

Arrest

nr. 204 853 van 5 juni 2018
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat B. DE SCHUTTER
Olivetenvest 21
2800 MECHELEN

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Gambiaanse nationaliteit te zijn, op 26 februari 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 12 januari 2018, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} 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 12 januari 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 22 maart 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 15 mei 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. BEELEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat K. VERHAEGEN, die *loco* advocaat B. DE SCHUTTER verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat A. DE WILDE, die *loco* advocaat D. MATRAY verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

De verzoekende partij dient op 4 november 2010 een aanvraag in om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9^{ter} 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 18 januari 2011 verklaart de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris deze aanvraag ontvankelijk.

Op 25 juli 2013 verklaart de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris de aanvraag ongegrond. Deze beslissing wordt door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) vernietigd op 6 juli 2017 bij arrest met nummer 189 527.

Op 11 januari 2018 maakt de arts-adviseur een nieuw medisch advies. Op basis van dit advies verklaart de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris op 12 januari 2018 de aanvraag ongegrond. Dit is de eerste bestreden beslissing met de volgende motieven:

“(…)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 04.11.2010 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

Y. N., A. (R.R.: (...))

Geboren te J. op 24.05.1983

Nationaliteit: Gambia

Adres: (...)

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 28.01.2011, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden:

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

Er werden medische elementen aangehaald voor Y. N. A., die echter niet weerhouden konden d.d. 11.01.2018 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 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”.

(…)”

Tevens op 12 januari 2018 geeft de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten. Dit is de tweede bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“(…)

Il est enjoint à Monsieur, qui déclare se nommer:

De heer, die verklaart te heten:

Nom/naam : Y. N.

Prénom/voornaam : A.

Date de naissance/geboortedatum : 24.05.1983

Lieu de naissance/geboorteplaats : J.
Nationalité/nationaliteit : Gambie/Gambia

*de quitter le territoire de la Belgique, ainsi que le territoire des États qui appliquent entièrement l'acquis de Schengen, sauf s'il possède les documents requis pour s'y rendre, wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, dans les 0 jours (immédiatement) de la notification de décision
binnen 0 dagen (onmiddellijk) na de kennisgeving
(...)"*

Beide bestreden beslissingen worden op 26 januari 2018 ter kennis gegeven aan de verzoekende partij.

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Het eerste middel is enkel gericht tegen de eerste bestreden beslissing en voert de schending aan van artikel 3 van het EVRM, van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van de zorgvuldigheidsplicht en van de materiële motiveringsplicht.

2.2. Het eerste onderdeel luidt als volgt:

"Eerste middelonderdeel

Uit het aan verweerder voorgelegde medische dossier blijkt dat er op psychisch vlak een contra-indicatie om bestaat om terug te keren naar het land van herkomst. In het attest van behandelend psychiater dr. B. van 31.10.2017 (er zijn twee attesten van die datum, het gaat om het attest dat niet beantwoordt aan het model van het standaard medisch getuigschrift" kan worden gelezen als vraag 6:

"Pouvez-vous constater un traumatisme chez le patient. Pouvez-vous établir un lien entre ce traumatisme et des événements que le -patient indique avoir vécus dans le pays d'origine. Quelles seraient dans le cas les contre-indications à ce que le patient retourne dans le pays d'origine ? »

Waarop dr. B. als antwoord noteert:

"Oui, traumatismes multiples avec psychose présentant des séquelles à long terme, contre-indications psychiques absolues à un retour au pays d'origine. »

De behandelend psychiater meent dus dat een terugkeer naar het herkomstland vanuit psychisch oogpunt absoluut niet aangewezen is.

Dit standpunt werd veel eerder ook uiteengezet in de bijgevoegde medische attesten, m.n. reeds bij indiening van de aanvraag op 04.11.2010, waarin verwezen werd naar het medisch attest van dr. H. van 13.08.2010, waarin zij vermeldt zij als antwoord op de laatste vraag ("quels sont, selon vous, les risques pour la santé du patient en cas de retour au pays d'origine?") onder meer antwoordt: "décompensation psychologique".

Ook in de standaard medisch getuigschriften van dr. B. van 17.02.2012 en van 09.11.2012 wordt telkens als antwoord op de laatste vraag ("quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical?) geformuleerd: suivi psycho-social spécialisé régulier—Maintien à distance d'une remise en contexte traumatogène imposant tel qu'un retour au pays d'origine par exemple ».

De arts-adviseur stelt omtrent de psychische aandoening van verzoeker in het medisch advies van 11.01.2018 dat verzoeker beter in zijn thuisland kan worden opgevolgd aangezien:

- *"psychotherapie in België inefficiënt is gelet op de taalbarrière" (verzoekers moedertaal is Mandinge maar hij spreekt zeer goed Engels).*

Verzoeker heeft de eer hierop te antwoorden dat uit geen enkel medisch attest blijkt dat, hoewel het Engels noch het Frans verzoekers moedertaal zijn, er een taalbarrière zou bestaan die zijn therapie in België onmogelijk maakt. Er zijn overigens tolken Mandinka in België (verzoeker werd bijgestaan door een tolk Mandinka tijdens zijn asielpprocedure) zodat daarop kon worden beroep gedaan indien nodig, quod non blijktbaar. Dr. B. noch dr. H., de behandelende artsen van verzoeker, hebben daaromtrent

geen problemen gerapporteerd. Indien de arts-adviseur dr. D. W. vermoedt dat verzoeker onvoldoende Engels of Frans spreekt om de therapie in België succesvol te kunnen volgen, dan diende zij verzoeker uit te nodigen voor een individueel medisch onderzoek, zoals het artikel 9ter Vreemdelingenwet zelf toelaat. Bij gebreke daaraan betreft het pure speculatie die nergens op gebaseerd is, temeer aangezien het medisch attest waarin de afwezigheid van een tolk Mandinka wordt vermeld al dateert van 2012, het weze van zes jaar voor de bestreden beslissing werd genomen. Verzoeker spreekt intussen vloeiend Frans en volgt zijn therapie ondertussen in het Frans.

- "De behandeling van een mogelijke PTSS met een daaruit vloeiende gechronificeerde depressie bestaat inderdaad uit het praten over zijn mogelijke traumatische ervaring(en), bij voorkeur met mensen die hetzelfde meegemaakt hebben. Daarom is PTSS-angiogene beter te behandelen in het land van herkomst waar de taalbarrière niet bestaat en waar het medisch personeel ervaring heeft met de traumatiserende context waarover het zou gaan."

De stelling dat de "hulpverleners aldaar ervaring hebben met de problematiek" vindt geen steun in het administratief dossier. Er is geen enkele indicatie dat er in Gambia artsen zijn met specifieke kennis van verzoeksters problematiek. Overigens is het ook niet duidelijk wat arts-adviseur dr. D. W. bedoelt met "problematiek": gaat het om mensen met PTSS, gaat het om mannen met homoseksuele geaardheid (zoals verzoeker)? Verzoeker wijst er overigens op dat uit het rapport van OSAR dat verzoeker op 15.12.2017 toevoegde blijkt dat er in Gambia géén psychiaters beschikbaar zijn (daarvoor wordt verwezen naar de WHO, de Wereldgezondheidsorganisatie als bron, zie stuk 5, blz. 2, voetnoot 14). Tot slot wordt door dr. D. W. evenmin beweerd dat de Belgische behandelend psychiater geen ervaring over de problematiek zou hebben. Het loutere feit dat hulpverleners "ervaring" hebben betekent niet dat zij daarom beter geschikt zijn dan andere artsen zoals verzoeksters eigen behandelend arts van wie niet wordt beweerd dat die minder "ervaring" zou hebben.

- er zou volgens de arts-adviseur overigens geen sluitend bewijs van de feiten aan de basis van verzoekers trauma: "evenmin kunnen de vermeende angsten en risico's bij terugkeer naar het land van herkomst door de arts geobjectiveerd worden":

Verzoeker heeft de eer hierop te repliceren dat het in casu niet om een asielaanvraag gaat waarbij verzoeker moet aantonen dat hij een reëel risico op vervolging heeft in geval van terugkeer. In casu gaat het om een ziekte, en bestaat de aandoening van verzoeker er in dat hij angststoornissen heeft. Of de feiten aan de basis van de angststoornissen nu objectief verifieerbaar zijn doet op zich niet ter zake. Dit doet geen afbreuk aan de vaststelling van de behandelend psychiater dat verzoeker riskeert te decompenseren of een psychose-aanval te krijgen in geval van terugkeer naar zijn herkomstland.

- voorts tracht de arts-adviseur nog aan te tonen dat verzoekers psychische problematiek gerelativeerd moet worden aangezien er geen hospitalisaties noch concrete zelfmoordpogingen worden vermeld, en gelet op de onderbreking in de behandeling.

Hoewel deze argumentatie voor ernstige kritiek vatbaar is, ziet verzoeker niet in wat het nut is van de arts-adviseur om hierover te argumenteren, noch om deze argumentatie in huidig verzoekschrift te weerleggen, aangezien zij uiteindelijk toch oordeelt dat deze problematiek binnen het toepassingsgebied van het artikel 9ter Vreemdelingenwet valt, en een ernstig risico op onmenselijke of vernederende behandelingen met zich meebrengt in geval er geen adequate verzorgingsmogelijkheden zouden zijn in Gambia.

