verwerende partij benadrukt hierbij dat er twee vormen van nierdialyse mogelijk zijn: de hemodialyse, waarbij het bloed gefilterd wordt door een kunstnier, en de peritoneale dialyse, waarbij de dialyse via een buikspoeling wordt uitgevoerd. Die laatste behandeling wordt actueel, in België, toegepast.

Beide behandelingen zijn evenwel evenwaardige technieken. Ook de behandelende arts zelf geeft aan dat beide behandelingen evenwaardig zijn (zie e-mail van dr. R. H. dd. 14.07.2016):

“Er bestaan twee soorten van nierfunctievervangende therapie (sic). Ten eerste is er dialysebehandeling (peritoneaaldialyse of hemodialyse, twee evenwaardige technieken). Langs de andere kant is er niertransplantatie.”

Verweerder benadrukt dat zowel de behandelde arts als de arts-adviseur oordelen dat beide behandelingen elkaar kunnen vervangen. Er wordt door de arts-adviseur niet afgeweken van het advies van de behandelende arts op dit punt.

Terwijl verzoekende partij nergens motiveert waarom hemodialyse niet zou kunnen worden toegepast.

Ook Uw Raad oordeelde reeds in die zin:

“Uit dit advies blijkt dat een haemodialyse een peritoneale dialyse perfect kan vervangen. Door dit louter te betwisten, toont verzoekster niet aan dat dit niet strookt met de werkelijkheid.

[...]

Verzoekster blijft in gebreke om met concrete gegevens aan te tonen dat deze twee behandelingsmogelijkheden niet gelijkwaardig zouden zijn en waarom zij niet de andere behandelingsmogelijkheid zou mogen krijgen. Zij vermeldt “contra-indicaties” maar verduidelijkt deze in het geheel niet. De omstandigheid dat verzoekster bij het verzoekschrift informatie bijvoegt waaruit blijkt dat peritoneale dialyse niet beschikbaar zou zijn in Armenië, doet geen afbreuk aan de bestreden beslissing, aangezien verzoekster niet aantoonde dat peritoneale dialyse en haemodialyse, die wel beschikbaar is in Armenië, elkaar niet kunnen vervangen.” (R.v.V. nr. 162.210, 17 februari 2016)

Terwijl ook in het medisch getuigschrift enkel “levenslange dialyse of niertransplantatie” vermeld staan als noodzakelijke behandeling. Nergens wordt verduidelijkt dat het noodzakelijk om een peritoneale dialyse moet gaan.

Bovendien benadrukt verweerder dat verzoekende partij reeds in het verleden een klassieke hemodialyse onderging. Dit was het geval toen bij verzoekende partij een navelbreuk werd vastgesteld. Na de (succesvolle) operatie van deze breuk was er een vervangende hemodialyse, die goed werkte (zie medisch verslag van dr. R. H. dd. 27.06.2017).

Terwijl verzoekende partij zelf erkent dat de hemodialyse, die eigenlijk een meer uitgebreide vorm van dialyse betreft, weldegelijk beschikbaar is in haar land van herkomst.

Verweerder besluit dan ook dat verzoekende partij er verkeerdelijk vanuit gaat dat de arts-adviseur een andersluidend oordeel velt dan de behandelende arts. Minstens toont verzoekende partij niet aan dat beide behandelingen elkaar niet kunnen vervangen.

Zelfs als besloten zou worden dat de arts-adviseur in zijn advies afwijkt van het oordeel van de behandelende arts, quod non, benadrukt verweerder dat de arts-adviseur in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet én artikel 3 EVRM een specifieke controletaak heeft, die uiteraard volledig losstaat van de genezende taak van de behandelende arts van de betrokken vreemdeling.

Verweerder merkt in dit kader ook op dat de arts-adviseur in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet niet gehouden is uitdrukkelijk te motiveren om welke reden er gebeurlijk wordt afgeweken van het standpunt van de behandelende arts van de verzoekende vreemdeling.

“Dienaangaande dient de Raad op te merken dat noch de formele motiveringsplicht, noch artikel 9ter van de Vreemdelingenwet de ambtenaar-geneesheer verplicht om in zijn advies een uitleg te verstrekken waarom hij afwijkt van de medische documenten. De ambtenaar-geneesheer heeft enkel de in artikel 9ter, §1, laatste lid van de Vreemdelingenwet vermelde verplichting.” (R.v.V. nr. 115.598 dd. 12.12.2013)

Op basis van deze vaststelling oordeelde de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie dan ook geheel terecht dat de gezondheidsproblemen die werden aangehaald door verzoekende partij geen actuele aandoeningen uitmaken die een reëel risico inhouden voor haar leven of fysieke integriteit, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling en dit gelet op het gegeven dat er in Guinea behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk is.

In die omstandigheden kan verzoekende partij ook niet dienstig verwijzen naar het rapport van Asyls, waarin wordt aangegeven dat peritoneale dialyse niet beschikbaar is in Guinea, en dit nog los van de vaststelling dat dit rapport (dat enkel met login kan worden geraadpleegd en dus niet publiek beschikbaar is) ook niet voorafgaandelijk ter kennis werd gebracht aan de gemachtigde van de Staatssecretaris.

Verweerder laat bovendien gelden dat dit rapport niet ter kennis was gebracht van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie. Hij kon er dus geen rekening mee houden bij het nemen van de bestreden beslissing.

Waar verzoekende partij voorhoudt dat het rapport publiek toegankelijk is, laat verweerder gelden dat dit niet het geval is. Bij nazicht blijkt het rapport enkel toegankelijk na het ingeven van een login.

Bovendien merkt verweerder op dat het advies van de arts-adviseur steunt op het MedCOI-rapport dat gedateerd is van oktober 2016. Dit is recenter dan het rapport waar verzoekende partij naar verwijst en dat dateert van 2015. Er werd dus wel degelijk een “volledig en ex nunc onderzoek” uitgevoerd.

Bovendien blijkt uit het verzoekschrift dat dit rapport slechts de mening verkondigt van één enkele dokter. Terwijl de arts-adviseur in zijn advies verwees naar meerdere specialisten (in de publieke en private sector).

Bijgevolg is het kabinet van dr. L. K., waarnaar het rapport van Asyls verwijst, slechts 1 van de mogelijke faciliteiten waar de behandelingen beschikbaar is. Dat blijkt ook uit het MedCOI-rapport en wordt door de arts-adviseur aangegeven in zijn advies. De hemodialyse (3 maal per week) is beschikbaar op het kabinet van dr. K., maar ook in Ratoma, Conakry en meerdere private faciliteiten.

Een schending van de zorgvuldigheidsplicht, dan wel van de materiële motiveringsplicht kan niet worden weerhouden.

Zie ook:

“Aangezien verweerder de eerste bestreden beslissing nam op basis van een analyse die werd doorgevoerd door een door hem aangestelde ambtenaar-geneesheer en niet aannemelijk wordt gemaakt dat deze enig dienstig stuk over het hoofd heeft gezien bij het opstellen van zijn advies kan ook geen schending van het zorgvuldigheidsbeginsel bij het nemen van de eerste beslissing worden vastgesteld.” (R.v.V; nr. 126.770 dd. 07.07.2014)

Vervolgens uit verzoekende partij kritiek op het gegeven dat de MedCOI-databank, waarop de arts-adviseur zijn advies steunt, werd opgesteld door een anonieme bron.

