



Arrest

nr. 214 910 van 9 januari 2019
in de zaak RvV X / VIII

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, thans de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Indonesische nationaliteit te zijn, op 7 september 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 26 juli 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en van de beslissing van diezelfde gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 26 juli 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 24 oktober 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 21 november 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. VERHAERT.

Gehoord de opmerkingen van de verzoekende partij en haar advocaat K. VERHAEGEN *loco* advocaat K. VERSTREPEN en van advocaat C. DECORDIER, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoeker diende op 4 december 2012 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet). Deze aanvraag werd

op 5 februari 2013 onontvankelijk verklaard. Diezelfde dag besloot de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

1.2. Bij arrest nr. 140 966 van 13 maart 2015 werden deze beslissingen door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) vernietigd.

1.3. De aanvraag werd op 15 juni 2015 opnieuw onontvankelijk verklaard en werd besloten tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Deze beslissingen werden door de Raad vernietigd met de arrestnummers 168 613 en 168 614 van 27 mei 2016.

1.4. Op 31 januari 2017 werd een medisch advies opgemaakt door de arts-adviseur.

1.5. De aanvraag werd op 27 februari 2017 opnieuw onontvankelijk verklaard en er werd op diezelfde dag besloten tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Beide beslissingen werden door de Raad bij arrest nr. 192 952 van 2 oktober 2017 vernietigd.

1.6. De arts-adviseur stelde op 17 juli 2018 een medisch advies op.

1.7. Op 26 juli 2018 werd de aanvraag ongegrond verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing, die als volgt gemotiveerd is:

"(...)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 04.12.2012 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

S., B. U. (R.R.: ...)

nationaliteit: Indonesië

geboren te J. op 20.12.1980

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, deel ik u mee dat dit verzoek ontvankelijk doch ongegrond is. Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen. Er werden medische elementen aangehaald door S. B. U. die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 17.07.2018) 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. Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan S. B. U. te willen overhandigen. Reden(en): Gelieve betrokkene ervan op de hoogte te brengen dat deze beslissing overeenkomstig artikel 39/2, § 2, van de wet van 15 december 1980 vatbaar is voor een beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, dat ingediend moet worden, bij verzoekschrift, binnen de dertig dagen na de kennisgeving van deze beslissing. Een vordering tot schorsing kan ingediend worden overeenkomstig artikel 39/82 van de wet van 15 december 1980. Behoudens in het geval van uiterst dringende noodzakelijkheid moeten in een en dezelfde akte zowel de vordering tot schorsing als het beroep tot nietigverklaring worden ingesteld. Onverminderd andere wettelijke en reglementaire modaliteiten, worden het hierboven bedoelde beroep en de hierboven bedoelde vordering ingediend door middel van een verzoekschrift, dat moet voldoen aan de in artikel 39/78 van de wet van 15 december 1980 en in artikel 32 van het Procedurereglement Raad voor Vreemdelingenbetwistingen

vermelde vereisten. Zij worden ingediend bij de Raad bij ter post aangetekend schrijven, onder voorbehoud van de afwijkingen voorzien bij artikel 3, § 1, tweede en vierde lid, van het PR RvV, aan de Eerste Voorzitter van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, Gaucheretstraat 92-94, te 1030 Brussel. Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 39/79 van de wet van 15 december 1980, schorst het indienen van een beroep tot nietigverklaring en van een vordering tot schorsing de tenuitvoerlegging van onderhavige maatregel niet. Er dient een afschrift van deze brief te worden overhandigd nadat er voor kennisname werd getekend. Een afschrift dient aan mijn diensten te worden teruggestuurd. Gelieve onze diensten onmiddellijk schriftelijk te verwittigen indien kennisname niet mogelijk is.
(...)”

1.8. Tevens op 26 juli 2018 werd besloten tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten. Dit is de tweede bestreden beslissing, die als volgt gemotiveerd is:

“(…)”

BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

De heer

Naam + voornaam: S., B. U.

geboortedatum: 20.12.1980

geboorteplaats: J.

nationaliteit: Indonesië

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen 30 dagen 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 niet in bezit van een geldig paspoort Brussel, 26.07.201...

(...)”

2. Onderzoek van het beroep

2.1.1. Verzoeker voert een eerste middel aan dat luidt als volgt:

“Schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, schending van de motiveringsplicht vervat in artikel 62 Vreemdelingenwet en artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, alsook de zorgvuldigheidsverplichting, alsook schending van de artikel 3 van het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens, en artikel 1 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie

De beslissing

De bestreden beslissing stelt dat de medische elementen aangehaald door verzoeker niet weerhouden kunnen worden op grond van het medisch advies arts-adviseur dd. 17.07.2018. Om die redenen, stelt de bestreden beslissing, kan uit het medisch dossier niet worden afgeleid dat verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit, of, kan uit het voorgelegd medisch dossier niet worden afgeleid dat verzoeker 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. Bijgevolg, stelt de bestreden beslissing, is niet bewezen dat een terugkeer naar Indonesië een inbreuk maakt op de oude kwalificatierichtlijn noch op artikel 3 van het EVRM.

De bestreden beslissing maakt verder geen melding van artikel 9ter Vw.

Het medisch advies

In het medisch advies weerhoudt de ambtenaar-geneesheer dat het om een 37-jarige man gaat met een ernstige mentale handicap van sinds zijn geboorte, autisme, en dat hij lijdt aan paranoïde schizofrenie. Bij de bespreking stelt de ambtenaar-geneesheer dat de weigering van de psychiater verzoeker te behandelen wegens de taalbarrière verzoeker niet belet om hulp te zoeken bij een andere

arts/psychiater, desnoods in aanwezigheid van een Indonesische tolk. De ambtenaar-geneesheer stelt dat het niet duidelijk is of verzoeker effectief lijdt aan paranoïde schizofrenie, hoewel de arts dat wel in het standaard medisch getuigschrift heeft geattesteerd en in een tweede attest ook. In andere medische attesten komt het niet terug, stelt de ambtenaar-geneesheer, maar wel autisme, maar ook daarvan wordt er gesteld dat hoewel geattesteerd het niet duidelijk is wanneer deze diagnose door wie gesteld werd. De ambtenaar-geneesheer merkt op dat het merkwaardig is dat verzoeker na zijn gedwongen opname in maart en april van 2012 in staat is te verklaren dat hij bereid is vrijwillig langer te blijven, maar dat de psychiater in 2017 weigert om 'betrokkene te behandelen'. De DVZ-arts vraagt zich af hoe verzoeker, met wie een enorme taalbarrière bestaat, zelfs in zijn moedertaal, kan aangeven 'bereid' te zijn tot iets. Het is onduidelijk of de DVZ-arts iets betwist, het lijkt er vooral op dat de DVZ-arts iets onduidelijk vindt.

De DVZ-arts vraagt zich dan nog af waarom het anti-parkinsonmiddel in België werd stopgezet. Dan volgt een uiteenzetting waarbij vragen gesteld worden rond de opname 2 december 2017 en de evenementen die er aanleiding toe gegeven hebben, maar zonder enigeduidelijkheid echter of er effectief iets betwist wordt of niet. Het lijkt vooral dat de DVZ-arts iets onduidelijk vindt. De DVZ-arts vermeldt dan nog een opname op 11 februari 2016, waarbij ze stelt dat het niet duidelijk is wat de oorzaak was van de oogkasfractuur.