- verder tracht de arts-adviseur ook aan te tonen dat de therapeuten van verzoeker een emotionele band met verzoeker hebben ontwikkeld, en dat dit schadelijk kan zijn. Daarnaast zou er een risico op afhankelijkheid van de therapeut kunnen ontstaan.

Hoewel de arts-adviseur zich ook hier weer op algemeenheden baseert, weerlegt zij niet in concreto waarom de steeds weerkerende stelling van verzoekers behandelende artsen in België, dat een terugkeer naar Gambia voor verzoeker contra-indicatief is, niet kan worden gevolgd;

Voor zoveel als nodig herinnert verzoekster eraan dat Uw Raad ook eerder reeds oordeelde dat de Belgische staat rekening moet houden met het mogelijke oorzakelijk verband tussen de psychische gezondheidstoestand van de betrokkene en zijn herkomstland. Indien die link wordt aangetoond, is het onvoldoende om te stellen dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het herkomstland (RvV 71.779 van 13.12.2011; RvV 72.652 van 23.12.2011, RvV 73765 van 23.01.2012; RvV 74.439 van 31.01.2012).

De argumentatie die in concreto wordt gegeven om deze link met het trauma in het herkomstland te weerleggen, wordt op geen enkele manier objectief gestaafd, en vindt geen dekking in het administratief dossier. De materiële motiveringsplicht is zodoende geschonden.

Indien de arts-adviseur twijfels had bij de aandoening van verzoeker, stond het haar vrij om verzoeker op te roepen voor een onderhoud en/of om verzoekers behandelend artsen, waaronder een gespecialiseerde psychiater, te contacteren.”

2.3. Waar de verzoekende partij inhoudelijke argumenten ontwikkelt tegen de eerste bestreden beslissing, voert zij de schending aan van de materiële motiveringsplicht. Deze wordt onderzocht in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

De Raad is 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 beoordeelt op grond van de juiste feitelijke gegevens, of de beoordeling correct is en of het besluit niet kennelijk onredelijk is (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Haar grieven worden ook onderzocht in het licht van de zorgvuldigheidplicht.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenfinding (RvS 14 februari 2006, nr. 154.954; RvS 2 februari 2007, nr. 167.411). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt dus in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het betreffende dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken. De zorgvuldigheidsplicht houdt in dat de overheid zich op afdoende wijze moet informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS 11 juni 2002, nr. 107.624).

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet bepaalt:

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

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet is aldus van toepassing op de volgende toepassingsgevallen:

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

In dit onderdeel bespreekt de verzoekende partij de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM niet.

2.4. Het medisch advies van 11 januari 2018 van de arts-adviseur stelt het volgende:

“(…)

NAAM: (...)

ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door Mr. Y. N. A. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 04.11.2010.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- > Medisch getuigschrift d.d. 25/09/2009 van Or. <onleesbaar>: inactieve Hep B (Ag HBs+), *Helicobacter Pylori* gastritis - medicatie: Omeprazole
- > Verslag van een oesofagogastroduodenoscopie d.d. 27/04/2009 van Dr., T. V. W. M. (internist-gastro-enteroloog): bulbitis zonder ulcus, *Helicobacter* +
- > Verslag van een abdominale echografie d.d. 08/09/2009 van Dr., V. L. (internist-gastro-enteroloog): normaal
- > Verslag van aan oesofagogastroduodenoscopie d.d. 11/12/2009 van Dr. V. L.: oesofagitis graad A, diffuse gastritis - Pantomed gedurende 40 maanden (=3 jaar =>2012) en als positieve kweek voor *Helicobacter* dan Clamoxyl en Helicar gedurende 1 week
- > Verslag daghospitalisatie d.d. 04/02/2010 van Dr. V. L.: transcutane leverbiopsie – hepatitische sytose van onbekende origine met PCR en Ag HBe neg. (Ag HBs pos)
- > Medisch attest d.d. 17/03/2010 van Dr. V. L.: opvolging van Hep B
- > Consultatieverslag d.d. 09/06/2010 van Dr. V. Lefebvre: leverbiopsie vertoont geen enkel teken van ziekte, stijging van de transaminase kan niet verklaard worden
- > Medisch getuigschrift d.d. 13/08/2010 van Dr. I. H. (huisarts): chronische inactieve Hep B, gastritis, depressie- medicatie: Mirtazapine, Alprazolam, Pantomed en Sulpiride
- > Brief d.d. 09/11/2009 van Dr. R. B. (psychiater): vraag om contact op te nemen
- > Medisch attest d.d. 17/03/2010 van Dr. R. B.: medicamenteuze therapie met Mirtazapine, Alprazolam en Pantomed
- > Medisch verslag d.d. 05/08/2010 van Dr. R. B.: regelmatig opgevolgd in Ulyse sinds 19/10/2009 wegens anxio-depressieve toestand geassocieerd aan een invaliderende PTSS, actieve HepB - medicatie: Abilify, Mirtazapine en Xanax met psychosociale opvolging
- > SMG d.d. 20/05/2011 van Dr. R. B.: majeure chronische depressie, invaliderende PTSS met psychotische neigingen, actieve HepB-medicatie: Abilify, Alprazolam, Mirtazapine en Xanax met psychosociale begeleiding
- > SMG d.d. 27/05/2011 van Or. I. H.: chronische Hep B en verteringsklachten – *Helicobacter* eradicaie nog bezig, psychiatrische behandeling en Lansoprazol

Onvolledig anatomopathologisch verslag d.d. 22/04/2011 van slokdarm-maag-duodenumbiopsie genomen op 20/04/2011 van Dr. <onbekend>: normale duodenummucosa, lichte chronische gastritis met enkele *Helicobacter pylori*, geen intestinale metaplasie

- > SMG d.d. 11/08/2011 van Dr. R. B.: majeure depressieve toestand of schizo-affectieve toestand, ernstige PTSS met psychotische neigingen, actieve Hep B, oesofago-gastritis op *Helicobacter pylori* - Abilify, Mirtazapine, Xanax, Lansoprazol en psychosociale gespecialiseerde begeleiding
- > SMG d.d. 09/11/11 van Dr. R. B.: majeure depressie, invaliderende PTSS met psychotische neigingen, chronische HepB - medicatie: Abilify, Mirtazapine, Seroquel, Xanax
- > SMG d.d. 17/02/2012 van Dr. R. B.: idem hier boven + maagzweer en Pantomed Lp.v, Lansoprazol en Cibalax (laxativum niet geregistreerd in het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2018)
- > SMG d.d. 17/06/2012 van Dr. R. B.: niet in staat om te werken, beperkte leenmogelijkheden, majeure depressieve toestand t.g.v. PTSS met psychotische associaties, chronische actieve HepB, maagulcus - medicatie: Abilify, Mirtazapine, Seroquel Xanax en Pantomed
- > SMG d.d. 09/11/2012 van Dr. R. B.: GAF-score 50, majeure depressie tgv PTSS met psychotische associaties, chronische actieve HepB, maagzweer, belang van niet transfererbare therapeutische band met Ulyse - medicatie: Abilify, Mirtazapine, Seroquel, Xanax en Pantomed
- > SMG d.d. 27/03/2013 van Dr. R. B.: GAF-score 35, rest idem als hierboven
- > Psychologisch verslag d.d. 13/01/2012 van Mr. E. D. (psycholoog) mede ondertekend door Dr. R. B. psychosociale en psychotherapeutische opvolging bij Ulyse gedurende 1 à 2 sessies per week is een financiële belasting voor Mr. Y. om zich telkens van Namen naar Brussel te moeten verplaatsen, wat zijn investering in de therapie en de sterkte van de therapeutische band bewijst, medicamenteuze psychiatrische begeleiding 1x/maand, interacties in het Engels wegens gebrek aan tolk die Madinka spreekt= geen ideale therapeutische setting, momenteel wat gestabiliseerde toestand maar brengt de sessies grotendeels stilzwijgend door, automedicatie
- > Psychologisch verslag d.d., 23/12/2009 van Mr. E. D. •
- > Attest van opvolging d.d. 13/05/2010 van Mr. E. D. en Dr. R. B.; idem als boven
- > Brief aan de advocaat d.d. 01/07/2011 van Mr. E. D. en Dr. R. B.

En van de medische stukken na actualisatie door Mr. Y. van het voorgelegde medische dossier.

- > SMG d.d. 27/05/2016 van Dr. I. H.: psychiatrische en psychologische begeleiding bij de Dr. L. en Mr. P. Y.(?) in de "Clinique de T Exil" te Namen en bij Dr. B. te Brussel voor een anxiodepressie en majeure depressieve toestand, oesofago-gastritis - medicatie; Mirtazapine^ Pantoprazole

> Medisch attest d.d. 30/05/2017 van Dr. I. H.: acute toxische hepatitis of op basis van heropflakking HepB op 04/04/2017, actuele aandoeningen: anxio-depressie sinds 01/04/2009 en huisstofmijtallergie sinds 23/12/2016 - medicatie: Allergodil, Desloratadin, Flixonase, Mirtazapine, Pantoprazole en Symbicort

> SMG d.d. 27/07/2017 van Dr. I. H.: majeure depressie met anxio-depressie, hepatopathie, oesofagitis, allergie - medicatie: Mirtazapine, Pantoprazole, Flixonase, Desloratadine en Symbicort

> SMG en bijlage d.d. 31/10/2017 van Dr. R. B.; GAF-score 45)gegeneraliseerde angstige toestand geassocieerd aan een PTSS met psychotische symptomatologie met ?? component, chronische HepB met opstoten in april en oktober 2017, maagzweer zonder therapie, psychosociale opvolging in centrum naar keuze - medicatie: Mirtazapine en Aripiprazole, hospitalisatie voor leverlijden

> Medisch attest d.d. 03/10/2017 van Dr. I. H.: anxio-depressie en huisstofmijtallergie - medicatie: Allergodil, Desloratadin, Flixonase, Mirtazapine, Pantoprazol en Symbicort

Het consultatieverslag van de geplande raadpleging op 10/10/2017 bij Dr. L. werd niet bij de actualisatie van het dossier gevoegd.