De concrete kritiek van verzoekende partij bestaat eruit dat niet kan worden nagegaan of de bronnen waarop de arts-adviseur zich steunt in zijn advies, betrouwbaar, correct en objectief zouden zijn. De kritiek is aldus gericht tegen het gegeven dat de arts-adviseur zich steunt op informatie van het MedCOI-project.

Het MedCOI-project is een project rond het uitwisselen van bestaande informatie, beste praktijkvoering en het ontwikkelen van een gemeenschappelijke aanpak in het verzamelen en gebruik van medische COI (country of origin information); het MedCOI-project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering, telt 17 partners (16 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door het European Refugee Fund).

Deze dokters, die gegarandeerd anoniem blijven, werden gevonden door bemiddeling van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse Zaken en zijn ambassades overzee. Zij werden vervolgens contractueel aangenomen door de Medische Adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (IND). Deze dokters bezorgen de informatie over de beschikbaarheid van behandelingen in de landen waar ze actief zijn.

Verweerder stelt vast dat de kritiek van verzoekende partij strikt hypothetisch van aard is. Verzoekende partij uit algemene opmerkingen met betrekking tot de werking van het MedCOI project, zonder dat verzoekende partij daarbij ook effectief iets inbrengt tegen de inhoud van de informatie die blijkt uit de verslagen van MedCOI. De vraag stelt zich dan ook naar het belang van verzoekende partij bij haar

kritiek, die van algemene draagwijdte is, maar niet in concreto aanduidt of de bronnen in casu ook daadwerkelijk onbetrouwbaar of incorrect zouden zijn, zoals verzoekende partij voorhoudt.

Het loutere gegeven dat het MedCOI project samenwerkt met dokters die anoniem blijven, doet bovendien geen afbreuk aan de inhoud van de door dit project (dat zelf sterk gereguleerd is, en onder toezicht staat van het Europe Refugee Fund) aangeleverde informatie.

Bovendien is de informatie van het MedCOI project terug te vinden in het administratief dossier, zodat verzoekende partij de inhoud ervan kan toetsen.

Zie dienomtrent:

“De verzoekende partij kan niet ernstig voorhouden dat de drie documenten waarop de ambtenaar-geneesheer zich baseert om te concluderen dat de zorgen beschikbaar zijn in het land van herkomst, namelijk Kameroen, zijn opgesteld door “volstrekt anonieme bronnen”, nu uit het advies duidelijk blijkt dat de drie documenten afkomstig zijn uit de MedCOI-databank, waarbij telkens het uniek referentienummer wordt weergegeven, en wordt aangegeven dat deze informatie afkomstig is van lokale artsen die in het land van herkomst zijn tewerkgesteld in contractueel verband met de Nederlandse overheid. Ook wordt in voetnoot 3 van het advies verduidelijkt dat de artsen in het kader van het MedCOI-project gegarandeerd anoniem blijven, en wordt de werking van de informatie-uitwisseling en samenwerking verduidelijkt, net als in voetnoot 2. De verzoekende partij toont voorts niet aan waaruit zij afleidt dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies de artsen op wiens informatie hij zich baseert bij naam moet noemen of persoonlijk identificeerbaar moet maken. Evenmin toont zij aan dat deze informatie ondertekend zou moeten zijn.” (R.v.V. nr. 132.694 dd. 03.11.2014)

“In verband met de beschikbaarheid van de zorgen en opvolging, vermag de ambtenaar-geneesheer in zijn advies verwijzen naar de informatie die blijkt uit de MedCOI-databank. Het gegeven dat de dokters anoniem blijven, doet hier geen afbreuk aan. De bronnen zijn ook opgenomen in het administratief dossier zodat verzoekende partij er kennis van heeft kunnen nemen.

Verzoekende partij gaat niet in op de concrete motieven, en toont derhalve niet aan dat deze motivering, met verwijzing naar de bronnen, kennelijk onredelijk is.” (R.v.V. nr. 114 533 van 28 november 2013)

Door de loutere verwijzing naar de gemeenschappelijke EU-richtlijnen doet verzoekende partij geen afbreuk aan de inhoud van de MedCOI-databank. Er werd immers overvloedig verwezen naar de gebruikte bronnen.

Bovendien merkt verweerder op dat de Richtlijn 2011/95/EU, waarnaar verzoeker verwijst, betrekking heeft op de erkenning van de internationale bescherming of de subsidiaire beschermingsstatus van derdelanders of staatlozen. Dit is in casu niet het geval, nu de bestreden beslissing een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van art. 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond werd verklaard.

Verzoekende partij kan dan ook niet dienstig verwijzen naar art. 15b van voormelde Richtlijn, nu dat artikel betrekking heeft op de “voorwaarden om in aanmerking te komen voor subsidiaire bescherming”.

Ook het door verzoeker aangehaalde arrest (nr. 45.928 van 2 juli 2010) van Uw Raad handelt over de weigering van de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus. Verzoekende partij toont niet aan dat dit arrest betrekking heeft op haar situatie, en dit terwijl de Belgische rechtsorde hoe dan ook geen precedentenwerking kent.

Vervolgens herhaalt verzoekende partij nogmaals haar kritiek omtrent de beschikbaarheid van de noodzakelijke behandeling. Verzoeker meent dat de arts-adviseur niet motiveerde waarom de klassieke hemodialyse de behandeling van verzoeker kan vervangen.

Zoals supra reeds werd uiteengezet, blijkt duidelijk uit de medische stukken in het administratief dossier, alsook uit het verslag van de arts-adviseur dat het twee evenwaardige behandelingen betreft. De kritiek van verzoekende partij is niet ernstig.

Verweerder besluit dat in casu geen sprake is van schending van de formele motiveringsplicht, nu de arts-adviseur niet besloten heeft tot een andere behandeling dan de behandelende geneesheer, aangezien zowel de hemodialyse als de peritoneale dialyse 2 evenwaardige behandelingen zijn.

In een tweede onderdeel uit verzoekende partij kritiek op de toegankelijkheid van de behandeling in het land van herkomst van verzoeker.

Verzoekende partij is van oordeel dat er, ten gevolge van arrest Paposhvili van het EHRM, niet langer verwezen kan worden naar oudere rechtspraak van het EHRM.

Verweerder laat gelden dat de kritiek van verzoekende partij niet kan worden aangenomen.

Uit de inhoud van het medisch advies van de arts-adviseur blijkt uitdrukkelijk dat de arts-adviseur de verschillende hypothesen die kunnen leiden tot de toekenning van de machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet heeft onderzocht, doch heeft geoordeeld dat er niet dient te worden overgegaan tot de toekenning van een verblijfsrecht op grond van artikel 9ter, §1, eerste lid van de Vreemdelingenwet.

Het medisch advies stelt immers uitdrukkelijk:

“Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die theoretisch een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of

fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, hier concreet geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Guinea. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het land van herkomst, Guinea.”