De DVZ-arts weerhoudt als medicatie Risperidon en quetiapine, twee antipsychotica; trazodon, ook een anti-psychoticum. Twee . andere anti-psychotica worden niet weerhouden, wegens niet consequent terugkeren in de medische getuigschriften. Volgens de ambtenaar-geneesheer is het moeilijk om de graad van zelfredzaamheid van verzoeker in te schatten. De DVZ-arts merkt op dat als zijn zus, L. T., voor hem zorgt dit wilt zeggen dat verzoeker wel een ganse dag, 5 dagen per week, op zichzelf kan leven en dus toch enigszins zelfredzaam moet zijn.

Wat betreft de beschikbaarheid van de zorg stelt de DVZ-arts dat uit de MEDCOI met refnr. BMA 10507 kan afgeleid worden dat opvolging en behandeling bij een psycholoog en psychiater in de moedertaal van verzoeker mogelijk is, evenals 24/7 begeleiding of institutionalisering, indien er nood is aan mantelzorg.

Met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg geeft de DVZ arts eerst een uiteenzetting over de opportuniteit om een verblijfstitel af te geven op basis van het verschil in toegankelijkheid op het grondgebied en in het herkomstland.

De DVZ-arts stelt dat een deel van verzoekers medicatie terugbetaald wordt door de overheid en dat mensen met schizofrenie medicatie, behandeling en hospitalisatie kosteloos kunnen krijgen bij de gezondheidsinstellingen gecontacteerd bij het NS SA. Mensen met psychische aandoeningen kunnen terecht bij de gezondheidscentra. Wat de praktijk van de 'pasung' betreft, veroordeelt de DVZ arts dit tot het verleden. Ondertussen zouden 20 van de 34 provincies zich pasung vrij verklaard hebben.

Grievens:

Voor verzoeker werd reeds verschillende malen aangevoerd dat hij getraumatiseerd is door seksueel geweld dat hij ondergaan heeft in Indonesië. Dit werd nog nooit betwist, maar werd noch door de arts-adviseur hernomen, noch door het bestuur zelf. Dr. T. geeft op 30 november 2017 aan dat het ook in verzoekers moedertaal moeilijk is om mee te communiceren en dat verzoeker zelfs onbegrijpelijk is. De reden hiertoe is verzoekers autisme.

Op 26 juni 2012 werd geoordeeld dat mantelzorg absoluut noodzakelijk is, en dat zelfredzaamheid van verzoeker 'onbestaande' is. Er werd een levenslange afhankelijkheid vastgesteld op 10 oktober 2012 en er werd als diagnose 'paranoïde schizofrenie' gesteld. De arts-adviseur stelt dat niet duidelijk is of verzoeker lijdt aan paranoïde schizofrenie gezien dit enkel in het Indonesisch attest vermeld werd, en louter overgenomen door de huisarts in het SMG en medisch attest.

Dit is manifest foutief. Op 10 oktober 2012 werd volgens de arts-adviseur op de eerste blz. van het medische advies door psychiater J. als diagnose gesteld: paranoïde schizofrenie, en op 5 maart 2012 werd door de huisarts, dr. T., onder 'B) Diagnose' vastgesteld dat er sprake is van paranoïde schizofrenie.

En ook op 30 november 2017 werd door dr. T. verzoeker opnieuw gediagnosticeerd met 'paranoïde schizofrenie'.

In het 'Advies nr. 65 van 9 mei 2016 betreffende de problematiek van vreemdelingen met ernstige medische, inclusief psychiatrische, problemen' van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek (stuk 2) stellen de ambtenaren-geneesheren van de DVZ een diagnose wanneer ze ziekte, graad van ernst en noodzakelijk geachte behandeling beoordelen, en vallen ze eenduidig onder Code van geneeskundige plichtenleer. Zij zijn niet bevoegd, zonder de patiënt/verzoeker te zien en te onderzoeken, de diagnoses van de arts van verzoeker te wijzigen noch te oordelen welke medicatie noodzakelijk is en welke niet.

Het Grondwettelijk Hof bevestigt ook dat de arts-adviseur van de DVZ onder de Code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Orde van Geneesheren valt (Grondw. Hof, arrest van 28

juni 2012, nr 82/2012, B.15). De arts-adviseur kan de diagnose van de behandelende arts niet vervangen door een eigen, andere diagnose, en al helemaal niet zonder verzoeker effectief te zien of zelf te onderzoeken.

In het arrest *Aswat t. het Verenigd Koninkrijk* (no. 17299/12, § 49, 16 april 2013, §57) oordeelt het EHRM dat een uitlevering van een man die vervolgd wordt wegens terrorisme een onmenselijke behandeling zou inhouden omdat de detentieomstandigheden waar hij zou vastgehouden worden zijn paranoïde schizofrenie waarschijnlijk zouden verergeren, en dat een significante verslechtering van de fysieke en psychische gezondheid voldoende was om aanleiding te geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM. Zoals we hieronder zullen zien is levenslange detentie (institutionalisering) in Indonesië voor verzoeker in onmenselijke omstandigheden een reëel risico en uiteraard zou dit zijn al erg precare geestestoestand drastisch doen verslechteren.

Er wordt door tegenpartij ook niet daadwerkelijk betwist dat verzoekers aandoening bijzonder ernstig is. Zoals er terecht in het 'Witboek over de machtiging tot verblijf om medische redenen (9ter f wordt gesteld dient de ambtenaar-geneesheer een onderzoek te voeren naar de daadwerkelijke toegang tot zorgen in het herkomstland. Er dient daarbij rekening gehouden te worden met de individuele situatie van de verzoeker, d.i. zijn leeftijd, gezondheidstoestand, mobiliteit, sociaal en familiaal netwerk in het herkomstland, financiële middelen, niveau van onderwijs, sociale status, mogelijkheid te werken, toegang tot ziekte verzekering, als elementen van geografische aard, financiële aard, of structurele aard (het al dan niet bestaan van een ziekteverzekeringssysteem en beschikbare medicatie (stuk3, pg 62-63).

Uw Raad heeft zelf al meermaals geoordeeld dat bij het "onderzoek of er een aangepaste en voldoende toegankelijke behandeling in het land van verblijf bestaat, dient geval per geval te gebeuren, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager die beoordeeld dient te worden binnen de grenzen van het EHRMp' (RvV, 19 november 2013, nr. 225 522)

In het Grote Kamer arrest van het EHRM, *Paposhvili t. België* van 16 december 2016 oordeelt het Hof dat er dient nagegaan te worden door de overheid in welke mate de betrokkenen daadwerkelijke toegang zal hebben tot de nodige zorg en faciliteiten. Het Hof acht daarbij noodzakelijk dat de kost van de zorg moet meegerekend worden, evenals de sociale en familiale netwerken die er zijn, de afstand die moet afgelegd worden om de nodige zorg te genieten: " 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). "

De ambtenaar-geneesheer heeft enkel nagegaan of de medicatie (die zij weerhouden heeft) beschikbaar is en of er een ziekteverzekeringssysteem is, en of er in principe opvolging en behandeling mogelijk is, al dan niet met institutionalisering.