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 34-jarige man die zou lijden aan een chronische majeure anxio-depressie ten gevolge van een posttraumatische (PTTS of PTSD) die chronisch last heeft van een slokdarm-maagontsteking (oesofagitis-gastritis) leverlijden ten gevolge van een doorgemaakte hepatitis B virus infectie en een huisstofmijtallergie.

Bespreking

De huisstofmijtallergie zou in december 2016 gediagnosticeerd geweest zijn. Hiervan zitten geen verslagen in het voorgelegde medische dossier. De medicamenteuze behandeling zou bestaan uit fluticason (Flixonase) neusspray, Desloratadine (Desloratadine) tabletten en budesonide+formoterol (Symbicort) inhalatiepuffs. Of hygiënische maatregelen geadviseerd werden om huisstofmijt in de woning zo veel mogelijk te eradiceren, zodat minder, anti-allergene medicatie vereist is, is in het voorgelegde medische dossier niet duidelijk. Het drogere klimaat in Gambia gaat ook al remediërend zijn voor deze allergie.

De lichte chronische slokdarm-maagontsteking wordt sinds 2009, na eradicatie van de helicobacter pylori bacterie met antibiotica therapie, continu medicamenteus behandeld met Pantoprazol (Pantomed/Pantoprazole)

Of hygiënische maatregelen" geadviseerd werden (maagsparend dieet, wijziging in slaaphouding met hoofd en schouders hoger om terugvloei van zure maaginhoud in de slokdarm 's nachts te voorkomen) zodat medicamenteuze? « behandeling obsolete zou kunnen worden, is niet duidelijk in het voorgelegde medische dossier

Een recente controle oesofagogastroduodenoscopie werd niet meer uitgevoerd, of althans hiervan zit geen verslag in het voorgelegde medische dossier. Normaal gezien mag men verwachten dat de ontstekingsverschijnselen na 6 maanden tot 1 jaar, met dieet en wijziging in slaaphouding en onder maagzuursecretie remmende medicatie (Pantoprazole), verdwenen zijn, zodat deze medicatie gestopt kan worden.

Zure maagoprispingen en een oesofagogastritis graad A zijn aandoeningen die geen reëel risico vormen voor het leven of de fysieke integriteit en die, mits aanpassingen aan de levenswijze, geen medische behandeling behoeven, zodat er geen reële risico is op een onmenselijke of vernederende behandeling bij ontstentenis van een behandeling in het herkomstland of het land van verblijf.

Van het leverlijden (hepatopathie) met een "acute" leverontsteking vastgesteld op 04/04/2017 en volgens het SMG dd. 31/10/2017 ook in oktober 2017 zitten geen verslagen in het voorgelegde medische dossier (echografie van de lever, laboresultaten van levertesten, heropflakkingen van hepatitis B virus met telling van het aantal virale deeltjes, hospitalisatieverslag) en er werd geen antivirale therapie gestart. In het voorgelegde medische dossier zit nergens een verslag van opvolging en behandeling dooreen internist-gastro-enteroloog/hepatoloog voor de hepatitis B infectie na 2010 (3-maandelijks labo onderzoek en halfjaarlijkse controle op de consultatie) zodat men beha^nd0/6 een inactieve vorm Van ^hepatitis B is di" 9een medicamenteuze behandeling behoeft en enkel (half-)jaarlijkse opvolging dooreen internist-gastro-enteroloog/hepatoloog om een ontwikkeling naar leverfibrose of leverkankertijdig te ondervangen.

De lactose intolerantie (slecht verteren van melkproducten), vastgesteld in juni 2011, kan opgelost worden met een lactose vrij dieet.

De hypertrofie (vergroting) van de amandelen (amygdaliene = keeltonsillen) werd door een chirurgische

tonsillectomie (verwijderen van de keelamandelen) behandeld op 23/03/2016. Hiervan zit geen verslag in het voorliggende medisch dossier. Deze curatief behandelde aandoening vormt dus geen reëel risico meer voor leven of de fysieke integriteit, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling is in het herkomstland of het land van verblijf.

De majeure anxio-depressie ten gevolge van een mogelijke PTSS wordt sinds april 2009 behandeld met "inefficiënte psychotherapie wegens de taalbarrière (geen tolk die Mandinge spreekt en betrokkene spreekt als 2^{de} taal Engels, terwijl psycholoog Franstata 2Ijn). en medicamenteus momenteel enkel nog met mirtazapine (Mirtazapine), een antidepressivum. Van de op de meest recente SMG's vermelde regelmatige psychologische en psychiatrische opvolging en behandeling zitten geen verslagen in het voorgelegde medische dossier. Het feit dat Mr. Y. minder psychofarmaca (nog 1 antidepressivum 1x/d) vergeleken met 2010 voorgeschreven werd, duidt op een sterke verbetering van zijn psychische toestand.

De behandeling van een mogelijke PTSS met een daaruit vloeiende gechronificeerde depressie bestaat inderdaad uit het praten over zijn mogelijke traumatische ervaring(en), bij voorkeur met mensen die hetzelfde meegemaakt hebben. Daarom is PTSS-anxiogene depressie beter te behandelen in het land van herkomst waar de taalbarrière niet bestaat en waar het medische personeel ervaring heeft met de traumatiserende context waarover het zou gaan. ik zeg "mogelijke" PTSS en traumatische ervaring (incarceratie) omdat de geldigheid van de feiten die beweerd worden door betrokkene en die overgenomen worden door de attesterende specialisten niet door een sluitend bewijs geobjectiveerd worden. Evenmin kunnen de vermeende angsten en risico's bij terugkeer naar het land van herkomst door de arts geobjectiveerd worden.

Bovendien toont de chronologie van het dossier van betrokkene aan dat hij met zijn psychische problemen ten gevolge van de beweerde traumata in zijn land van herkomst zonder behandeling geleefd heeft en dit zonder de minste complicatie (psychische decompensatie, suïcidepoging) en dat hij de stresserende reis naar een onbekend land België, heeft aangevat, zonder behandeling en zonder de minste complicatie, wat bewijst dat betrokkene in staat is om met zijn onbehandelde psychische problemen te reizen. Na zijn aankomst in België in december 2008 heeft betrokkene nog bijna een jaar (start psy-begeleiding in Ulyse op 9 november 2009) hier geleefd, met zijn psychische problemen en nog steeds zonder (gespecialiseerde) behandeling en dat zonder de minste complicaties, zodat hij bewezen heeft dat de vrees van de attesterende artsen op psychische decompensatie en zelfmoordpoging bij afwezigheid van een behandeling ongegrond is

Toen er dan eindelijk psychiatrische en psychologische zorgen ingesteld werden voor "majeure" psychische problemen, bleek de psychische toestand van betrokkene volgens zijn artsen niet ernstig genoeg om dwingende of dringende maatregelen te nemen en tot hospitalisatie op een psychiatrische afdeling over te gaan.

Van 2009 tot op heden werd betrokkene nooit gehospitaliseerd voor psychiatrische observatie, psychische decompensatie, noch voor een zelfmoordpoging.

Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen, ook niet psychisch vermits betrokkene al bewezen heeft een traject met 2 overstappen te kunnen uitvoeren in zijn psychische toestand. Er is geen nood aan mantelzorg (30/10/2017).

De attesterende psychiater haalt een GAF-score 1 aan van tussen de 35 en de 50 om aan te geven dat betrokkene niet in staat is om te werken. Deze score (50 in 2012 en 35 in 2013) weerhiel betrokkene echter volgens de attesterende artsen en psycholoog niet om zich met het openbare vervoer à 2x/week van Namen te verplaatsen, wat toch een enkele reis van anderhalf uur inhield met 2 overstappen²

In 2014 werd bij het uitbrengen van de DSM-V de GAF-score afgeschaft, omdat er geen normatieve waarden of vergelijkende studies waren die de mening of de interpretatie van deze subjectieve score voor globaal functioneren konden aanduiden of objectiveren. Het voorgelegde medische dossier objectieveert/fundeert dus geen (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

Dit dossier vermeldt ook herhaaldelijk de geprivilegieerde therapeutische relatie die stakeholders hebben met betrokkene. Het is echter niet gepast om de strikt therapeutische band met de emotionele band te verwarren.

Hoewel een therapeutische link een basiselement van vertrouwen is en daarom in principe gunstig is voor zowel fysieke als mentale genezing, kan een emotionele verbinding schadelijk zijn.

Het is raadzaam om de therapeutische link te beperken tot de duur van de behandeling. Deze link is dan ook perfect overdraagbaar aan een andere collega.

Af de andere kant kan een affectieve schakel, vooral in de context van vluchtelingen, een toestand van afhankelijkheid en vervreemding creëren die uiterst schadelijk is voor de genezing van de patiënt. Een emotionele band is niet overdraagbaar en daarom is dit nooit aan te raden, ongeacht de duur van de behandeling.