Verzoekende partij maakt met haar kritiek niet aannemelijk dat de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie een verkeerde toepassing zou hebben gemaakt van artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet.

Verzoekende partij verwijst daarnaast naar arrest nr. 187.083 van 19 mei 2017 van Uw raad.

Verweerder benadrukt dat in voormeld arrest van Uw Raad geoordeeld werd dat er sprake was van een alleenstaande, met HIV-besmette vrouw, zonder netwerk in Nairobi, een stad waarvan deze vrouw niet afkomstig was.

Dat is in casu niet het geval. De arts-adviseur motiveerde immers als volgt:

“Betrokkene leg geen bewijs van totale arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Guinee – het land waar hij meer dan 35 jaar verbleef – geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Bij zijn asielprocedure verklaarde verzoeker immers dat zijn vrouw en zijn zus nog in Guinee verblijven.” (eigen onderlijning)

Er werd dus, conform de rechtspraak van uw Raad, wel degelijk rekening gehouden met de individuele omstandigheden van verzoeker.

De kritiek van verzoekende partij richt zich in de eerste plaats op de toegankelijkheid van de behandeling, die niet gegarandeerd zou zijn aangezien er slechts twee personen in Guinea gespecialiseerd zijn in nierproblemen.

Hiermee gaat verzoekende partij wederom voorbij aan de gedegen vaststellingen van de arts-adviseur in zijn advies. Daarin werd inderdaad bevestigd dat er in het Donka hospitaal in Conakry twee personen gespecialiseerd zijn in nierproblemen.

Daarnaast maakt de arts-adviseur evenwel melding van de dialyse-eenheid in de ‘New Medical Clinic Gbessia’:

“De NGO AGUR werd opgericht om de zorg voor mensen met nierproblemen te verbeteren. AGUR-France ondersteunt het project door te voorzien in workshops voor zorgverleners, technische en logistieke steun, hulp bij het onderhoud van dialysecentra en de bevoorrading met specifieke generische medicijnen.”

Ook wijst de arts-adviseur op “International medical assistance”, een Guineese NGO, die zich bezighoudt met de aanpak van arteriële hypertensie.

Terwijl er daarnaast nog private instellingen bestaan waar verzoeker een behandeling kan krijgen.

Dit wordt overigens bevestigd door het MedCOI-rapport, waaruit blijkt dat er verschillende faciliteiten zijn waar een dialyse kan uitgevoerd worden:

- Kabinet van dr. K. (waar verzoekende partij naar verwijst);
- Ratoma;
- Conakry;
- private instellingen.

Verzoekende partij verwijst ter staving naar het voormeld rapport van Asylas.

In de eerste plaats herhaalt verweerder dat dit rapport, zoals verzoekende partij zelf aangeeft, niet ter beschikking was gesteld van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie. Men kon er dus, bij het opstellen van het advies en de bestreden beslissing, geen kennis van nemen. Dat dit rapport reeds in een vorige procedure werd ingeroepen, doet hieraan geen afbreuk. Het rapport werd immers neergelegd voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en werd niet aan de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie meegedeeld, zodat deze er ook geen kennis van kon nemen.

De regelmatigheid van een bestuursbeslissing dient te worden beoordeeld in functie van de gegevens waarover het bestuur ten tijde van het nemen van zijn beslissing kon beschikken om deze beslissing te nemen (zie ook R.v.V. nr. 509, 29 juni 2007).

Verzoekende partij handelt dan ook in strijd met art. 9ter, lid 3 van de Vreemdelingenwet, dat bepaalt:

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

Terwijl het arrest nr. 117.992 van 30 januari 2014 waarnaar verzoekende partij verwijst betrekking heeft op een beslissing tot weigering van verblijf met bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 26quater). Verzoekende partij toont niet aan dat dit arrest op haar van toepassing is.

Bovendien vertegenwoordigt het rapport van Asylos slechts de mening van één dokter, die aan het hoofd zou staan van het DONKA -ziekenhuis.

Hiermee gaat verzoekende partij voorbij aan de vaststellingen in het MedCOI-rapport, dat ook in andere faciliteiten de noodzakelijke behandeling voorhanden is.

Terwijl het MedCOI-rapport bovendien gesteund is op de uitwisseling en verzameling van informatie tussen verschillende dokters, die contractueel aangenomen door de Medische Adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

(IND). Deze dokters bezorgen de informatie over de beschikbaarheid van behandelingen in de landen waar ze actief zijn.

Verweerder besluit dan ook dat het MedCOI-rapport, waarop de arts-adviseur zich steunde, minstens objectiever is dan het door verzoekende partij ingeroepen rapport.

Vervolgens verwijst verzoekende partij opnieuw naar het rapport van Asylos om aan te tonen dat de door de arts-adviseur vooropgestelde prijzen een manifeste foutieve inschatting vormen.

Verweerder herhaalt ook hier dat dit rapport niet ter kennis was van de arts-adviseur, zodat hij er geen rekening mee kon houden.

Bovendien verkondigt dit rapport slechts de situatie in één hospitaal, zoals verzoekende partij zelf aangeeft:

“Asylos contacteerde namelijk professor L. K., nefroloog en verantwoordelijke van de dialysecentra in Guine met betrekking tot de situatie van dialysepatiënten in Guinee.”

Terwijl de arts-adviseur duidelijk motiveerde dat de gezondheidszorg in Guinea bestaat uit een publieke en private sector. Daarnaast zijn er ook nog de vrijwilligersinstellingen. Een consultatie in een publieke instelling varieert tussen de 3.000 en 15.000 GNF (1 GNF = 0,000094 euro).

Verzoekende partij kan de vaststellingen die slechts 1 instelling betreffen, niet toepassen op de volledige gezondheidszorg in Guinea, nu er verschillende faciliteiten bestaan waar verzoekende partij een behandeling kan ondergaan. Dit blijkt duidelijk uit het MedCOI-rapport, waarop de arts-adviseur zijn verslag steunde.

Voor zoveel als nodig laat verweerder nog gelden dat in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet niet dient nagegaan te worden of de medische behandeling in het land van herkomst van een niveau is dat vergelijkbaar is met het niveau van de zorgen in België.

Het volstaat wel degelijk dat door de arts-adviseur werd vastgesteld dat er vanuit medisch standpunt geen bezwaar is tegen een terugkeer, gelet op het feit dat een behandeling beschikbaar én toegankelijk is, zodat er in hoofde van de verzoekende partij geen risico bestaat voor het leven of de fysieke integriteit, dan wel op een onmenselijke of vernederende behandeling.