Er werd geen specifiek instelling aangeduid waar verzoeker terecht zou kunnen, er werden geen afspraken gemaakt met een dergelijke instelling, er werd niet in rekening gebracht dat verzoeker die niet kan communiceren en volstrekt onzelfredzaam is zich op geen enkele wijze naar deze of gene instelling zou kunnen begeven, zou kunnen communiceren met iemand op de luchthaven, de juiste autoriteiten zou kunnen zoeken en vinden om een hulpvraag aan te stellen, geen hulpvraag kan stellen, geen inkomen of middelen heeft, geen netwerk meer heeft ter plaatse die hem kan helpen, geen uitleg kan geven over zijn aandoening en welke behandeling hij behoeft, etc.

Er zijn enkel loodzware tegenindicaties dat verzoeker zelf maar een vliegtuigreis zou kunnen ondernemen, zonder speciale zorg en garanties.

Welke afstand verzoeker zou moeten afleggen, hoe hij effectief toegang zou kunnen krijgen tot de nodige zorg, hoe hij zijn rechten zou moeten vrijwaren, ... daar werd geen onderzoek naar gevoerd en geen rekening mee gehouden. Waar de ambtenaar-geneesheer zich optimistisch uitlaat over het feit dat pasung in Indonesië tot het verleden behoort en dat 20 van de 34 provincies zich pasung vrij verklaard hebben, dient er op gewezen te worden dat het grootschalige onderzoek gevoerd door Human Rights Watch van 2012 'Living in Heil: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia' dat door de DVZ-arts van de hand gewezen wordt als 'de algemene situatie' weergegeven en niet noodzakelijk van toepassing op verzoeker zijnde, bevestigt dat 20 van de 34 provincies een functionerend pasung-free initiatief heeft, maar dat in de praktijk mensen terug in de pasung praktijken vervallen en daadwerkelijke afschaffing moeilijk gaat.

"In 2010, inspired by the success of the Aceh model, Indonesia's health ministry launched "Indonesia Free from Pasung, " a program that aimed to eradicate the practice by 2014.⁵⁰ The deadline has been extended to 2019. It focuses on raising awareness about mental health and pasung, integrating mental

health care into primary health care, providing mental health medication at the puskesmas level, training health staff to identify and diagnose basic mental health conditions, and creating community mental health teams called Tim Penggerak Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) that act as a coordination mechanism between the department of health and others departments at the provincial and district levels to monitor and facilitate the release of people from pasung.

However, implementation depends on the provincial governor's issuing a decree and deploying adequate resources. To date, about 20 out of Indonesia's 34 provinces— including Central Java, West Nusa Tenggara, East Java, Jambi, Yogyakarta, and Aceh have a functional pasung-free initiative.⁵² Additionally, the Social Affairs Ministry has 12 "rapid response" teams attached to 20 panti across the country that conduct community outreach activities including rescuing people from pasung when they come across them. Due to a lack of resources, coordination, and training, both the TPKJM and the "rapid response" teams struggle to successfully rescue people from pasung. Even those who are rescued, return to pasung once they return to the community due to a lack of follow-up and access to community-based support and mental health care services, and continued stigma in the community. ⁵³ The social affairs ministry launched its own anti-shackling campaign in January 2016 which aims to eradicate pasung by 2017. In 2014, the Mental Health Act (MHA) was passed to address the dire need for change, and focuses, according to the Indonesian Health Ministry, on "promotion, prevention, treatment and rehabilitation." ⁵⁴ The ministry has also recognized pasung as an "inhuman" and "discriminatory" treatment of persons with mental health conditions.⁵⁵ In 2014, 1,274 cases of pasung were reported across 21 provinces and in 93 percent of cases people were rescued. ⁵⁶ However, there is no data on how many of those were successfully rehabilitated and how many returned to being shackled once they went home to their families."

Pasung wordt in de praktijk dus nog steeds toegepast. Onder artikel 3 van het EVRM moet niet louter gekeken worden naar wetgevende initiatieven maar naar de situatie in de praktijk (EHRM, M.S.S. t. België en Griekenland, 21 januari 2011, § 354).

Maar het rapport van Human Rights Watch, dat een bijzonder recente doorlichting is van hoe mensen met een geestelijke beperking in Indonesië in overheids- en gemeenschapsinstellingen behandeld worden en met welke behandelingen zij te maken krijgen, gaat maar in bijzonder geringe mate over de pasung. Het gaat voornamelijk over de onmenselijke omstandigheden in de geestelijke gezondheidszorg, het risico op seksueel geweld, detentie, foltering, en de manier waarop stigma en onwetendheid in de maatschappij dit verergeren. Uiteraard zijn de bevindingen algemeen, maar dat maakt het net het noodzakelijke kader om het risico dat verzoeker dreigt te ondergaan te beoordelen. De arts-adviseur mag dit niet wegens het 'algemene' karakter aan de kant schuiven, maar moet het net onderzoeken in functie van de door verzoeker verwachte behandeling, zijn aandoening en het feit dat hij vroeger reeds verkracht werd. Als die algemene omstandigheden gekend zijn bij het bestuur, quod in casu, draagt de overheid daar zelf ook een deel van de bewijslast (EHRM, M.S.S. t. België en Griekenland, 21 januari 2011, § 352).

De vaste rechtspraak van het EHRM is in deze bekend: "The risk alleged must be subjected to close scrutiny (see Saadi, cited above, § 128; Suft 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 individual's 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."

Een rapport van Human Rights Watch is betrouwbaar en hoogst relevant. De arts-adviseur had dit grondig moeten onderzoeken en moeten toepassen op verzoekers situatie in plaats van het aan de kant te schuiven als 'algemeen'.

In het Human Rights Watch rapport lezen we:

"Across Indonesia, there is a widespread belief that mental health conditions are the result of possession by evil spirits or the devil, having sinned, displayed immoral behavior, or lacking faith. As a result, families typically first consult faith or traditional healers and often only seek medical advice as a last resort. Even if they do look for access to medication, however, people may find it impossible to access it. Ministry of Health data shows that nearly 90 percent of those who may want to access mental health services cannot. The country of 250 million people has only 48 mental hospitals, more than half of them located in just four provinces of Indonesia's 34 provinces. Eight provinces have no such hospitals, and three have no psychiatrists. In all of Indonesia there are just 600 to 800 psychiatrists—or one trained psychiatrist per 300,000 to 400,000 people. The few facilities and services that exist often do not respect the basic rights of people with psychosocial disabilities and contribute to the abuses against

them. Under Indonesian law it is relatively easy to involuntarily admit a person with a psychosocial disability to an institution. The Mental Health Act (2014) allows a family member or guardian to admit a child or an adult with a psychosocial disability without their consent to a mental health or a social care institution, and without any judicial review.