Vervolgens moet een 'allochtone' psychotherapie, om effectief te zijn, bij voorkeur reageren op specifieke omstandigheden, rekening houdend met hun cultuur.

Een therapie in het land van verblijf heeft het grote risico een nieuwe afhankelijkheid te creëren en is over het algemeen met voldoende omdat de zorg een specifieke psychopathologische benadering vereist die idealiter in de eigen omgeving en als onderdeel van de eigen sociale structuur wordt uitgevoerd.

Over het algemeen hebben we te maken met een sociaal zeer kwetsbare bevolking, van wie de meesten tijdens de uittocht traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, maar dit betekent niet dat een 'therapeutische' paternalistische benadering de beste is.

Deze langdurige psychiatrische zorg is vaak het excuus om mensen voor onbepaalde tijd in een ongemakkelijke positie te houden, wat medisch en psychologisch contraproductief is. Dit wordt duidelijk aangetoond in het boek *Transculturele psychiatrie Van Praktijk naar theorie* van professor Frank Kortmann, een specialist op dit gebied.³ Dat de psychosociale specialistische begeleiding en psychiatrische begeleiding wel perfect overdraagbaar is wordt eigenlijk al bewezen door de attesterende huisarts en psychiater, vermits betrokkene zelf voor een centrum gekozen heeft dat dicht bij zijn woonplaats gelegen is (Clinique de l'Exil te Namen). Van de psychiatrische begeleiding in dit centrum worden er echter geen verslagen voorgelegd bij de vraag naar actualisatie van het dossier en is het eigenaardig dat betrokkene weer om een SMG gaat bij Dr. R. B. te Brussel.

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

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

1. informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet publiek is

Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 8878

Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 9677

Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 9111

Aanvraag Medcoi met het unieke referentienummer BMA 10078

2. Overzicht met beschikbare medicatie in Gambia voor Mr. Y. volgens recente MedCOI-dossiers

3. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium; Fluticason kan vervangen worden door zijn analoog, budesonide

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een generalist (astma, allergie) en internist (astma, allergie, lever) en een gastro-enteroloog (lever) evenals de nodige labotesten en echografie beschikbaar zijn in Gambia.

Als antiallergische en anti-astmatische medicatie zijn Fluticason, Budesonide en Desloratadine beschikbaar.

Formoterol kan vervangen worden door zijn analoog, Salbutamol.

Pantoprazole is beschikbaar.

Opvolging en behandeling bij een psychiater (medicamenteus) en psycholoog (gespreksterapie), evenals assistentie door een psychiatrisch verpleegkundige is beschikbaar in Gambia.

Mirtazapine is niet beschikbaar. Therapeutische equivalenten (antidepressiva) zoals Citalopram, Fluoxetine,

Paroxetine en Amitriptyline zijn beschikbaar, evenals het antipsychoticum, haloperidol, in geval van een psychotische decompensatie.

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

Betrokkene haalt aan dat de medische faciliteiten in Gambia beperkt zijn. Een verblijfstitel kan echter niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de

mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds,... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat.

Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou met in overstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich er van verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De overheid staat in voor zowat 90% van de gezondheidszorg in Gambia.⁵ Volgens het 'National Health Policy Plan voor 2012-2020 dient de Staat te voorzien in een toegang tot de basisgezondheidszorg. Het gaat om een aantal gezondheidsdiensten die gratis of aan een minimumprijs beschikbaar moeten zijn voor de burgers en dit op primair, secundair en tertiair niveau.

Er zijn ook een aantal NGO's en private gezondheidsinstellingen actief. De meesten zijn terug te vinden in de 'Greater Banjul Area'.

Er bestaat geen universele ziekteverzekering in Gambia. Sommige private bedrijven bieden hun werknemers wel een verzekering aan, die hen in staat stelt een beroep te doen op een private arts of een behandeling te krijgen in een private gezondheidsinstelling.

De benodigde medicatie is verkrijgbaar bij een apotheek, waar volgende prijzen worden gehanteerd⁷:

> Fluticasone: 1050 GMD voor 120 dosissen {1 GMD = 0.02 euro}

> Budesonide: 1300 GMD voor 200 dosissen

> Salbutamol: 25 GMD voor 10 tabletten

Ventolin® inhalatiepuff; 375 GMD

Salamol® inhalatiepuff: 200 GMD

> Desloratadine: 350 GMD voor 30 tabletten

> Pantoprazole: 350 - 530 GMD voor 28 tabletten

De prijzen voor de benodigde behandeling variëren naargelang de instelling waartoe men zich richt. In een privékliniek in de regio Serekunda kost een consultatie bij een generalist en een internist 200 GMD. In een hospitaal in Banjul kost een eerste consultatie bij een hepatoloog en de labotesten in het kader van hepatitis B maximaal 500 GMD. Sommige diensten kunnen ook gratis aangeboden worden indien de medische faciliteit deel uitmaakt van een grotere onderzoekseenheid, die gefinancierd wordt door internationale donoren.

Betrokkene toont niet aan dat hij niet in staat is de kosten voor verzorging te dragen. Hij legt geen bewijs van (algemene) 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 kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene in Gambia 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.

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 inkomens genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur extra bagage

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de anxio-depressie, de chronische slokdarm-Maagontsteking, de inactieve chronische hepatitis B en de huisstofmijtallergie, hoewel dit als een medische problematiek beschouwd kan worden die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van betrokken indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in herkomstland of het land van verblijf, met name Gambia.”

2.5. Uit dit medisch advies blijkt dat de arts-adviseur erkent dat de aandoeningen van de verzoekende partij ernstig zijn en in aanmerking komen voor de toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. De arts-adviseur besluit dat de medische zorgverlening evenwel beschikbaar en toegankelijk is in het herkomstland, Gambia.

2.6. De verzoekende partij verwijst naar het attest van 31 oktober 2017 van psychiater B. Deze arts stelt dat er absolute *contra*-indicaties bestaan voor een terugkeer naar het herkomstland, gelet op verschillende psychische trauma's. Ook oudere attesten van 4 november 2010, 13 augustus 2010, 17 februari 2012 en 9 november 2012 melden dat het niet aangewezen is dat de verzoekende partij terugkeert naar het herkomstland.

Vanzelfsprekend hebben de meest recente medische attesten een meerwaarde tegenover de oudere attesten, gelet op het lange tijdsverloop tussen het indienen van de aanvraag en de bestreden beslissing en de inmiddels gevolgde behandelingen.

Het medisch attest van 27 juli 2017 meldt dat bij stopzetting van de behandeling er een psychologische/psychiatrische decompensatie optreedt en dat er een risico op zelfmoord is. Er zijn chronische psychische problemen. Het is nodig de verzoekende partij psychomedisch op te volgen en met geneesmiddelen te behandelen. Het attest van 31 oktober 2017 beschrijft de aandoeningen: chronische majeure anxio-depressie ten gevolge van posttraumatische stress-stoornis (PTSD) en chronische hepatitis B. De prognose wordt herhaald: er is sprake van een persistentie van de psychische toestand en de prognose is gereserveerd. Regelmatige psychosociale opvolging is nodig, alsook op afstand blijven van de traumatische context. Stopzetting van de behandeling is niet aan de orde. Deze arts meent dat de verzoekende partij arbeidsongeschikt is.

De arts-adviseur is het niet eens met de stelling dat terugkeer de behandelingen, die de verzoekende partij behoeft, in de weg staat.

De verzoekende partij bekritiseert enkel de motieven die de psychische aandoening betreffen zodat de Raad enkel dit medisch aspect onderzoekt van de aandoeningen waaraan de verzoekende partij lijdt.

De arts-adviseur meldt dat de verzoekende partij al sinds april 2009 behandeld wordt met psychotherapie in een taal die niet de moedertaal is van de verzoekende partij. Waar de verzoekende partij benadrukt dat zij thans vloeiend Frans praat en de taalbarrière de Belgische behandeling niet in de weg staat, merkt de Raad op dat de verzoekende partij niet ernstig kan ontkennen dat het volgen van een therapie in de moedertaal steeds een betere psychotherapeutische behandeling oplevert. De verzoekende partij ontkent niet dat praten over traumatische ervaringen, bij voorkeur met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt, beter is.

Waar zij betwist dat er hulpverleners voorhanden zijn in het herkomstland voor dergelijke therapie, volstaat te verwijzen naar de zeer concrete bronnen waarop het medisch advies steunt: het MedCOI-document '9111' van 3 april 2017 (dus recent) deed een onderzoek naar een patiënt met PTSD, die maandelijks werd bijgestaan door een psychiater. Het besluit tot de aanwezigheid van psychiaters, onder meer in het publieke *Edward Francis Small Teaching Hospital* en van psychologen, zowel voor externe en interne behandelingen. Ook psychiatrische verpleging is voorhanden. Verder toont dit document aan dat vervanggeneesmiddelen voorhanden zijn voor de 'mirtazapine', die de verzoekende partij thans nog neemt.

De Raad benadrukt dat de concretere opzoeken van de arts-adviseur opwegen tegen de bronnen die de verzoekende partij in het middel gebruikt omdat deze vager en algemener zijn. De bewering van de verzoekende partij dat er in Gambia geen psychiaters voorhanden zijn, is niet juist en vindt geen steun in het administratief dossier. Voorts moet de arts-adviseur niet definiëren wat zij bedoelt met "problematiek" nu zij de ernst van de aandoening aanvaardt. Evenmin is het haar verboden vraagtekens

te plaatsen over de juistheid van de ingeroepen feiten. In het administratief dossier is de beslissing van de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen van 30 mei 2011 voorhanden. Deze stelt duidelijk dat de homoseksuele geaardheid niet geloofwaardig is. De arts-adviseur kon terecht stellen dat de feiten en traumatische ervaringen niet werden geobjectiveerd.