Zie ook:

“Er moet ook worden benadrukt dat het eventuele feit dat het niveau van de zorgverstrekking in Slovakije niet vergelijkbaar is met dat in België en dat bepaalde vormen van zorgverstrekking er voor bepaalde burgers minder eenvoudig toegankelijk of beschikbaar zijn niet impliceert dat een verblijfsmachtiging om medische redenen niet kan worden geweigerd aan een uit dat land afkomstige vreemdeling. In artikel 9ter van de Vreemdelingenwet is immers niet vastgelegd dat verweerder dient na te gaan of de medische behandeling die in een bepaald land kan worden verstrekt van een niveau is dat vergelijkbaar is met dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden. Voormelde bepaling voorziet slechts dat moet worden nagegaan of een adequate, en derhalve geschikte, behandeling mogelijk is. De Raad merkt op dat een ambtenaar-geneesheer vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is.” (R.v.V. nr. 101.952 van 29 april 2013)

Voor zover verzoekende partij opnieuw de motieven van de aanvraag tot het bekomen van de machtiging tot verblijf aangeeft, en daarmee de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen uitnodigt om de aanvraag opnieuw te beoordelen, merkt verweerder op dat de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dergelijke beoordeling niet kan maken.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen onderzoekt enkel of de gemachtigde van de Staatssecretaris in redelijkheid is kunnen komen tot de door hem gedane vaststelling van feiten en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn welke met die vaststelling onverenigbaar zijn. In het kader van de marginale toetsing wordt de aangeklaagde onwettigheid slechts dan gesanctioneerd wanneer daarover geen redelijke twijfel kan bestaan, m.a.w. wanneer de beslissing kennelijk onredelijk is (zie o.m. R.v.St. 17 januari 2007, nr. 166.820).

Tot slot houdt verzoekende partij nog voor alleen te moeten instaan voor de kosten van de behandeling. In de eerste plaats merkt verweerder op dat door verzoekende partij geen attest van arbeidsongeschiktheid werd voorgelegd. Verzoekende partij betwist dit niet. Het is dan ook niet kennelijk

onredelijk voor de arts-adviseur om te oordelen dat niets toelaat te concluderen dat verzoekende partij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Er mag in hoofde van verzoekende partij ook enige zorgvuldigheid verwacht worden. Als er effectief sprake zou zijn van een arbeidsongeschiktheid, diende verzoeker hiervan de nodige stukken voor te leggen.

Verzoekende partij gaat dan ook voorbij aan de inhoud van art. 9ter Vreemdelingenwet, dat bepaalt dat het aan de vreemdeling toekomt om alle nuttige inlichtingen over te maken met betrekking tot de ziekte bij zijn aanvraag. Hieruit vloeit voort dat verzoekende partij, indien zij over recentere medische attesten zou beschikken, gehouden is deze over te maken.

Wanneer verzoekende partij een aanvraag indient, rust op haar de verplichting zich in deze procedure te bekwamen en alle nuttige stukken over te maken. "Het komt in de eerste plaats de verzoekende partij toe om erover te waken zich te bekwamen in elke procedure die zij heeft ingesteld, en, indien nodig, deze procedures te vervolledigen en te actualiseren." (R.v.V. nr. 26.814 van 30 april 2010).

Daarnaast uit verzoeker kritiek op het standpunt van de arts-adviseur dat hij bij familie, vrienden of kennissen terecht kan voor de nodige zorgen.

Verweerder merkt op dat verzoekende partij zelf bevestigt dat haar vrouw en 2 kinderen in Guinea verblijven. De stelling dat deze familieleden niet over voldoende financiële draagkracht zouden beschikken is puur hypothetisch, nu verzoekende partij hierover geen enkel dienstig stuk heeft voorgelegd.

Bovendien gaat verzoekende partij voorbij aan de gedegen motivering door de arts-adviseur, waarin hij aangeeft dat verzoekende partij ruim 35 jaar verbleef. Verzoeker verblijft pas sinds 2012 in België.

Hieruit werd geheel terecht afgeleid dat het onwaarschijnlijk is dat verzoeker geen netwerk heeft in Guinea.

Bovendien vermeldde de arts-adviseur ook het bestaan van de Internationale Organisatie voor Migratie, die verzoeker de nodige steun kan bieden voor een terugreis. De bijstand kan het volgende omvatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, accommodatie/huur,...

Tot slot uit verzoekende partij nog kritiek op de continuïteit van de behandeling, waar in de bestreden beslissing geen woord over gerept zou zijn.

In weerwil tot wat verzoekende partij voorhoudt, heeft de arts-adviseur wel degelijk onderzocht of verzoeker naar Guinea kan reizen. Hij kwam tot het besluit dat er geen sprake is van een contra-indicatie om te reizen. De klinische toestand van betrokkene is zeer goed.

Ook bij nazicht van de medische stukken blijkt dat de laatste hospitalisatie dateert van 2014.

Verweerder benadrukt dan ook dat de arts-adviseur uitdrukkelijk motiveerde dat er geen reden was waarom verzoeker niet zo mogen reizen. De arts-adviseur steunde zich bij het nemen van dit advies op de voorgelegde medische verslagen.

Terwijl het medisch verslag waarnaar verzoekende partij verwijst betrekking heeft op de gevolgen van een definitieve stopzetting van de behandeling, quod non in casu, nu de arts-adviseur uitdrukkelijk heeft gemotiveerd dat de behandeling aanwezig is in Guinea.

Voor zover verzoekende partij opnieuw het verslag van dokter K. aanhaalt, verwijst verzoeker opnieuw naar het geactualiseerde MedCOI-rapport, waaruit duidelijk blijkt dat de noodzakelijke behandeling in verschillende faciliteiten voorhanden is. Dat er in één hospitaal sprake zou zijn van een wachtlijst, geeft evident geen volledig beeld over de gezondheidszorg in Guinea.

Ten overvloede benadrukt verweerder dat uit het MedCOI-rapport ook blijkt dat zowel een 'inpatient' als een 'outpatient' behandeling door een nefroloog voorhanden is. Ook dit wordt duidelijk aangegeven in het rapport van de arts-adviseur.

Zelfs als verzoekende partij niet onmiddellijk in een ziekenhuis kan worden opgenomen, is opvolging door een nefroloog wel degelijk voorhanden.

Bovendien herhaalt verweerder dat uit het onderzoek van de arts-adviseur duidelijk blijkt dat de behandeling en de opvolging in Guinea voorhanden zijn.

Waar verzoekende partij verwijst naar art. 3 EVRM (dat los staat van art. 9ter Vreemdelingenwet), neemt verweerder aan dat verzoekende partij zich richt tegen de haar betekende verwijderingsmaatregel (de tweede bestreden beslissing).

Verweerder benadrukt dat een schending van art. 3 EVRM door verzoeker niet aannemelijk gemaakt wordt. Uit het advies van de arts-adviseur blijkt immers afdoende dat, na gedegen onderzoek van zowel de door de verzoekende partij bijgebrachte medische verslagen als de opvolgings- en behandelingsmogelijkheden in Guinea, de opvolging en de behandeling die noodzakelijk is, beschikbaar zijn in Guinea.

Een schending van artikel 3 van het EVRM wordt niet aangetoond.

Gelet op het voorgaande heeft de gemachtigde van de Staatssecretaris dan ook geheel terecht, en binnen de hem ter zake toebedeelde bevoegdheid, geoordeeld dat de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ongegrond diende te worden beschouwd.

De gemachtigde van de Staatssecretaris handelde daarbij na grondig onderzoek van de elementen die de concrete situatie van de verzoekende partij daadwerkelijk kenmerken, en conform de ter zake toepasselijke rechtsregels.