Human Rights Watch found 65 cases of people arbitrarily detained in mental hospitals, social care institutions, and NGO-run or traditional or religious centers. None of those with psychosocial disabilities interviewed by Human Rights Watch who were living in institutions said that they were there voluntarily. At some institutions, Human Rights Watch documented cases where families had left fake phone numbers and addresses on admission forms in order to abandon the relative, in other cases they simply moved to a new home or failed to show up. The longest case of prolonged detention that Human Rights Watch documented was seven years at a social care institution and 30 years at a mental hospital. In traditional or religious healing centers, there is no mental health care available and the basis for admission and discharge is left entirely to the discretion of the faith healer". (pg. 4-6)

"Human Rights Watch found that in seven private institutions, healing centers and pantis (government social care institutions) visited, persons with psychosocial disabilities lived in severely overcrowded and unsanitary conditions. In Panti Laras 2, a social care institution on the outskirts of the capital, Jakarta, approximately 90 women live in a room that can reasonably accommodate no more than 30. There was no space to walk; to enter the room one had to physically tiptoe over the hands and feet of the women crowded together on the floor. Overcrowding contributes to a high prevalence of lice and scabies. Healing centers are similarly overcrowded as they are small, often dilapidated, and traditionally built as part of the healer 's home" (pg.9)

"In the traditional or religious healing centers, personal hygiene is a serious problem as people are chained and do not have access to a toilet. As a result, they urinate, defecate, eat, and sleep in a radius of no more than one to two meters. In 13 of the 16 institutions that Human Rights Watch visited, persons with psychosocial disabilities, including children, were routinely forced to take medication or subjected to alternative "treatments" such as concoctions of "magical" herbs, vigorous massages by traditional healers, Quranic recitation in the person 's ear, and baths. "They call my name, put medicine in my hand and ask me to drink it.... They don't allow me to refuse," Wuri, a woman with a psychosocial disability living in a rehabilitation center, said. They make me swallow the medicine and if I don 't drink it, they put me in the isolation room."

In addition to oral and injectable medication, Human Rights Watch found in four mental hospitals visited that patients were given electroconvulsive therapy (ECT) without consent. In three of the hospitals, ECT was administered in its "unmodified" form (without anesthesia, muscle relaxants and oxygen) because of a shortage of trained anesthesiologists to administer the pre-medication, lack of modern ECT machines, or because the modified treatment is simply too expensive for patients to afford. In addition, Human Rights Watch found that forced seclusion is routine basis in mental hospitals and social care institutions in Indonesia. We documented 22 cases of forced seclusion for durations ranging from a few hours to over a month. Staff and residents in all of the social care institutions and rehabilitation centers Visited explained that persons with psychosocial disabilities were put in forced seclusion as a form of punishment or to discipline them—for example, for failing to follow orders, trying to escape, getting into a fight, or becoming intimate with other residents" (pp 10-11) "Persons with psychosocial disabilities experience physical abuse if they try to run away from institutions or do not obey the staff. Human Rights Watch documented 25 cases of physical violence and 6 cases of sexual violence by staff and residents against persons with psychosocial disabilities in the community, mental hospitals, social care institutions, and healing centers. In about half of the hospitals, institutions, and healing centers visited by Human Rights Watch, male staff would enter and exit women 's wards or sections at will or were responsible for the women 's section, including at night, putting women and girls at high risk of sexual harassment and violence. In healing centers in particular, men and women are chained next to each other."" (pg. 12) Despite the important advances, the MHA contains some potentially problematic provisions. It continues to allow persons with psychosocial disabilities to be stripped of their legal capacity—the right to make one 's own decisions, including about one 's own medical care."" (Pg-13)

"The 2011 WHO Mental Health Atlas found that there were a total of 7,700 beds in these hospitals—or a rate of 0.02 hospitals and 3.31 beds per 100,000 people. 14 Further, only 249 of a total of 445 general hospitals in Indonesia (or 56 percent) offer any form of mental healthcare services. 15 In addition to a lack of facilities and services, human resources are scarce with only 600 to 800 psychiatrists across Indonesia, which amounts to one trained psychiatrist per 300,000 to 400,000 people. 16 Furthermore, their geographic distribution is uneven with about 70 percent of psychiatrists based in Java, of whom 40 percent work in Jakarta, the capital and largest city (about 60 percent of Indonesia's population lives on Java). This leaves much of the country lacking in trained mental health professionals, particularly smaller islands and rural areas. 17 Although government regulations provide that mental health should be integrated into primary healthcare, in practice the emphasis remains on tertiary facilities, namely

psychiatric hospitals. People are compelled to travel to tertiary facilities in provincial capitals to access mental health care as community-based services are scarce and under resourced. As per a ministerial decree regulating primary and community health centers, all centers are supposed to provide mental health services. However, only about 30 percent of over 9,000 local community health centers—puskesmas—across the country have programs for mental health services. " (pg. 30)

"Government officials, mental health professionals, family members, and persons with psychosocial disabilities consistently told Human Rights Watch that persons with mental health conditions, particularly those who have schizophrenia or psychosis, face pervasive stigma and bias in Indonesia.⁵⁷ Despite government efforts to raise awareness, mental health conditions remain taboo and highly misunderstood (pg. 39) "Nurhamid, a self-advocate and chairman of mental health rights NGO Komunitas Sehat Jiwa (KSJ) in Cianjur, told Human Rights Watch: The family feels shame if they have a family member with mental health problems. Community members treat them like they have no dignity. For example, children shout "Orang gila! Orang gila!" [crazy person], They throw stones at them, sometimes rotten food. Even worse, on TV, artists or celebrities use pejorative terms to mock people with mental health problems. ⁵⁸ As a result, many persons with psychosocial disabilities are ostracized. This leads families to keep relatives with mental health conditions confined and hidden at home and not allow them to have much social contact as they fear it will lead to embarrassment and shame. "

"Due to pervasive stigma and lack of adequate support and accessible mental health services in the community, families who struggle to cope with the demands of caring for a relative with a psychosocial disability are often left with little choice but to admit the relative to a mental hospital, social care, or private institution or abandon them altogether. Human Rights Watch found 65 cases of arbitrary detention in mental hospitals, social care institution, and NGO-run, traditional or religious healing centers. None of the individuals with psychosocial disabilities interviewed who were living in institutions were there voluntarily. In some cases relatives used false pretenses to get relatives to enter an institution, or simply provided no explanation at all. Salima said: "I tricked him [eldest son] into going to a kiai [traditional Islamic leader]. I told him, 'Let's go for a vacation.' "⁶² Ujud, a 15-year-old-boy with a psychosocial disability who had been living in Galuh rehabilitation center in Bekasi for over a month, told Human Rights Watch that his father admitted him to the center after he took off his clothes in a mosque: "Father said he was taking me to a relative's house but then he brought me here. Life behind bars is not good. I can't play football, can't study. "⁶³ Under Indonesian law it is relatively easy to forcibly admit a person with a psychosocial disability into an institution. Articles 20 and 21 of the Mental Health Act allow a family member or guardian to admit a person with a psychosocial disability without their consent to a mental health or a social care institution for people with mental health conditions. Under provincial anti-begging laws, the Civil Service Police Unit known as Satuan Polisi Pamong Praja (Satpol PP) is also empowered to pick up homeless individuals with real or perceived mental health conditions from the street and take them to an institution. People end up living in institutions for long periods of time because their relatives do not come to take them home and the institution has nowhere to send them, or in the case of private institutions and healing centers, the management can have an incentive to detain people as they are paid by the family. In none of the 65 cases that Human Rights Watch documented were persons with psychosocial disabilities allowed or given the opportunity to challenge their detention." (pp. 41-42) "Human Rights Watch found that in seven private institutions, healing centers and pants visited, persons with psychosocial disabilities lived in severely overcrowded and unsanitary conditions. This is in part due to a lack of government support and monitoring. In Panti Lor as 2, approximately 90 women live in a room that can reasonably accommodate no more than 30. Staff members of Panti Lor as 2 hesitated to let Human Rights Watch enter the room asking: "How will you enter? There is no space." To walk in, one had to physically tiptoe over hands and feet. Healing centers are similarly overcrowded as they are small, often dilapidated, and traditionally built as part of the healer's home. Most people interviewed in these institutions did not have mattresses and spent their days and nights in small, stiflingly hot rooms, with little ventilation." (pg45)