De Raad merkt op dat artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet ook een afwijzing toestaat indien er een behandeling beschikbaar en toegankelijk is, zelfs al is deze niet beter of even goed als in België. De verzoekende partij moet niet de feiten, aan de basis van zijn trauma's, bewijzen maar vaststaat dat de oorzaken, vernoemd ter gelegenheid van het indienen van twee asielaanvragen, niet geloofwaardig werden bevonden.

Verder beschikt de arts-adviseur, op basis van de elementen die haar voorliggen, bij het beoordelen van het in artikel 9^{ter}, § 1, van de Vreemdelingenwet genoemde risico, over een vrije beoordelingsbevoegdheid. De Raad kan zich, wat deze beoordeling betreft, niet in de plaats van de ambtenaar-geneesheer stellen.

De verzoekende partij gaat voorbij aan de vaststelling van de arts-adviseur dat: *“Bovendien toont de chronologie van het dossier van betrokkene aan dat hij met zijn psychische problemen ten gevolge van de beweerdde traumata in zijn land van herkomst zonder behandeling geleefd heeft en dit zonder de minste complicatie (psychische decompensatie, suïcidepoging) en dat hij de stresserende reis naar een onbekend land België, heeft aangevat, zonder behandeling en zonder de minste complicatie, wat bewijst dat betrokkene in staat is om met zijn onbehandelde psychische problemen te reizen. Na zijn aankomst in België in december 2008 heeft betrokkene nog bijna een jaar (start psy-begeleiding in Ulysse op 9 november 2009) hier geleefd, met zijn psychische problemen en nog steeds zonder (gespecialiseerde) behandeling en dat zonder de minste complicaties, zodat hij bewezen heeft dat de vrees van de attesterende artsen op psychische decompensatie en zelfmoordpoging bij afwezigheid van een behandeling ongegrond is.”*

Verder stelt de arts-adviseur vast dat geen dwingende of dringende maatregelen zijn genomen sedert 2009 en dat nooit tot hospitalisatie is over gegaan voor psychiatrische observatie, psychische decompensatie of voor een zelfmoordpoging. Bovendien stelt de arts-adviseur vast dat de verzoekende partij enkel nog het medicament, tenminste voor de psychische problematiek, een antidepressiva, “Mirtazapine” moet nemen en dat het *“feit dat Mr. Y. minder psychofarmaca (nog 1 antidepressivum 1x/d) vergeleken met 2010 voorgeschreven werd, duidt op een sterke verbetering van zijn psychische toestand.”* Dit vindt steun in het medisch attest van 31 oktober 2017, het meest recente attest.

De verzoekende partij bekritiseert het volgende motief van het medisch advies, dat deel uitmaakt van de eerste bestreden beslissing en tegelijkertijd aan de verzoekende partij is ter kennis gegeven: *“Dit dossier vermeldt ook herhaaldelijk de geprivilegieerde therapeutische relatie die stakeholders hebben met betrokkene. Het is echter niet gepast om de strikt therapeutische band met de emotionele band te verwarren.*

Hoewel een therapeutische link een basiselement van vertrouwen is en daarom in principe gunstig is voor zowel fysieke als mentale genezing, kan een emotionele verbinding schadelijk zijn.

Het is raadzaam om de therapeutische link te beperken tot de duur van de behandeling. Deze link is dan ook perfect overdraagbaar aan een andere collega.

Af de andere kant kan een affectieve schakel, vooral in de context van vluchtelingen, een toestand van afhankelijkheid en vervreemding creëren die uiterst schadelijk is voor de genezing van de patiënt. Een emotionele band is niet overdraagbaar en daarom is dit nooit aan te raden, ongeacht de duur van de behandeling.

Vervolgens moet een 'allochtone' psychotherapie, om effectief te zijn, bij voorkeur reageren op specifieke omstandigheden, rekening houdend met hun cultuur.

Een therapie in het land van verblijf heeft het grote risico een nieuwe afhankelijkheid te creëren en is over het algemeen met voldoende omdat de zorg een specifieke psychopathologische benadering vereist die idealiter in de eigen omgeving en als onderdeel van de eigen sociale structuur wordt uitgevoerd.

Over het algemeen hebben we te maken met een sociaal zeer kwetsbare bevolking, van wie de meesten tijdens de uittocht traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, maar dit betekent niet dat een 'therapeutische' paternalistische benadering de beste is .

Deze langdurige psychiatrische zorg is vaak het excuus om mensen voor onbepaalde tijd in een ongemakkelijke positie te houden, wat medisch en psychologisch contraproductief is. Dit wordt duidelijk

aangetoond in het boek Transculturele psychiatrie Van Praktijk naar theorie" van professor Frank Kortmann, een specialist op dit gebied³ Dat de psychosociale specialistische begeleiding en psychiatrische begeleiding wel perfect overdraagbaar is wordt eigenlijk al bewezen door de attesterende huisarts en psychiater, vermits betrokkene zelf voor een centrum gekozen heeft dat dicht bij zijn woonplaats gelegen is (Clinique de l'Exil te Namen). Van de psychiatrische begeleiding in dit centrum worden er echter geen verslagen voorgelegd bij de vraag naar actualisatie van het dossier en is het eigenaardig dat betrokkene weer om een SMG gaat bij Dr. R. B. te Brussel."

De verzoekende partij stelt dat deze algemene bedenkingen niet de vaststelling van de eigen arts, met name dat de terugkeer contraproductief is, weerleggen.

De Raad meent dat het medisch advies in zijn geheel moet gelezen worden en dat, rekening houdend met de eerder besproken elementen van het medisch advies, het niet kennelijk onredelijk is te aanvaarden dat opvolging door een andere psychiater in dit geval mogelijk is. De verzoekende partij laat na de concrete bronnen, waarop de arts-adviseur zich steunt, te weerleggen. Het komt de Raad niet toe deze medische vaststellingen, te weten of de verzoekende partij door een andere psychiater kan behandeld worden, te her beoordelen. De verzoekende partij geeft evenmin aan waarom of welke trauma's een behandeling in Banjul zou verhinderen. Rekening houdend met de beslissing van de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen van 30 mei 2011, komt het de verzoekende partij toe concreet te weerleggen welk trauma waar opgelopen haar verhindert psychiatrische hulp uit Banjul te aanvaarden. Volgens het asielrelaas is de verzoekende partij afkomstig uit Jurunka en waren er problemen in Serekunda. Banjul is een andere stad. De verwijzing naar rechtspraak van de Raad is niet dienstig.

De verzoekende partij toont de kennelijke onredelijkheid van de motieven niet aan. Zij toont niet aan dat de eerste bestreden beslissing, samen met het medisch advies, dat ook ter kennis is gegeven, steunt op onjuiste feiten of niet correct is beoordeeld. De verzoekende partij toont niet aan dat met een stuk geen rekening is gehouden of dat het onderzoek onzorgvuldig is.

De verzoekende partij maakt in dit onderdeel de schending van de materiële motiveringsplicht, van de zorgvuldigheidsplicht of van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet niet aannemelijk.

2.7. In een volgend onderdeel stelt de verzoekende partij:

"Tweede middelonderdeel

Verzoeker vroeg een kopie op van het administratief dossier bij de Dienst Openbaarheid van Bestuur. Hij werd daarbij enkel in het bezit gesteld van de thans bestreden beslissingen, doch niet van de MEDCOI-informatie waar verweerder naar verwijst, noch van het document waar verweerder naar verwijst inzake de toegankelijkheid van de medische zorgen ("Belgian Immigration Office, Question & Answer BDDA-20171107-GM-6653 van 5 januari 2018") waarnaar de arts-adviseur in voetnoten verwijst. Dit laatste document is evenmin op internet terug te vinden via de geijkte zoekwebsites.

Daaruit blijkt dan ook dat de conclusies van de arts-adviseur niet worden gestaafd door informatie die aanwezig is in het administratief dossier, zodat de beslissing enkel om deze reden al dient te worden vernietigd."

2.8. Met dit betoog toont de verzoekende partij niet aan dat zij geen kennis kon nemen van deze documenten. Beide documenten bevinden zich in het administratief dossier. De verzoekende partij toont niet aan dat zij geen afspraak kon maken ter inzage van deze documenten of dat zij deze documenten zelfs heeft opgevraagd.

Het onderdeel is ongegrond.

2.9. Het derde onderdeel luidt:

"Verweerder laat na om een voldoende individuele analyse te maken van verzoekers situatie in geval van terugkeer naar Gambia.

Verzoeker wijst er in dat verband op dat uit rechtspraak van de Grote Kamer van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens blijkt dat er telkens een individueel onderzoek naar de toegankelijkheid van de

medische zorgen in het herkomstland van een vreemdeling, indien deze zoals in casu inroept dat hij in dit herkomstland geen of onvoldoende toegang heeft tot de gezondheidszorg. Zo stelt het Hof in het arrest PAPOSHIVILI (Case of Paspohvili vs. Belgium, Application no. 41738/10 van 13.12.2016, §§189-190):

« 189. S'agissant des facteurs à prendre en considération, il y a lieu pour les autorités de l'État de renvoi de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3 (voir paragraphe 183, ci-dessus) Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'État de renvoi; il ne s'agit pas en effet, de savoir si les soins dans l'État de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'État de renvoi. Il ne saurait pas non plus être déduit de l'article 3 un droit à bénéficier dans l'État de destination d'un traitement particulier qui ne serait pas disponible pour le reste de la population.