De in casu bestreden beslissing werd rechtmatig genomen, zonder miskennis van de zorgvuldigheidsverplichting en het redelijkheidsbeginsel waarvan de verzoekende partij de schending aanvoert.

Het enig middel is onontvankelijk, minstens ongegrond. Het kan niet worden aangenomen.”

2.3. Verzoeker voert onder meer de schending aan van de materiële motiveringsplicht. Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad niet bevoegd om zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet op kennelijk onredelijke wijze tot haar besluit is gekomen (RvS 7 november 2001, nr. 101.624).

Het zorgvuldigheidsbeginsel, waarvan verzoeker eveneens de schending aanvoert, 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. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de gemachtigde van de staatssecretaris bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Voormelde schendingen dienen te worden onderzocht in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet waarop de eerste bestreden beslissing wordt gestoeld en waarvan verzoeker eveneens de schending aanvoert.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet luidt:

“§ 1

De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

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

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

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

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

Luidens de bewoordingen ervan, is de eerste bestreden beslissing volledig opgehangen aan het advies van de ambtenaar-geneesheer van 17 november 2017. Een motivering door verwijzing naar dit 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 betrokkenen ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende gemotiveerd zijn en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgevalen door de gemachtigde van de staatssecretaris (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734, NV BAECK en JANSEN). Aan de eerste en derde voorwaarde is alvast voldaan.

In voormeld advies wordt het volgende gesteld:

"NAAM: B., I. (R.R.: ...) Mannelijk

Nationaliteit: Guinee Geboren te Kabala op (...) 1977

Adres: (...) Antwerpen

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door voornoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 26.06.2013. I. Medische voorgeschiedenis + voorgelegde medische attesten:

Door de betrokkene werden de volgende medische getuigschriften voorgelegd ter staving van de aanvraag:

10/6/2013, 09/07/2013, 7/1/2016, 14/1/2015, 14/7/2016, 3/8/2017, 27/6/2017, 8/6/2017, 7/6/2017, 3/8/2017

Dr. H., betrokkene vertoont een verminderde nierfunctie, waarschijnlijk ten gevolge van langdurige arteriële hypertensie. Omdat de nierfunctie verslechterd was, werd op 12/06/2013 een ' peritoneale dialyse opgestart, waardoor er een goede recuperatie van de nierfunctie was. Bij betrokkene was er ook een navelbreuk vastgesteld. Deze werd met succes geopereerd en tijdelijk was er toen ook een vervangende hemodialyse die goed werkte. Er worden ook bloedsuikerslagen toegevoegd (laatste 16/12/2014) die de chronische nierinsufficiëntie bevestigen (creatinine 7,97). Het fysiek onderzoek is goed, de bloeddruk is normaal, en er worden slechts minimale oedemen ter hoogte van de enkels vastgesteld. De longauscultatie is normaal, Wel waren er nog erectiestoornissen.

** 4/2/2014, Dr. C., verslag van peritoneaaldialyse, "met patiënt gaat het goed".*

30/1/2014, 24/2/2014; 6/3/2014, bloedsuikerslagen.

** 25/2/2014, Dr. B. revisie catheter.*

** 20/3/2014, 26/3/2014, Dr. H., controleverslag na weglaten dialyse.*

** 24/2/2014, Dr. A., korte opname van 24/2 tot 26/2/14; nazicht wegens buikpijn en constipatie, malpositie catheter. 16/7/2014, Dr. M., patiënt is volledig nierdialyse dependent. Deze doet betrokkene thuis zelf via een peritoneale dialyse-toestel. Wel was er tijdelijk een hemodialyse nodig tijdens het herstel van de navelbreuk.*

• 17/7/2014: print thuismedicatie,

• 10/8/2014: bloedsuikerslag. Licht verlaagde hematocriet en verhoogd creatinine.

Verder werden er geen recente hospitalisaties of acute opstoten vermeld.

II. Medisch onderzoek van betrokkene en van zijn medisch dossier leert mij het volgende:

Om ons persoonlijk een idee te kunnen vormen van de medische toestand van betrokkene hebben wij hem op 9/2/2016 voor een medisch onderzoek uitgenodigd. Deze 40-jarige man lijdt aan een arteriële hypertensie met nierinsufficiëntie. World Trade Center II Antwerpsesteenweg 59 B T 02 793 80 00 1000 Brussel helpdesk.dvzoe@dofi.fgov.be www.dofi.fgov.be www.Jbz.be be Tegenover de toestand vroeger is er geen hemodialyse meer nodig, maar een lichtere vorm van peritoneale dialyse. De behandeling met medicatie en peritoneale dialyse verloopt met goed succes. Betrokkene stelt het klinisch en functioneel zeer goed, de gemeten bloeddruk was op consultatie 11/7, en hij evolueert onder verdere verwickelingen, Infecties of oedemen. Er waren geen specifieke klachten.

III» Analyse van dit medisch dossier leert mij het volgende:

Deze 40-jarige man lijdt aan een arteriële hypertensie en een nierinsufficiëntie, met een opgestarte behandeling, zonder verdere verwickelingen of infecties. Betrokkene doet thuis een peritoneale dialyse m tijdelijk werd er een hemodialyse gegeven bij een operatie wegens navelbreuk. Tegenover de toestand vroeger is er nu geen hemodialyse meer nodig, maar een lichtere vorm van peritoneale dialyse. In de toekomst is het niet uitgesloten dat er terug een uitgebreidere vorm van klassieke hemodialyse moet gebeuren en deze is er zeker beschikbaar en toegankelijk de dag van vandaag (en dit kan ook perfect de huidige peritoneale dialyse vervangen indien er geen peritoneale dialyse zou zijn). Klinisch stelt betrokkene het nu goed, met een goede recuperatie van de bloeddruk, Wel waren er nog erectiestoornissen. Later was er een opname wegens constipatie en slecht geplaatste catheter, die herplaatst werd, maar nu zit deze goed en stelt geen enkel probleem meer. De peritoneale dialyse kan thuis uitgevoerd worden en werkt zeer goed. Recent waren er geen verdere verwickelingen, geen recente hospitalisaties, er waren geen acute opstoten, betrokkene stelt het goed. Er is geen gevaar voor de gezondheid of het leven van betrokkene voor zover het herkomstland beschikt over specialisten die een hypertensie en nierproblemen kunnen behandelen, en waar een peritoneale dialyse mogelijk is, maar dit is zeker mogelijk in het herkomstland, Guinea. Alle behandelingen die in dit stadium van zijn ziekte nodig zijn, zijn ook mogelijk in Guinea, zoals blijkt uit de hieronder vermelde informatie, zodat deze aandoening geen gevaar kan betekenen voor het leven of fysieke integriteit, en zodat er bijgevolg geen risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat

IV. Beschikbaarheid van de behandeling: Voor de behandeling en opvolging van arteriële hypertensie en internistische opvolging zijn er in het herkomstland Guinea voldoende behandelings- en opvolgingsmogelijkheden» bijgevoegd in het administratief dossier. Hierbij werd gebruik gemaakt van de

volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene) : daaruit blijkt dat er ter plaatse Internisten en nefrologen zijn. Volgens recente, geactualiseerde informatie zijn klassieke nierdialyse en nefrologen nu in Guinea beschikbaar: Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank1 : REQUEST FORM Médical Advisors - Immigration and In het MedCOI-project wordt er Informatie verzameld over de beschikbaarheid van medische behandelingen In de landen van herkomst en deze informatie wordt in «en niet-publieke databank geplaatst die enkel toegankelijk is voor de partners van dit Project. Het MedCQI-project is gebaseerd op een initiatief van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering (BMA), telt heden 15 partners (14 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door European Refugee Fund, Disclaimer: De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk In een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst. Er wordt geen Informatie over de toegankelijkheid van de behandeling verschaft De informatie wordt met grote zorg verzameld. De BMA doet zijn uiterste best om accurate, transparante en actuele informatie te leveren binnen een beperkt tijdsbestek. Echter, dit document heeft niet de pretentie exhaustief te zijn. Geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid kunnen uit de inhoud gepuurd worden. BMA krijgt informatie van de volgende 3 bronnen: International SOS is een leidinggevende internationale onderneming die medische bijstand en veiligheidsdiensten verleent. Zij heeft kantoren in meer dan 70 landen en beschikt over een wereldwijd netwerk van 27 bijstandscentra, 31 klinieken, 700 externe sites. International SOS heeft zich contractueel verbonden tot het leveren van informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld. Meer inlichtingen over deze organisatie is te vinden op de International SOS website: <https://www.internationalsos.com/> Allianz Global Assistance is een wereldwijde reisbijstandsverzekering onderneming. Met hun eigen operationele centra in 34 landen, meer dan 100 correspondenten en 400.000 kwalitatieve dienstverleners, weet de onderneming waar ook ter wereld voor welke specifieke medische aandoening dan ook de juiste medische behandeling te vinden. Allianz Global Assistance heeft zich contractueel verbonden om informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in landen over de hele wereld te verstrekken. Meer informatie over de organisatie kan gevonden worden op de website van Allianz Global Assistance: www.allianz-aiobai-assistance.com Lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt, werden uitgekozen door ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgelegde selectiecriteria: betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in Naturalisation Department - MINISTRY OF THE INTERIOR AND KINGDOM RELATIONS, THE NETHERLANDS: REQUEST NUMBER REQUEST NUMBER: BMA 8784 nephrology: chronic hemodialysis (3times a week), Available, cabinet Pr K., Ratoma, Conakry, (Private Facility) inpatient treatment by a nephrologist Available, CHU Donka, Donka Conakry, (Public Facility) outpatient treatment and follow-up by a nephrologist Available Cabinet Pr K. Ratoma Conakry (Private Facility) Daaruit blijkt dat dialyse en de behandeling van hypertensie ook mogelijk zijn in Conakry, Op de website (bijgevoegd) <http://af'lcatrioes.ord/nephro/diaguK.php> wordt er duidelijk publiciteit gemaakt dat zelfs buitenlanders zich in dit centrum kunnen laten verzorgen en dat zij over niet minder dan 20 dialyse-toestellen beschikken. Deze info werd bijgevoegd In het administratief dossier, Voor alle nodige behandelingen beschikt Guinea ook over de nodige specialisten (nefrologen), zoals blijkt uit de hierboven vermelde informatie, zodat deze aandoening geen gevaar kan betekenen voor het leven of fysieke integriteit en zodat er bijgevolg geen risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat, Wat de behandeling betreft die toegepast wordt in het herkomstland moet opgemerkt worden dat deze onder de verantwoordelijkheid valt van de plaatselijke specialisten die uiteraard de beste middelen uit hun arsenaal waarover zij beschikken zullen inzetten en de mogelijkheden verschillen uiteraard volgens de goedkeuring en terugbetaling in het land van herkomst door het ministerie van volksgezondheid, dat m fine verantwoordelijk is voor de waarde en de kost van gezondheidszorg en het respectvol en zorgvuldig omspringen ermee. Volgens de jurisprudentie van het Europees hof van de rechten van de mens, die in deze materie doorslaggevend is , Is het voldoende dat de betrokkene in zijn land van herkomst medische verzorging kan bekomen en wordt er niet vereist dat deze ginds van hetzelfde niveau als in België zou moeten zijn³. Dat er wei degelijk behandelingen en opvolgingsmogelijkheden zijn in het land van herkomst wordt aangetoond door de vermelde beschikbaarheidsstudie. Men kan dus stellen dat betrokkene zonder probleem kan opgevolgd en behandeld worden in zijn herkomstland.

V. Mogelijkheid tot reizen en mantelzorg:

Op basis van de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische dossierstukken blijkt niet dat er bij de betrokkene sprake is van een actuele medische contra-indicatie om te reizen noch noodzaakt tot mantelzorg. De klinische toestand van betrokkene is zeer goed.