In Panti Laras 2, residents are obliged to use a drain or an open toilet located within the room to urinate and defecate. Even in institutions where suitable toilets exist, residents do not always have access to them or they are not adequate. For example, in the newly renovated Galuh rehabilitation center, there are a number of toilets but residents are locked in their rooms at night and are not able to use them. Ariyani said, "If I need to go to the toilet at night, I do it in the drain. The open drain smells very bad. We go to toilet in the drain in the morning and guard throws water there. Somebody cleans the drain with detergent. "⁷⁵ Exacerbated by such living conditions, scabies is a major problem in these institutions. ⁷⁶ Most residents in Panti Laras 2 and Galuh rehabilitation center were covered in scabies or scars from scabies and scratched incessantly. While the staff tried to provide medication intermittently, the close and unsanitary living conditions contribute to the problem" (pg.46) "In 13 of the 16 institutions that Human Rights Watch visited, persons with psychosocial disabilities, including children, were routinely forced to take medication or subjected to alternative "treatments" such as concoctions of "magical"

herbs, vigorous massages by traditional healers, Quranic recitation in the person's ear, and baths. Staff in these institutions admitted that they hold people down to put the pills in their mouth or forcefeed them food or drinks laced with medicines. 77 One nurse described how she treats her patients: "If they don't take their medicine, we mix the medicine with water, banana, tea or sugar. If they still refuse to take it, the doctor gives them an injection." 78 Carika, a 29-year-old woman with a psychosocial disability, told Human Rights Watch: They [staff] gave me medicine to swallow.... I refused but they got angry at me. Everyone in the family [staying in the hospital with her] said: 'Drink, drink, drink...' Every time I went to treatment, the staff would push me down on the bed and give me medicine. They didn't give me a choice. Even when I said 'No,' they didn't listen. It made me feel very hurt. I wanted to go home. Some of hospital staff, even tied my hands and forced me to swallow the medicine. 79 Carika said that if the person resists oral medication, then they are either punished with isolation until they acquiesce or forcibly administered injections. Dian, a 29-year-old man with a psychosocial disability living in a social rehabilitation center, told Human Rights Watch that he was forced to take medication: "I have no choice, they keep pushing me to take my pills. I tried to refuse so they put me in the isolation room. I just threw the medicine and they found out. Now I have no choice. " " (pg.46)

The UN special rapporteur on torture has noted that "involuntary treatment and other psychiatric interventions in health-care facilities" can be forms of torture and ill-treatment.⁸⁴ In addition, the UN special rapporteur on violence against women has condemned forced psychiatric treatment as a form of violence. 85 In situations where a person cannot give consent to admission or treatment at that moment, and their health is in such a state that if treatment is not given immediately, their life is exposed to imminent danger, immediate medical attention may be given in the same manner it would be given to any other patient with a life-threatening condition who is incapable of consenting to treatment at that moment. 86 However, Human Rights Watch research found that people with psychosocial disabilities were forcibly treated even in non-life threatening situations⁽⁴⁹⁾

"In Indonesia, ECT is usually prescribed as a last resort for patients who are unresponsive to oral medication and who have suicidal tendencies, severe depression, tendency, catatonia, bipolar disorder or acute psychosis. Prior to ECT administration, patients' fitness for anesthesia is checked and they are made to fast overnight. ECT was administered in four out of the six mental hospitals that Human Rights Watch visited. In Bengkulu Mental Hospital, ECT is administered in its "modified" form (that is, with anesthesia, muscle relaxants and oxygen), but in Grogol, Bogor, and Lawang Mental Hospitals use unmodified ECT (without anesthesia, muscle relaxants and oxygenation). In Grogol Mental Hospital ECT is also administered to children.⁸⁹ Former UN special rapporteur on torture, Manfred Nowak, has noted that unmodified ECT is an unacceptable medical practice that may constitute torture or ill-treatment, as it may cause adverse effects such as cognitive deficits and loss of memory.⁹⁰" (pp. 50)

"Human Rights Watch found that forced seclusion is practiced on a routine basis in the mental hospitals, government-run social care institutions, and one private institution that we visited. Human Rights Watch documented 22 cases of forced seclusion for durations ranging from a few hours to over a month. In three of the mental hospitals Human Rights Watch visited, newly admitted patients are put in seclusion for observation before psychiatrists diagnose them and assign them to wards". (52)

"In all the social care institutions Human Rights Watch visited, staff and residents explained that persons with psychosocial disabilities are put in forced seclusion as a form of punishment or to discipline them. 100 For example, residents can be put in seclusion if they do not follow orders, try to escape, fight, or engage in any form of sexual activity. In social care institutions, there is no separation between adults and children in seclusion rooms. In one social care institution, if no seclusion rooms are free, two people, including a child and an adult, can be put in the same seclusion room with limited or no oversight. " (53) "All six hospitals Human Rights Watch visited used physical restraints as a means to contain or calm down persons with psychosocial disabilities, including children, during a crisis, a fight, or if they resisted while being injected with medication. Physical restraints ranged from strips of cloth, cloth jackets, or sponge padded restraints. They were used either on the hand or feet, or both, and tied to the bed to immobilize the person. The duration of restraint varied from 10 minutes to a week. In some cases, persons with psychosocial disabilities were released to go to the bathroom or eat. If the psychiatrist determined that the person had not calmed down enough, then they were obliged to go to the toilet in the bed or in a diaper and spoon-fed their meals^(pg. 54)

"The UN special rapporteur on torture has stated that "there can be no therapeutic justification for the prolonged use of restraints, which may amount to torture or ill-treatment. "106 The current special rapporteur on torture has noted that the restraint of an individual with psychosocial disabilities for even a short period of time may constitute torture and ill-treatment" (pg.55)