190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. A cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.) n o 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées et E O c. Italië (déc.), précitée). »

Qua beschikbaarheid stelt het Hof dus dat er geval per geval moet worden nagekeken of er voldoende adequate behandelingsmogelijkheden bestaan in het herkomstland.

In casu moet in dat verband dus worden vastgesteld, zoals al aangehaald in het tweede middelonderdeel, dat de bronnen waarnaar verzoeker verwijst om de beschikbaarheid aan te tonen, niet kunnen gecontroleerd worden aangezien ze zich niet in het administratief dossier bevinden.

Maar hoe dan ook heeft de arts-adviseur noch verweerder zelf op enige wijze de informatie weerlegd die verzoekers advocaat op 15.12.2017 aan verweerder overmaakte. Verzoeker maakte met name twee rapporten over, met name het rapport van de "Organisation suisse d'aide aux Réfugiés" met als titel "Gambie: traitement de PTSD d'épisodes dépressifs et sévères" van 19.04.2010 en het rapport van EASO (European Asylum Support Office): "Country of Origin Information Report: The Gambia - Country Focus" van december 2017.

Uit het EASO rapport blijkt:

" In general all the facilities suffer from a lack of well-trained staff and deficiencies in terms of infrastructure, medical equipment and supplies of certain medicines. In 2015, there were 213 medical officers in The Gambia (1.1 doctor for 10,000 inhabitants). (sss) Health is underfunded, especially in the primary and secondary level (...) There is no social health insurance in The Gambia. Thus, out-of-the-pocket expenditure on health is high and constitutes a heavy burden for households".

Verweerder doet geen enkele inspanning om deze informatie te weerleggen, terwijl het nochtans gaat om een zeer recent rapport van een bron (EASO) die mee door verweerder wordt gefinancierd.

De informatie uit het rapport van OSAR is nog schrijnender. Zo luidt het op blz. 2-3:

« Le manque de ressources humaines dans le domaine de la santé mentale est un problème majeur dans le pays. 13 A l'hôpital psychiatrique Tanka Tanka, il existe une seule infirmière formée à la psychiatrie, qui est, entre autres, responsable de l'hôpital. Selon l'OMS, il n'existe actuellement aucun psychiatre formé qui opère en Gambie Selon L'organisation Global Initiative on Psychiatrie (GIP), il y a deux psychiatres cubains qui travaillent à l'hôpital psychiatrique Tanka Tanka mais ils ne s'expriment pas aisément en anglais et restent généralement dans le pays pour une durée d'une année uniquement»

Deze informatie spreekt dus tegen dat er een psychiater in Gambia beschikbaar zou zijn, en alleszins is de taalkundige barrière met de vermelde Cubaanse psychiaters, voor zover verzoeker er ooit zou in slagen om deze te raadplegen, veel groter dan de vermeende taalbarrière in België aangezien de Cubaanse psychiaters het Engels (laat staan het Mandinka) machtig zijn.

Het rapport wijst verder op het feit dat de meeste mensen met psychische aandoeningen door het gebreke aan medisch geschoold personeel zich moeten beroepen op traditionele helers, en wijst er bovendien op dat er een zeer zwaar stigma op psychische problemen bestaat (blz. 3-4):

"Le nombre de personnes affectées par des troubles psychiques, les possibilités très réduites d'accéder à un traitement ainsi que l'inadéquation des systèmes de soins proposés, ont de graves conséquences pour les individus et les familles touchés par des troubles psychiques.22 Souvent les troubles psychiques ne sont pas détectés ou sont attribués à des forces super naturelles, à l'emprise du diable ou à des faiblesses morales, ce qui conduit à de sérieuses discriminations et violations des droits de l'homme. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont toujours fortement stigmatisées et discriminées dans la société. »

Geen van deze elementen wordt besproken, laat staan weerlegd door verweerder, terwijl deze nochtans ernstige vragen doen opwerpen bij de werkelijke beschikbaarheid van de adequate behandelingsmogelijkheden voor verzoeker.

* Qua toegankelijkheid vereist het EHRM in het arrest PAPOSHVILI bovendien dat bij dit onderzoek rekening moet worden gehouden met:

De kost van de behandeling en de medicatie
Het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk

De afstand die moet worden gereisd om toegang te hebben tot de vereiste zorgen.

Geen van deze elementen wordt in concreto op individuele wijze aangetoond:

- Weliswaar wordt de kost van bepaalde medicatie vermeld, doch niet van de consultatie van de diverse artsen op wie verzoeker beroep zou moeten kunnen doen (internist, gastro-enteroloog, psychiater).

Bovendien wordt de kost van de medicatie louter vermeld, zonder dat een indicatie wordt gegeven van de gemiddelde levensstandaard in Gambia, zodat het gaat om ijle bedragen zonder maatstaf om na te gaan of deze in de Gambiaanse maatschappij duur of net goedkoop zijn.

Daarnaast wijst verzoeker op het feit dat zijn behandelend psychiater vermeldt, in zowat alle voorgelegde attesten, dat verzoeker niet arbeidsgeschikt is. Daartoe werd verwezen naar de beperkte resultaten die verzoeker haalde op de GAF-score. De arts-adviseur relateert de resultaten van deze GAF-score door te verwijzen enerzijds naar het feit dat verzoeker er wel in slaagt om wekelijks een traject van Namen naar Brussel af te leggen met het openbaar vervoer (met twee overstappen). De arts-adviseur laat echter na om een link te leggen tussen de mogelijkheid om zich te verplaatsen en de arbeidsgeschiktheid. Uit geen enkel element blijkt dat verzoeker wél zou kunnen werken omdat hij in staat is zich te verplaatsen naar zijn behandelend geneesheer in Brussel. Ten overvloede merkt verzoeker nog op dat de resultaten van de berekening die de arts-adviseur maakt in voetnoot 2 van zijn medisch advies, foutief is, aangezien die uitgaat van een verplaatsing van het opvangcentrum voor asielzoekers in Namen, terwijl verzoeker daar nooit heeft verbleven en in het kader van deze procedure vermeld heeft dat hij woonplaats houdt in de gemeente Floreffe. Overigens werkt de link naar de webpagina die vermeld wordt onder voetnoot 1 van hetzelfde medisch advies niet, zodat er geen objectieve informatie bestaat om uit af te leiden dat de GAF-score geen nuttig element zou zijn om de arbeids(on)geschiktheid van iemand mee te bepalen. Hoe dan ook wijst verzoeker er op dat, zelfs indien de GAF-score niet pertinent zou zijn, de behandelend psychiater uiteraard is uitgegaan van het gedrag van verzoeker om deze GAF-score te bepalen (m.n. beperkte zelfredzaamheid, constante vrees,...) zodat het louter verwerpen van de GAF-score niet ipso facto leidt tot de conclusie dat verzoeker wél arbeidsongeschikt is. Nu de behandelend psychiater die verzoeker al bijna acht jaar opvolgt stelt dat verzoeker niet arbeidsongeschikt is, is het ongepast en niet oordeelkundig van de art-adviseur om dit besluit zomaar te verwerpen, temeer nu de arts-adviseur, die van geen specialisatie in de psychiatrie blijkt geeft, verzoeker niet aan een medisch onderzoek heeft onderworpen en geen contact heeft opgenomen met verzoekers behandelende artsen.

Verzoekers arbeidsongeschiktheid staat bijgevolg vast, zodat hij zichzelf niet zal kunnen voorzien van inkomsten die hem in staat zullen stellen om de medicatie en de medische opvolging te betalen.

Hoe dan ook gaat de stelling van dat de meeste gezondheidszorg gratis is in Gambia in casu niet op nu verweerder zelf aangeeft dat voor de medicatie die verzoeker moet innemen, betaald moet worden.

- Verzoeker heeft daarnaast geen familiaal en sociaal netwerk in Gambia. Dit blijkt niet uit de verklaringen tijdens zijn asielaanvraag, en bovendien is hij daar als adolescent tien jaar geleden

vertrokken, zodat alle banden die hij had, intussen verwaterd zijn. Verweerder toont geenszins in concreto aan dat verzoeker op deze of gene familielid of vriend beroep zou kunnen doen in geval van terugkeer naar Gambia.

- ook de afstand die verzoeker zou moeten afleggen tot de verzorgingsinstelling blijft onbesproken. Ook hier laat verweerder na een individueel onderzoek te voeren zoals nochtans vereist door het EHRM.

- ten overvloede laat verzoeker nog gelden dat volgens het rapport van OSAR er een grote vraag is naar psychische zorgen in Gambia maar dat de meeste inwoners er niet in slagen om effectief ook medische zorgen te ontvangen:

Le nombre de personnes souffrant de troubles psychiques en Gambie est significatif. Selon les estimations de l'OMS4, en 2004, sur une population totale de 1,478 million d'habitants, approximativement 120'000 personnes présentaient des troubles psychiques qui demandaient un traitement. Sur ce nombre, approximativement 27 pour cent des personnes souffrait de troubles psychiques sévères et 91'000 personnes de troubles psychiques modérés à légers.⁵ Chaque année, en Gambie, seules 3000 personnes sont à même de recevoir un traitement, ce qui signifie que le 90 pour cent des individus qui auraient besoin d'un traitement n'a pas d'accès aux soins. »

Ook deze informatie blijft onbesproken, laat staan weerlegd door de arts-adviseur.