VI. Toegankelijkheid:

Dusdanig stelt zich de vraag naar de toegankelijkheid van de benodigde zorgen in het herkomstland van betrokkene, zijnde Guinea. Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds. Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria, zoals communicatiemogelijkheden en over voldoende tijd beschikken om de aanvragen te verwerken. Deze artsen werden gecontracteerd door het BMA in Nederland om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen waar zij verbleven. De identiteit van de lokale artsen wordt om veiligheidsredenen beschermd. De persoonlijke gegevens en CVs van de lokale artsen zijn gekend door het BMA en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zijn vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden. De medische informatie die door International SOS, AlHanz Global Assistance en de lokaal gecontracteerde artsen wordt verstrekt, wordt beoordeeld door de artsen van het BMA. 2 Pari. St. Kamer, 2005-2006, Doc. 51-2478/001, pg. 9,35 en 58. 3 EHRM 27 mei 2008, grote kamer, N, vs. Verenigd Koninkrijk, §42; EHRM 6 februari 2001, Affaire Besaid tegen Verenigd Koninkrijk, nr. 44599/58. 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. Mens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager. Guinee heeft gekozen voor een systeem van decentralisatie, om de ganse bevolking toegang te kunnen bieden tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg op alle niveaus.⁴ De gezondheidszorg valt onder de bevoegdheid van het Ministerie van Volksgezondheid en Hygiëne en bestaat uit een publieke en een private sector.⁵ De patiënt komt op het juiste niveau van specialisatie terecht via een systeem van doorverwijzing. De Centrale Apotheek van Guinee (CPG) staat in voor de aanlevering van medicatie en staat onder toezicht van het Ministerie. Generische medicijnen zijn beschikbaar in alle gezondheidscentra. Guinee beschikt eveneens over een lijst van essentiële medicijnen. In het Donka hospitaal in Conakry zijn twee personen gespecialiseerd in nierproblemen.⁷ Er bestaat eveneens een dialyse-eenheid in de 'New Medical Clinio Gbessia'. Dit is het gevolg van een samenwerking tussen het ziekenhuis en de NGO Assistance Association for Aid to urémie patients (AGUR). De NGO AGUR werd opgericht om de zorg voor mensen met nierproblemen te verbeteren, AGUR - France ondersteunt het project, door te voorzien in workshops voor zorgverleners, technische en logistieke steun, hulp bij het onderhoud van dialysecentra en de bevoorrading met specifieke generische medicijnen. International Médical assistance is een Guineese NGO, die zich bezighoudt met de aanpak van arteriële hypertensie. Het grootste obstakel is de kostprijs, aangezien ongeveer 90% van de medische kosten gedragen dienen te worden door de patiënt.⁸ De kosten verschillen echter naargelang het niveau en of men zich laat behandelen in een publieke, een private of een vrijwilligersinstelling. Een consultatie in een publieke instelling varieert tussen de 3000 en 15 000 GNF (1 GNF = 0.000094 EUR). Een private consultatie met een nefroloog kost tussen de 50 000 en de 100 000 GNF. Een dialysesessie in het Donka hospitaal kost 50 000 GNF.⁹ Betrokkene legt geen bewijs van totale arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Guinee - het land waar hij meer dan 35 jaar verbleef geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. Bij zijn asielprocedure verklaarde verzoeker immers dat zijn vrouw en zijn zus nog in Guinee verblijven.¹⁰ Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat hem 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 Country Fact Sheet Access to Healthcare: Republic of Guinea, MedCOI II Belgian Desk on Accessibility, geraadpleegd op 17-11-2017 <https://www.medcoi.eu/SourceOld/Detail/12102> Country Fact Sheet Access to Healthcare: Republic of Guinea, MedCOI II Belgian Desk on Accessibility, geraadpleegd op 17-11-2017 <https://www.medcoi.eu/SourceOld/Detail/12102>, 2014, P- 5 6 6 Country Fact Sheet Access to Healthcare: Republic of Guinea, MedCOI II Belgian Desk on Accessibility, geraadpleegd op 17-11-2017 <https://www.medcoi.eu/SourceOld/Detail/12102> Desk on Accessibility,, 2014, P- 7-8 7 Country Fact Sheet Access to Healthcare: Republic of Guinea, MedCOI II Belgian Desk on Accessibility, geraadpleegd op 17-11-2017 <https://www.medcoi.eu/SourceOld/Detail/12102> Desk on Accessibility,, 2014, P- 26-27 8 Country Fact Sheet Access to Healthcare: Republic of Guinea, MedCOI II Belgian Desk on Accessibility, geraadpleegd op 17-11-2017 <https://www.medcoi.eu/SourceOld/Detail/12102> Desk on Accessibility,, 2014, P- 11 9 Country Fact Sheet Access to Healthcare: Republic of Guinea, MedCOI II Belgian Desk on Accessibility, 2014, P- 27 geraadpleegd op 17-11-2017 <https://www.medcoi.eu/SourceOld/Detail/12102> 10 Zie administratief dossier betrokkene. beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage, VIL Conclusie: Vanuit medisch standpunt kunnen m dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die theoretisch een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, hier concreet geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Guinea. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Guinea."

Wat betreft de motiveringsplicht die rust op de ambtenaar-geneesheer bij het opstellen van een medisch advies verstrekt in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, benadrukt de Raad dat de ambtenaar-geneesheer bij het beoordelen van het in artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet genoemde risico over een vrije beoordelingsbevoegdheid beschikt en de Raad zich wat deze beoordeling betreft niet in diens plaats kan stellen. Er kan van de ambtenaar-geneesheer bij het opstellen van zijn medisch advies niet worden vereist dat hij verwijst naar stavingstukken, noch dat hij zich moet steunen op feitelijke elementen of bijkomende vaststellingen. Evenmin kan de ambtenaar-geneesheer ertoe verplicht worden de beweegredenen voor de vaststellingen in zijn medisch advies te zoeken buiten zijn eigen beoordelingsbevoegdheid (RvS 20 april 2017, nr. 237.959).

Voormelde beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer – en de daaruit voortvloeiende onmogelijkheid om hem opdrachten te geven tot het verrichten van welbepaalde bijkomende handelingen, dan wel het raadplegen van externe bronnen – impliceert evenwel niet dat uit het advies van deze ambtenaar-geneesheer of minstens uit de stukken van het administratief dossier niet zou dienen te blijken waarop hij zijn oordeel steunt. Het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer een arts is, impliceert immers niet dat er op hem bij het verlenen van zijn advies geen of een verminderde motiveringsplicht zou rusten. Voormelde beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer betekent derhalve niet dat diens vaststellingen steeds volstaan als motieven voor een beslissing tot weigering van verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Deze beoordelingsvrijheid doet geen afbreuk aan het feit dat administratieve beslissingen afdoende gemotiveerd moeten zijn, wat onder meer inhoudt dat de rechtsonderhorige moet kunnen nagaan op welke gronden de hem aanbelangende beslissing is gesteund en waarom de door hem aangevoerde concrete en pertinente argumenten niet worden aanvaard (RvS 18 september 2013, nr. 224.723).

In het licht van de aangevoerde schendingen, dient dan ook te worden nagegaan of de vaststellingen en het besluit van de ambtenaar-geneesheer afdoende, dit is pertinent en draagkrachtig zijn in het licht van artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet. Tevens wordt nagegaan of de administratie bij het nemen van een beslissing steunt op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen van toepassing is op twee onderscheiden gevallen, met name:

- (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de patiënt, of
- (2) een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst.

Verzoeker verwijst doorheen zijn betoog, zowel wat het onderzoek naar de beschikbaarheid van de behandeling als wat het onderzoek naar de toegankelijkheid ervan betreft, naar een rapport van 'Asylos'. Hieruit zou naar de mening van verzoeker onder meer blijken dat de behandeling onvoldoende

beschikbaar en toegankelijk is in Guinee, evenals dat peritoneale dialyse er helemaal niet beschikbaar is. Hij betoogt verder dat de enige dokter die gespecialiseerd is in deze nierdialyses in Guinee, zelf uitdrukkelijk in dit document aangeeft onvoldoende capaciteit en middelen in zijn centra ter beschikking te hebben om verzoeker te kunnen behandelen. Voormelde dokter werd door Asylös - op vraag van verzoekers raadvrouw - rechtstreeks gecontacteerd omtrent de situatie van nierpatiënten in Guinee en de bevindingen zijn terug te vinden in voormeld rapport. Tevens zou hieruit blijken dat er slechts ruimte was voor de behandeling van ongeveer 30 patiënten. Gelet op het feit dat er naar schatting 500 à 1200 inwoners van Guinee lijden aan chronische nierinsufficiëntie en dialyse nodig hebben, kan hieruit onmogelijk worden geconcludeerd dat de behandeling toegankelijk is voor hem en men werkt er met wachtlijsten, zo stelt verzoeker. Ook zou het 'Asylös-rapport' informatie bevatten omtrent de kosten voor de behandeling.

Verzoeker geeft tevens aan dat het 'Asylös-rapport' reeds toegevoegd werd aan het beroep tot schorsing en nietigverklaring dat op 27 juli 2015 werd ingediend bij de Raad tegen de vorige beslissing tot het ongegrond verklaren van de aanvraag tot medische regularisatie. De gemachtigde diende dan ook op de hoogte te zijn, concludeert verzoeker.