"Human Rights Watch documented 25 cases of physical violence and 6 cases of sexual violence against persons with psychosocial disabilities in the community, mental hospitals, social care institutions, and healing centers". (pg.58) Dit is een kleine bloemlezing maar het is duidelijk dat Human Rights Watch een grondig onderzoek heeft gevoerd naar een representatief aantal instituten in Indonesië en dat de

bevindingen geenszins toelaten aan te nemen dat het om uitzonderingen gaat maar dat er een systematische schending van basisrechten en de menselijke waardigheid naar voren komt. Het is duidelijk wat het verband is met verzoekers geval. Hij zou als autistische man met paranoïde schizofrenie die niet kan communiceren, volstrekt onzelfredzaam is, mantelzorg van zijn zus behoeft en die geen arbeidsmogelijkheden heeft in Indonesië en er geen netwerk heeft, in een situatie van complete hulpbehoevendheid en dakloosheid belanden met stigmatisering en dreiging met geweld. Zo hij al de weg zou vinden naar een psychiatrisch instituut, zou hij er blootgesteld worden aan bijzonder onhygiënische leefsituaties, met een risico op onbepaald isolement, dwangvoeding en -medicatie, een risico op geweld, ook seksueel geweld (wat hij vroeger reeds heeft meegemaakt), en dit voor mogelijks levenslangeduur en zonder rechterlijke controle, gezien hij zelf geen weerstand kan bieden, niet kan communiceren en er geen netwerk is dat zijn belangen kan verdedigen. De beschreven behandelingen komen neer op foltering en een manifeste schending van de menselijke waardigheid.

Rekening houdend met wat in het hoger vermelde Aswat-arrest van het EHRM werd gesteld, staat vast dat verzoeker een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang van zijn gezondheidssituatie zou meemaken, resulterend in intens leiden, en voldoet daarbij aan de criteria zoals uiteengezet in § 183 van het Paposhvili arrest. De verzoeker heeft bewijs aangedragen dat er ernstige gronden zijn om aan te nemen dat bij terugkeer hij een reëel risico op een behandeling in strijd met artikel 3 van het EVRM riskeert. Zoals het EHRM opmerking in § 186 van het Paposhvili arrest is een zekere mate van speculatie niet uit te sluiten, maar gelet op verzoekers staat, zijn complete afhankelijkheid en systematische mensenrechtenschendingen beschreven in het Human Rights Watch rapport grenst de waarschijnlijkheid van dit risico aan volstreekte zekerheid. Zo er twijfels zijn is het op dit punt aan de Belgische Staat om deze op te klaren en een inschatting te maken van hoe verzoekers gezondheid zou evolueren na een terugkeer naar Indonesië. Die oefening dient zo precies mogelijk te gebeuren. Verwerende partij heeft dit nagelaten.

Verwerende partij schendt de zorgvuldigheidsplicht, de motiveringsplicht en artikel 3 van het EVRM.”

2.1.2. Verzoeker voert een tweede middel aan dat luidt als volgt:

“Schending van artikel 1 van het Handvest van Grondrechten van de Unie, schending van artikel 3 en 8 EVRM Human Rights Watch heeft in voornoemd rapport aangetoond dat verzoeker in Indonesië een systematische schending wacht van zijn basisrechten en menselijke waardigheid. Hij zou als autistische man met paranoïde schizofrenie die niet kan communiceren, volstrekt onzelfredzaam is, mantelzorg van zijn zus behoeft en die geen arbeidsmogelijkheden heeft in Indonesië en er geen netwerk heeft, in een situatie van complete hulpbehoevendheid en dakloosheid belanden met stigmatisering en dreiging met geweld. Zo hij al de weg zou vinden naar een psychiatrisch instituut, zou hij er blootgesteld worden aan bijzonder onhygiënische leefsituaties, met een risico op onbepaald isolement, dwangvoeding en -medicatie, een risico op geweld, ook seksueel geweld (wat hij vroeger reeds heeft meegemaakt), en dit voor mogelijks levenslange duur en zonder rechterlijke controle, gezien hij zelf geen weerstand kan bieden, niet kan communiceren en er geen netwerk is dat zijn belangen kan verdedigen. De beschreven behandelingen komen neer op foltering en een manifeste schending van de menselijke waardigheid. Verwerende partij heeft bij het nemen van de bijlage 13 geen rekening gehouden met de enorme afhankelijkheid tussen verzoeker en zijn zus, L. T., met wie hij een gezinsrelatie heeft beschermd door artikel 8 EVRM die bevestigd wordt door de dagelijkse zorg die zijn zus voor hem draagt en hoever deze zorg strekt. Verwerende partij heeft geen rekening gehouden met het verblijfsrecht van mevrouw Traechslin, haar gezondheidssituatie en het feit dat de behandeling die kan verwacht worden in Indonesië een schending uitmaakt van verzoekers menselijke waardigheid en artikel 3 van het EVRM, mevrouw haar gezondheidssituatie, het gebrek aan netwerk in Indonesië onoverkomelijke hindernissen uitmaken om de gezinssituatie en verzoekers privéleven daar te beleven. Wat betreft verzoekers menselijke waardigheid zoals gegarandeerd door art. 1 van het Handvest, dient er opgemerkt te worden dat er duidelijk werd aangetoond dat verzoekers menselijke waardigheid in Indonesië niet gegarandeerd kan worden, maar ook dat het feit dat verzoeker die niet kan communiceren, volstrekt afhankelijk is van zijn zus die zelf ook met gezondheidsproblemen kampt, en dit in samenhang met zijn autisme zonder verblijfsmachtiging veroordeeld is tot een bestaan dat niet menswaardig is, en dat de 6 jaar die tot op heden deze procedure in beslag neemt een aantasting uitmaakt van zijn recht op een privéleven zoals verzekerd door artikel 8 EVRM en zijn recht op menselijke waardigheid.”

2.2.1. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en artikel 62 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) verplichten de overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dat op een “afdoende” wijze. Het afdoende

karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben en draagkrachtig moet zijn, dit wil zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen. De belangrijkste bestaansredenen van de motiveringsplicht, zoals die wordt opgelegd door de voormelde wet van 29 juli 1991, bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan of de overheid is uitgegaan van gegevens die in rechte en in feite juist zijn, of zij die gegevens correct heeft beoordeeld, en of zij op grond daarvan in redelijkheid tot haar beslissing is kunnen komen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden.

Verzoeker voert dan wel de schending aan van de formele motiveringsplicht, maar brengt geen enkel concreet argument aan waaruit zou kunnen blijken dat niet is voldaan aan de vereisten van deze verplichting. Integendeel, de verzoeker geeft er blijk van de motieven van de bestreden beslissingen te kennen nu hij de motieven inhoudelijk betwist. Verzoeker voert in wezen dan ook de schending aan van de materiële motiveringsplicht.