Door aan deze vereisten niet te voldoen, schendt verweerder het artikel 3 EVRM en het artikel 9ter Vreemdelingenwet, nu er allermint duidelijkheid bestaat over de mogelijkheid tot adequate medische behandeling in geval van terugkeer van verzoeker naar Gambia.

Alleszins worden het zorgvuldigheidsbeginsel en de materiële motiveringsplicht geschonden nu geen rekening wordt gehouden met de eigen bronnen die verzoeker heeft overgemaakt aan verweerder en nu de conclusies van de arts-adviseur geen steun vinden in het administratief dossier.”

2.10. Integendeel met wat de verzoekende partij beweert, heeft de arts-adviseur een voldoende individuele en concrete analyse gemaakt van de medische problematiek van haar.

De verzoekende partij verwijst naar rechtspraak van het EHRM en voert de schending van artikel 3 van het EVRM aan.

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

In de zaak *N. vs. het Verenigd Koninkrijk* van 27 mei 2008, Grote Kamer, nr. 265.855, hanteert het Hof een aantal principes met betrekking tot ernstig zieke vreemdelingen. In dit principearrest geeft het Hof een overzicht van zijn jarenlange consistente rechtspraak sinds het arrest *D. vs. The United Kingdom* (EHRM 2 mei 1997, nr. 30240/96), waarbij het vervolgens duidelijk de principes vaststelt die zij aanwendt met betrekking tot ernstig zieke vreemdelingen:

“42. In summary, the Court observes that since *D. v. the United Kingdom*, it has consistently applied the following principles.

*Aliens who are subject to expulsion cannot in principle claim any entitlement to remain in the territory of a Contracting State in order to continue to benefit from medical, social or other forms of assistance and services provided by the expelling State. The fact that the applicants' circumstances, including his life expectancy, would be significantly reduced if he were to be removed from the Contracting State is not sufficient in itself to give rise to a breach of Article 3. The decision to remove an alien who is suffering from a serious mental or physical illness to a country where the facilities for the treatment of that illness are inferior to those available in the Contracting State may raise an issue under Article 3, but only in a very exceptional case, where the humanitarian grounds against the removal are compelling. In the *D.* case the very exceptional circumstances were that the applicant was critically ill and appeared to be close to death, could not be guaranteed any nursing or medical care in his country of origin and had no family there willing or able to care for him or provide him with even a basic level of food shelter or social support.*

43. The Court does not exclude that there may be other very exceptional cases where the humanitarian considerations are equally compelling. However, It considers that It should maintain the high threshold set in *D. v. the United Kingdom* and applied in its subsequent case-law, which it regards as correct in principle, given that in such cases the alleged future harm would emanate not from the intentional acts or omissions of public authorities or non-State bodies, but instead from a naturally occurring illness and the lack of sufficient resources to deal with in the receiving country.

44. Although many of the rights it contains have implications of a social or economic nature, the Convention is essentially directed at the protection of civil and political rights (*Airey v. Ireland*, judgment of 9 October 1979, Series A n^o. 32, § 26). Furthermore, inherent in the whole of the Convention is a search for a fair balance between the demands of the general interest of the community and the requirements of the protection of the individuals fundamental rights (see *Soering v. the United Kingdom*, judgment of 7 July 1989, Series A n^o. 161, § 89). Advances In medical science, together with social and economic differences between countries, entail that the level of treatment available in the Contracting State and the country of origin may vary considerably. While It is necessary, given the fundamental importance of Article 3 of the Convention system, for the Court to retain a degree of flexibility to prevent expulsion in very exceptional cases,

Article 3 does not place an obligation on the Contracting State to alleviate such disparities through the provision of free and unlimited health care to all aliens without a right to stay within its jurisdiction. A finding to the contrary would place too great a burden on the Contracting States.

45. Finally, the Court observes that, although the present application, in common with most of those referred to above, is concerned with the expulsion of a person with an HIV and AIDS-related condition, the same principles must apply in relation to the expulsion of any person afflicted with any serious, naturally occurring physical or mental illness which may cause suffering, pain and reduced life expectancy and require specialized medical treatment which may not be so readily available in the applicant's country of origin or which may be available only at substantial cost."

Vervolgens past het EHRM, zetelend in Grote Kamer, deze principes toe op de hem voorliggende zaak:

"4. Application of the above principles to the present case

46. The Court observes at the outset that, although the applicant applied for, and was refused, asylum in the United Kingdom, she does not complain before the Court that her removal to Uganda would put her at risk of deliberate, politically motivated ill-treatment. Her claim under Article 3 is based solely on her serious medical condition and the lack of sufficient treatment available for it in her home country.

47. In 1998 the applicant was diagnosed as having two AIDS defining illnesses and a high level of immunosuppression. As a result of the medical treatment she has received in the United Kingdom her condition is now stable. She is fit to travel and will remain fit as long as she continues to receive the basic treatment she needs. The evidence before the national courts indicate however, that if the applicant were to be deprived of her present medication her condition would rapidly deteriorate and she would suffer ill-health, discomfort, pain and death within a few years (see paragraphs 14-17 above).

48. According to information collated by the World Health Organization (see paragraph 19 above), antiretroviral medication is available in Uganda, although through lack of resources it is received by only half of those in need. The applicant claims that she would be unable to afford the treatment and that it would not be available to her in the rural area from which she comes. It appears that she has family members in Uganda, although she claims that they would not be willing or able to care for her if she were seriously ill.

49. The United Kingdom authorities have provided the applicant with medical and social assistance at public expense during the nine-year period it has taken for her asylum application and claims under Articles 3 and 8 of the Convention to be determined by the domestic courts and this Court. However, this does not in itself entail a duty on the part of the respondent State to continue so to provide for her.

50. The Court accepts that the quality of the applicant's life, and her life expectancy, would be affected if she were returned to Uganda. The applicant is not, however, at the present time critically ill. The rapidity of the deterioration which she would suffer and the extent to which she would be able to obtain access to medical treatment, support and care, including help from relatives, must involve a certain degree of speculation, particularly in view of the constantly evolving situation as regards the treatment of HIV and AIDS worldwide.

51. In the Court's view, the applicant's case cannot be distinguished from those cited in paragraphs 36-41 above. It does not disclose very exceptional circumstances, such as in *D. v. the United Kingdom* (cited above), and the implementation of the decision to remove the applicant to Uganda would not give rise to a violation of Article 3 of the Convention."

De strenge principes die het Hof sinds voornoemd arrest *D. vs. The United Kingdom* in medische zaken hanteert, werden bijgevolg in 2008 bevestigd door de Grote Kamer van het EHRM. De zaak *N. vs. The United Kingdom* handelde over de uitzetting van een hiv-positieve vrouw van het Verenigd Koninkrijk naar Oeganda. Zonder medicatie en behandeling zou haar levensverwachting volgens dokters ongeveer een jaar bedragen. Het Hof benadrukte dat er slechts sprake kan zijn van een schending van artikel 3 van het EVRM in het zeer uitzonderlijk geval (“a very exceptional case”), wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing, dwingend zijn (EHRM 27 mei 2008, grote kamer, *N. vs. Verenigd Koninkrijk*, § 42). Het EHRM oordeelde dat artikel 3 van het EVRM niet het recht waarborgt om op het grondgebied van een staat te blijven louter om de reden dat die staat betere medische verzorging kan verstrekken dan het land van herkomst: de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand of de levensverwachting van de betrokkene beïnvloedt, volstaat niet om een schending van die bepaling op te leveren. Enkel “in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”, kan een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde zijn (EHRM, grote kamer, 27 mei 2008, *N. t. Verenigd Koninkrijk*, § 42).

In de zaak *Paposhvili t. België* van 13 december 2016 bevestigt de Grote Kamer van het EHRM de principes die in de zaak *N. t. Verenigd Koninkrijk* worden gehanteerd en verfijnt men verder in overweging 183 als volgt: “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.”

Aldus blijkt uit § 183 van dit arrest dat onder “andere uitzonderlijke gevallen” wordt begrepen de situaties, zonder dat er sprake is van onmiddellijk en nakend levensgevaar, waarbij er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland. Slechts in dergelijk geval weerhield de Grote Kamer van het Hof een schending van artikel 3 van het EVRM en werd aldus de hoge drempel van artikel 3 van het EVRM in het geval van ernstig zieke vreemdelingen bevestigd.

De verzoekende partij toont niet aan dat zij dermate ernstig ziek is dat haar terugkeer een intens lijden of aanzienlijke verkorting van de levensverwachting tot gevolg zal hebben. Zij toont niet een ziekte aan die beschermenswaardig is door artikel 3 van het EVRM nu er een behandeling voorhanden is in het herkomstland.

Er is geen schending van artikel 3 van het EVRM wanneer de betrokkene in het land van herkomst de noodzakelijke medische zorgen kan krijgen, ook al zijn die zorgen niet van hetzelfde niveau dan in het land waar de betrokkene op dat ogenblik verblijft. Al zou de gezondheidszorg in Gambia niet optimaal zijn, houdt dit niet in dat de noodzakelijke zorgen er niet zouden kunnen worden verkregen (RvS 14 februari 2008, nr. 179.633).

Artikel 3 van het EVRM is niet geschonden.