In casu moet worden vastgesteld dat noch uit de motieven van de ambtenaar-geneesheer in voormeld advies, noch uit de motieven van de gemachtigde in de bestreden beslissing blijkt dat rekening werd gehouden met voormeld rapport. Verzoeker voert dan ook terecht aan dat hierop niet *in concreto* werd ingegaan. In de bestreden beslissing staat overigens te lezen: *"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."*

In de nota met opmerkingen meent verweerder dat verzoeker zich niet kan beroepen op voormeld rapport aangezien, nog los van de vaststelling dat dit rapport niet publiek toegankelijk is, dit niet voorafgaandelijk ter kennis werd gebracht aan de gemachtigde van de staatssecretaris, waardoor hij er dus geen rekening mee kon houden bij het nemen van de bestreden beslissing.

De vraag die zich stelt is of men redelijkerwijs van de gemachtigde van de staatssecretaris, en bijgevolg van de ambtenaar-geneesheer, kon verwachten dat zij op het moment van het opstellen van het medische advies van 17 november 2017 enerzijds en bij het nemen van de bestreden beslissing anderzijds kennis hadden moeten hebben van het 'Asylös-rapport'.

Uit het administratief dossier blijkt inderdaad dat het stuk 4 in de inventaris van het verzoekschrift van 27 juli 2015, met name het verzoekschrift ingediend in het kader van de beroepsprocedure ten aanzien van de beslissing van 18 mei 2015 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ongegrond werd verklaard, verwijst naar *"Rapport Asylös, juli 2015"*. In de tekst van voormeld verzoekschrift wordt tevens uitdrukkelijk verwezen naar het rapport. Uit hetzelfde dossier blijkt de betekening van het verzoekschrift door de Raad aan (de diensten van) de staatssecretaris. Ook wordt het rapport vermeld in het arrest van de Raad met nummer 189 888 van 19 juli 2017. In dit arrest wordt onder meer gesteld: *"Ten slotte verwijst verzoeker ook nog naar een rapport van Asylös van juli 2015, waarin wordt verwezen naar een mailverkeer in dezelfde maand met prof. L. K., nefroloog en verantwoordelijke van de dialysecentra in Guinee. Hij wijst er op dat uit het rapport blijkt dat deze arts bevestigde dat nierdialyse onvoldoende beschikbaar en toegankelijk is in Guinee en dat op dat ogenblik peritoneale dialyse er niet beschikbaar was."* Uit voormelde passage blijkt dan ook dat expliciet naar het rapport wordt verwezen en naar de argumentatie die verzoeker hieruit put. Verweerder heeft tevens kennis genomen van dit arrest.

Nu, gelet op het feit dat het rapport werd gevoegd bij het verzoekschrift in het kader van de beroepsprocedure ten aanzien van de beslissing van 18 mei 2015 en dat het expliciet in voormeld arrest werd vermeld, dient dan ook te worden vastgesteld dat de gemachtigde niet kan voorhouden vóór het nemen van de thans bestreden beslissing geen kennis te hebben gehad van het rapport waarnaar verzoeker in zijn huidig verzoekschrift verwijst en waarvan hij stelt dat dit over het hoofd werd gezien of er niet op is geantwoord. Het is niet kennelijk onredelijk van verzoeker om te stellen dat het onmogelijk is dat de gemachtigde hier geen kennis van had.

Zelfs al zou verweerder voorhouden dat de Raad hem slechts kennis heeft gegeven van het verzoekschrift en de daarbij horende inventaris, maar niet van de bijgevoegde stukken zelf, dient te

worden vastgesteld dat de gemachtigde op grond van de inhoud van het verzoekschrift en de inventaris, minstens kennis had van het feit dat deze stukken aan het verzoekschrift gevoegd waren en deel uitmaakten van het rechtsplegingsdossier. Bovendien werd naar de inhoud van de stukken ook uitdrukkelijk verwezen in het verzoekschrift zelf. Zodoende kan hij niet voorhouden geen kennis te hebben van het bestaan van het rapport en dat het om nieuwe elementen zou gaan die op het moment van de beslissing niet werden voorgelegd. Gelet op het zorgvuldigheidsbeginsel, dient te worden gesteld dat het in dezen onzorgvuldig is van de gemachtigde van de staatssecretaris – nu is vastgesteld dat hij kennis had, minstens kon hebben van het betreffende rapport– om deze informatie niet aan de ambtenaar-geneesheer door te geven. Waar in de nota met opmerkingen wordt aangegeven dat de ambtenaar-geneesheer er geen rekening mee kon houden, kan de gemachtigde van de staatssecretaris in dezen zijn eigen in gebreke blijven niet zonder meer afwentelen op verzoeker.

Waar verweerder in de nota met opmerkingen stelt dat het rapport ouder zou zijn dan het MedCOI rapport dat dateert van oktober 2016 en ingaat op de inhoud van het rapport, beperkt hij zich tot een *a posteriori* betoog waarmee geen rekening kan worden gehouden.

Het komt de Raad niet toe dit rapport te beoordelen naar zijn waarde. De Raad kan *in casu* enkel vaststellen dat de gemachtigde van de staatssecretaris geen rekening heeft gehouden met dienstige stukken waarvan mag geacht worden dat hij hiervan kennis had of kennis had moeten nemen.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de materiële motiveringsplicht in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet bij de totstandkoming van het advies van de ambtenaar-geneesheer is aannemelijk gemaakt. De bestreden beslissing die, zoals reeds werd gesteld, volledig aan dat advies is opgehangen, is bijgevolg met hetzelfde gebrek behept.

Het besproken onderdeel van het middel is in de aangegeven mate gegrond. Deze vaststelling leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Aangezien de eventuele gegrondheid van de overige onderdelen van het middel niet kan leiden tot een ruimere vernietiging van de bestreden beslissing, dienen deze niet te worden onderzocht (RvS 18 december 1990, nr. 36.050; RvS 24 oktober 2002, nr. 111.881).

2.4 Wat de tweede bestreden beslissing betreft, meer bepaald het bevel om het grondgebied te verlaten, wijst de Raad erop dat ingevolge de vernietiging van de eerste bestreden beslissing verzoeker zich terug in zijn rechtstoestand bevindt zoals die was vóór het treffen van de eerste thans bestreden beslissing. Hij valt dan terug op een openstaande aanvraag om machtiging tot verblijf die ontvankelijk werd bevonden. Deze omstandigheden staan er aan in de weg dat een nieuwe beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten op grond van artikel 7, eerste lid, 1° van de vreemdelingenwet kan (moet) worden genomen.

Aangezien de tweede bestreden beslissing, door de vernietiging van de eerste bestreden beslissing, zijn enige en noodzakelijke rechtsgrond verliest en aangezien dit bevel werd getroffen in navolging van de eerste bestreden beslissing die met onderhavig arrest wordt vernietigd, past het ter wille van de duidelijkheid in het rechtsverkeer om dit bevel uit het rechtsverkeer te halen en dit samen met de eerste bestreden beslissing te vernietigen.

3. Korte debatten

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

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 24 november 2017 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 24 november 2017 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten, worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op drieëntwintig april tweeduizend achttien door:

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

N. MOONEN