De eerste bestreden beslissing is op determinerende wijze gesteund op het advies van de arts-adviseur van 17 juli 2018, dat als volgt luidt:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. S. B. U. In het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten Ingediend op 04.12.2012.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken;

> SMG d.d. 10/10/2012 van Dr. «onleesbaar», waarschijnlijk J. L. bij vergelijking met de paraaf van SMG d.d. 26/06/2012: ernstige mentale aandoening met uiterst beperkte prognose en levenslange afhankelijkheid van «onleesbaar», paranoïde schizofrenie met intermitterende psychotische symptomen en gedragsverschijnselen - opname van 21/03-08/06/2012. optimaliseren antipsychotica Risperdal en leponex

> SMG d.d. 25/03/2012 van Dr. Y. T. (huisarts): paranoïde schizofrenie, was opgenomen op 05/05/2011 in Indonesië - medicatie: Clozapine, Risperidone en Seroquel

y Onvertaald attest d.d. 05/??/2012 van Dr. H. M. M. B. op naam van betrokkene en waarop psychofarmaca vermeld staan en een product tegen de bijwerkingen van de psychofarmaca: Clozapine, Risperidone, Seroquel, Olanzapine en Trihexyphenidyl

> SMG d.d. 28/06/2012 van Dr. J. L. (psychiater): gekende mentale handicap met... .probleem... dmv. objectieerbare psychosociale stressoren - medicatie: risperdal, Leponex en Trazolan - opname In PC Bethanie van 21/03-08/03/2012, zelfredzaamheid is onbestaande

> Geneesmiddelenvoorschrift van Dr. L. J. ongedateerd» dus ongeldig in de apotheek

» Attest van opname d.d. 30/04/2012 van Dr. P. D. M. (hoofdgeneesheer van dienst) en Dr. G. R. (algemeen directeur) van PC Bethanie: gedwongen opname ter bescherming van de persoon aan de geesteszieke voor 40 dagen (21/03-28/04/2012), waar op 27/04/2012 een einde werd gesteld aan de beschermingsmaatregel en waarbij betrokkene bereid «as 'm behandeling te blijven als vrije patiënt > Opnameattest d.d. 19/04/2012 van Dr G. R.

En van de stukken ons overgemaakt na vraag om actualisatie van het dossier per aangetekend schrijven d.d., 22/11/2017

> verslag spoedconsultatie d.d. 02/12/2017 van Dr. O. V. L. gesuperviseerd door Dr. D. V. (spoedarts): binnengebracht door MUG o.w.v, vreemd gedrag, gekend met autisme, thuismedicatie:

Seroquel, Risperdal en Trazolan, waar de dag voordien door de huisarts Haldol aan toegevoegd was wegens agressie naar zus toe. klinische en technische onderzoeken normaal, neurologisch onderzoek: tandradigheid in polsen en armen en verkorte paslengte - diagnose: extrapyramidaal syndroom op Haldol, tardieve dyskinesieën; geruststelling en Haldol slaken en opvolging in gespecialiseerd centrum > Medisch attest d.d. 30/11/2017 van Dr. Y. T. (huisarts): betrokkene komt sinds 06/12/12 daar op de raadpleging en lijdt aan paranoïde schizofrenie, medicamenteus behandeld met Risperdal(Seroquel en Leponex, moeilijk contact te maken met betrokkene, ze is in eigen moedertaal en de psychiater eiert te behandelen wegens taalbarrière > Dubbel van het onvertaalde Indonesische attest d.d. 04/05/2012, nu met een vertaling door Dr. Y. T.

d.d. 30/11/2017 er bijgeschreven

> Verslag spoedconsultatie d.d. 11/02/2016 van Dr. M. U. gesuperviseerd door Dr. A. T. (spoedarts): binnengebracht met ambulance, taalbarrière: Engels, autisme» heteroanamnese via zuster die sinds zijn 4 jaar voor hem zorgt, presenteert zich met een oppervlakkige wonde bovenooglid rechts met forse zwelling en hematoom» moeilijke pupilreactie links, CT-hersenen en orbita: periorbitale confusie rechter oog met bifrontale fractuur met depressie van de mediale wand en bodem van de rechter orbita

en nematosinus ethmoidalis rechts» CTcervicale WZ: normaal - start Tobrmd* oogdruppels en Augmentfn» voorbereiding MKA chirurgie (Dr. D. F.)

> Begeleidende e-mail van de advocaat van betrokkene, &lr* Benoit Dhondt, d.d. 08/12/2017: alfa zorg en begeleiding wordt door de zus» L.* waargenomen die een verblijfsrecht heeft en voltijds werkt.

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 37-jarige man met een ernstige mentale handicap van sinds zijn geboorte, in de meest recente stukken bestempeld als autisme, en die zou lijden aan paranoïde schizofrenie.,

Bespreking:

De per aangetekend schrijven gevraagde medische verslagen van opvolging en behandeling bij een psychiater tussen 2012 en heden konden niet voorgelegd worden, omdat, volgens het attest d.d. 30/11/2017 'de psychiater weigert betrokkene te behandelen wegens het moeilijke contact en de taalbarrière,* Een arts/psychiater heeft het recht om patiënten te weigeren. Dit belet betrokkenejn) echter niet om medische hulp en begeleiding te zoeken bij een andere arts/psychiater, desnoods in aanwezigheid van een tolk die het Indonesisch machtig is. In PC Bethanië zijn er bijvoorbeeld nog verschillende andere psychiaters werkzaam, naast Dr. L. J. <http://www.pzbethanlenhuig.b<Emm2/Vcrwiizen^Artsen-per-zoraDfooramna.htrol>) Of betrokkene werkelijk lijdt aan paranoïde schizofrenie is uit het voorliggende medische dossier niet duidelijk, vermits enkel het Indonesische attest deze diagnose vermeldt, die dan door de huisarts hier in zijn SMG en medische attest overgenomen wordt. In België wordt deze diagnose in de andere voorgelegde medische attesten niet gesteld of vermeld. Er is enkel sprake van autisme/autismespectrumstoornis, de gekende aangeboren (ernstige) mentale handicap van betrokkene, waarbij het ook niet duidelijk is wanneer deze diagnose gesteld werd of wie deze diagnose gesteld heeft. Van 21/03-27/04/2012 wordt betrokkene gedwongen opgenomen in PC Bethanië. Twee dagen vooraleer de 40 dagen gedwongen opname verlopen waren werd deze opname stopgezet Betrokkene is dan bereid om als vrije patiënt te blijven tot 08/05/2012. Dit staat in schril contrast met de attestering dat 'de psychiater weigert om betrokkene te behandelen.' Bovendien, hoe kan betrokkene, die bestempeld wordt als iemand waarbij het moeilijk tot onmogelijk is om contact mee te leggen en als iemand waarbij een enorme taalbarrière toestaat, zelfs in zijn moedertaal, "bereid zijn (= bewuste bestelling)" tot iets? Uit het voorgelegde medische dossier is niet duidelijk waarom de medicatie, trihexyfenidyl, een antiparkinsonmiddel, dat de bijwerkingen van anti-psychotische medicatie, met name de extrapyramidale verschijnselen zoals tardieve dyskinesieën, tandradfenomeen en verkorte paslengte, remédieert en dat in Indonesië wel voorgeschreven werd,« Balg® stopgezet werd, terwijl de rest van de medicatie quasi ongewijgd bleef. Wanneer de huisarts dan plots een extra anö-psychoticum, Haldol, aan de cocktail toevoegt, na klachten van de zus dat betrokkene agressiever zou geweest zijn en haar zelfs geslagen zou hebben, wordt betrokkene met een beschrijving door de zus van deze extrapyramidale verschijnselen aan de spoedgevallertarts even op de spoedgevalendienst {02/12/2017} opgenomen met het advies om de Haldol stop te zetten en een psychiater/gespecialiseerd centrum te consulteren. De spoedarts constateert enkel nog een tandradfenomeen en verkorte paslengte als extrapyramidale symptomen. Of inderdaad daarna een psychiater/gespecialiseerd centrum geconsulteerd werd is niet duidelijk. Hiervan zit momenteel geen verslag in het voorgelegde medische dossier. De zus had echter die dag (op aanraden van de huisarts of op eigen houtje beslist?), volgens haar zeggen (heeroanamnese). de andere medicatie van betrokkene niet gegeven en enkel de halve dosis aan Haldol toegediend (2,5 mg van de voorgeschreven 5mg). Het is dus eigenlijk heel eigenaardig dat betrokkene die extrapyramidale verschijnselen dan zou vertoont hebben, vermits hij die dag zijn Risperdal, Seroquel (enleponex), die allemaal deze verschijnselen kunnen uitlokken, niet gekregen had en hij dus zeker geen te hoge dosis/overdosis aan antipsychotica ingenomen kon hebben. Dit alles vond echter plaats nadat ons aangetekende schrijven met vraag om actualisatie van het medische dossier d.d. 22/11/2017 de zus van betrokkene bereikt had.