Verder bevinden de bronnen, waarnaar de arts-adviseur verwijst, zich in het administratief dossier dat de verzoekende partij kan inkijken.

De Raad herhaalt dat de informatie door de raadsman overgemaakt per mail van 15 december 2017 (“rapport Organisation suisse d’aide aux Réfugiés (OSAR)” en rapport “EASO” niet opwegen tegen de concrete vaststellingen van de MedCOI-documenten die de arts-adviseur gebruikt. Deze laatste informatie is recent en concreet. Door gebruik te maken van deze informatie, wordt de algemene informatie van de rapporten weerlegd. Het rapport ‘OSAR’ dateert van 2010 en is niet actueel. Het rapport ‘EASO’ gaat over Gambia in het algemeen en weerlegt niet de mogelijkheden, vastgesteld in Banjul. Integendeel met wat de verzoekende partij stelt, heeft de arts-adviseur de daadwerkelijke beschikbaarheid opgezocht.

Ook heeft de arts-adviseur de toegankelijkheid concreet nagegaan. De kostprijs van de medicatie is beschreven. De kostprijs van consultaties zijn weergegeven. De vaststellingen over de toegankelijkheid vinden steun in het administratief dossier, meer bepaald het document 'BDA-20171106-GM-6653', dat dateert van 5 januari 2018. De verzoekende partij toont niet aan, alhoewel zij van Gambia afkomstig is, dat deze kosten niet kunnen gedragen worden door een persoon met een gemiddelde levensstandaard. Verder ontkent zij de mogelijkheid beroep te doen op Ngo's, zoals in het medisch advies is beschreven, niet.

De verzoekende partij bekritiseert de motieven die handelen over de 'GAF-score'. De arts-adviseur stelt: *"Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen, ook niet psychisch vermits betrokkene al bewezen heeft een traject met 2 overstappen te kunnen uitvoeren in zijn psychische' toestand. Er is geen nood aan mantelzorg (30/10/2017).*

De attesterende psychiater haalt een GAF-score 1 aan van tussen de 35 en de 50 om aan te geven dat betrokkene met in staat is om te werken. Deze score (50 in 2012 en 35 in 2013) weerhiel betrokkene echter volgens de attesterende artsen en psycholoog niet om zich met het openbare vervoer à 2x/week van Namen te verplaatsen, wat toch een enkele reis van anderhalf uur inhield met 2 overstappen.

In 2014 werd bij het uitbrengen van de DSM-V de GAF-score afgeschaft, omdat er geen normatieve waarden of vergelijkende studies waren die de mening of de interpretatie van deze subjectieve score voor globaal functioneren konden aanduiden of objectiveren. Het voorgelegde medische dossier objectieveert/fundeert dus geen (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid."

Waar de arts-adviseur verwijst naar voetnoot 1, stelt de Raad vast dat de vermelde website inderdaad niet werkt, maar dat een afdruk hiervan aanwezig is in het administratief dossier. Overigens worden in de medische attesten van 2017 geen melding gemaakt van een 'GAF-test'. Actuele informatie hieromtrent ontbreekt in de attesten die de verzoekende partij bezorgde.

Het document 'BDA-20171106-GM-6653', dat dateert van 5 januari 2018, bevestigt verder dat de Gambiaanse overheid instaat voor 90 procent van de gezondheidszorg in Gambia.

De arbeidsongeschiktheid wordt door de arts-adviseur niet weerhouden omdat er geen objectieve gegevens voorhanden zijn, aldus de arts-adviseur, om arbeidsongeschiktheid te weerhouden. De arts-adviseur leidt dit af uit de medische voorgeschiedenis van de verzoekende partij, de chronologie van het dossier, de vermindering van de medicatie, het zich zelfstandig kunnen verplaatsen zonder bijkomende hulp en het gegeven dat nooit een hospitalisatie nodig was voor de psychische problemen. Er zijn geen elementen in het dossier die erop wijzen dat er een algemene arbeidsongeschiktheid is. De recente attesten, voor zover leesbaar, zwijgen hierover. Rekening houdend met de verminderde medicatie die de verzoekende partij behoeft, waaruit de arts-adviseur medisch een verbetering van de medische situatie afleidt, kan de verzoekende partij niet voorhouden door te steunen op oudere medische attesten, dat er een arbeidsongeschiktheid is. Het komt de verzoekende partij toe haar dossier te actualiseren.

Waar de verzoekende partij stelt dat zij geen familiaal en sociaal netwerk heeft in het herkomstland, staat het haar vrij beroep te doen op de aanwezige Ngo's en kan verwacht worden dat zij opteert om te gaan werken. Hiervoor kan zij zich laten bijstaan door het IOM met als doel een duurzame terugkeer en re-integratie te bewerkstelligen. De arts-adviseur merkt op dat dit beroepsopleidingen en het vinden van inkomen genererende activiteiten inhoudt, naast andere elementen. Dit motief wordt door de verzoekende partij niet ontkend of weerlegd.

De verzoekende partij bekritiseert het gegeven dat de afstand naar een verzorgingsinstelling niet is besproken. De Raad ziet het nut daarvan niet in, temeer de verzoekende partij voorhoudt dat zij geen familiaal of sociaal netwerk heeft. De verzoekende partij kan zich dus begeven dichtbij een ziekenhuis, bijvoorbeeld in Banjul.

Waar de verzoekende partij opnieuw verwijst naar het rapport 'OSAR', weegt deze niet op tegen de concrete vaststellingen in de MedCOI-documenten in het dossier, waar met naam de instellingen zijn vermeld waar de verzoekende partij terecht kan.

De verzoekende partij maakt de schending van de materiële motiveringsplicht, van de zorgvuldigheidsplicht, van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet en van artikel 3 van het EVRM niet aannemelijk.

Ook het derde onderdeel is ongegrond.

2.11. Het tweede middel is enkel gericht tegen de tweede bestreden beslissing en luidt:

*“II. TWEEDE MIDDEL: Schending van het artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet
Tezamen met de beslissing tot ongegrondheid van de aanvraag tot verblijfsmachtiging om medische redenen stelde verweerder een bevel om het grondgebied op. Beide beslissingen dateren van dezelfde dag en werden bovendien op dezelfde dag aan verzoekster betekend.*

Aangezien verzoekers aanvraag tot verblijfsmachtiging om medische redenen eerst ontvankelijk werd verklaard, hetgeen hem in beginsel een voorlopig verblijfsrecht bezorgde, dat ophield met de beslissing tot ongegrondheid van dezelfde aanvraag, veronderstelt verzoeker dat er een samenhang bestaat tussen de beslissing tot ongegrondheid van de aanvraag verblijfsmachtiging om medische redenen enerzijds en het bevel om het grondgebied te verlaten anderzijds.

Zij wenst dus in een en dezelfde akte beroep aan te tekenen tegen beide beslissingen.

Tegen het bevel roept hij de schending van het artikel 74/13 Vreemdelingenwet in, dat luidt als volgt:

Bij het nemen van een beslissing tot verwijdering houdt de minister of zijn gemachtigde rekening met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleven en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land.”

Verzoeker heeft hierboven omstandig aangetoond dat haar medische toestand haar niet toelaat om terug te keren naar Gambia, of zelfs om het Belgisch grondgebied te verlaten.

Het bevel om het grondgebied te verlaten heeft in het geheel geen rekening gehouden met verzoeksters medische problemen. Daardoor wordt het artikel 74/13 Vreemdelingenwet geschonden, hetgeen op zich al leidt tot de vernietiging van de bestreden beslissing.

Voor zover uit de tegelijk betekende beslissing tot ongegrondheid van verzoeksters aanvraag tot verblijfsmachtiging om medische redenen moet blijken dat verweerder van oordeel is dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat verzoeksters gezondheidstoestand het haar onmogelijk maakt om terug te keren naar haar land van herkomst, wijst hij op de twee voorgaande middelonderdelen waaruit blijkt dat de argumentatie uit deze beslissing tot ongegrondheid van de aanvraag tot verblijfsmachtiging om medische redenen, niet wettig is. In dat geval leidt de vernietiging van de beslissing omtrent de aanvraag tot verblijfsmachtiging om medische redenen automatisch ook tot de vernietiging van het bevel om het grondgebied te verlaten.”

2.12. In essentie herhaalt de verzoekende partij haar grieven van haar eerste middel. Zij stelt dat artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet is geschonden omdat haar medische toestand geen terugkeer naar Gambia toelaat. Het bevel om het grondgebied te verlaten heeft geen rekening gehouden met haar medische problemen.

Het bevel om het grondgebied te verlaten werd samen met de ongegrondverklaring van de aanvraag, genomen in toepassing van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet, ter kennis gegeven. Hieruit blijkt dat wel degelijk rekening is gehouden met de gezondheidstoestand van de verzoekende partij.

Uit hetgeen vooraf gaat, blijkt dat de verzoekende partij niet aantoonde geen beschikbare en toegankelijke behandeling voor haar medische problematiek te krijgen in het herkomstland. Zij uit geen andere grieven zodat het volstaat te verwijzen naar de voorgaande bespreking. De verzoekende partij heeft niet aangetoond dat de beslissing betreffende de ongegrondheid van haar medische regularisatieaanvraag onwettig is genomen. Deze beslissing wordt niet vernietigd zodat de verzoekende partij niet terugvalt op een eerder ontvankelijk verklaarde aanvraag.

Bijgevolg is het middel ongegrond.

3. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijf juni tweeduizend achttien door:

mevr. M. BEELEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

M. BEELEN