Het enige andere incident waarvoor medische hulp ingeroepen werd sinds 2012 was een spoedopname op 11/02/2016» waarbij betrokkene met de ambulance, rond 6u15 's morgens gebeld door de zus, binnengebracht werd met een "blauw oog* rechts (peri-orbitale conitussie) op een onderliggende oogkasbreuk (blow-out orbitafractuur) met bloed in de zeebeenholte (sinus ethmoidalis, schedelbotte boven de neus), Betrokkene gaat vanuit de spoedgevalendienst dan naar een consult op de MKA-afdeling (Mond», Kaak- en Aangezichtschirurgie) bij Dr. D. F. Hiervan zit geen verslag in het voorgelegde medische dossier, Wie of wat deze toch serieuze breuk (blow-out fractuur ontstaat door een hevige klap op het oog) veroorzaakte wordt ook niet vermeld in het voorliggende medische dossier, Als actuele medicatie weerhoud ik:

Risperidon (Risperdal, Risperidone) en quetiapine (Seroquel), twee atypische antipsychotica die consequent vermeld worden doorheen de medische attesten

Trazodon (Trazolan, Trazodone), een antidepressivum, ook gebruikt als atypisch antipsychoticum wordt telkens vermeld als huismedicatie op de spoedgevallenverslagen

Ik weerhoud niet Clozapina (Leponex, Clozapine), ook een atypisch antipsychoticum* omdat het enkel vermeld wordt door de huisarts, in navolging van het Indonesische attest, omdat het niet vermeld wordt als thuismedicatie door de zus van betrokkene tijdens de spoedopnames in 2016 en 2017 en omdat het een hoge toxiciteit heeft en dus niet langdurig toegediend mag/kan worden, gezien er voldoende alternatieven zijn [http://bcfi.be/nl/chapters/11faq=7963trade family»24364](http://bcfi.be/nl/chapters/11faq=7963trade%20family%2024364)).

Ik weerhoud niet cforazepaat (Tranxene), een atypisch antipsychoticum, omdat het: enkel op een ongedateerd geneesmiddelenvoorschrijf van psychiater L Joos vermeld wordt.

Vermits er tussen 2012 en 2017 in het voorliggende medische dossier geen vermeldingen zijn van bijwerkingen van de antipsychotica, met name extrapyramidale verschijnselen, blijkt trihexyfenidyl een anticholinergicum en antiparkinsonmiddel geen essentiële medicatie te zijn (Parkinson dementie is gekenmerkt door extrapyramidale verschijnselen zoals tandradfenomeen en verkorte paslengte, opgemerkt tijdens het spoedconsult d.d. 02/12/2017 zögezegd enkel ten gevolge van 2,5mg Haldol). Ik ga de beschikbaarheid ervan hier onder na, mocht het nodig zijn om dit te moeten toedienen na een (accidentele) te hoge dosering van de antipsychotische farmaca.

Uit het voorliggende medische dossier is het moeilijk om de graad van niet-zelfredzaamheid van betrokkene in te schatten, vermits die niet geobjectiveerd wordt door gestandaardiseerde vragenlijsten en scores (Activity of Daily Living/ADL-score bijvoorbeeld) en/of door een verslag van observatie hiervan door (psychiatrische) verpleegkundigen tijdens een opname. Er is geen verslag van PC Bethanie aan het medische dossier toegevoegd waaruit blijkt dat betrokkene inderdaad helemaal niet zelfredzaam is en dat de verpleging hem bij alles moest bijstaan. Blijkbaar werd er toen geen socio*roedisch advies gegeven en/of bleek er nadien geen nood te bestaan om betrokkene permanent te institutionaliseren.

In het begeleidende schrijven van de advocaat &d. 08/12/2017 wordt nogmaals benadrukt dat het enkel en alleen de zus, tutu, is die alle zorg en begeleiding van betrokkene op zich neemt, en dit terwijl zij voltijds werkt. Dit wil zeggen dat een mogelijk ernstig mentaal gehandicapte niet-zelfredzame man gedurende een hele werkdag plus reistijden, minstens gedurende 5 dagen op 7, op zichzelf aangewezen zou zijn. Hieruit kan men niet anders dan besluiten dat er toch een zekere zelfredzaamheid aanwezig moet zijn bij betrokkene om een hele dag alleen in kunnen doorbrengen.

Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie te bestaan om te reizen. 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 is1:

Aanvraag Medcoi van 23/01/2018 met het unieke referentienummer BMA10507

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een psycholoog en psychiater in de moedertaal van betrokkene beschikbaar is in Indonesië, evenals 24/7 begeleid wonen en/of institutionalisering indien er effectief nood is aan (medische) mantelzorg in het land van de mentale handicap van betrokkene.

Risperidon en quetiapine zijn beschikbaar. Trazodone kan vervangen worden door zijn therapeutisch equivalent aripiprazole of olanzapine, die beschikbaar zijn in Indonesië.

Trishexyphentidyl is, zoals ook blijkt uit het Indonesische medische attest, beschikbaar.

Toegankelijkheid van de zomen in van de opvolging in het land van herkomst;

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden 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 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.

De gezondheidszorg in Indonesië bestaat uit een publiek en een privaat luik en is op de gebruikelijke drie niveaus georganiseerd. Eerstelijnsgezondheidszorg wordt voorzien in de 9754 gezondheidscentra. Via doorverwijzing kan men terecht in de 1593 publieke en 895 private ziekenhuizen. Voor meer gespecialiseerde zorg kan men terecht in de 252 gespecialiseerde publieke ziekenhuizen en de 287 gespecialiseerde private ziekenhuizen.

De overheid heeft een verplichte ziekteverzekering. De bijdragen voor deze verzekering worden individueel, door de werkgever of bij armen door de overheid betaald. Een uitgebreid pakket van zorgen is verzekerd in de voorzieningen (zowel publiek als privé) die gecontracteerd zijn bij het National Social Security Agency.

Onderzoek, behandeling, consultatie en medicatie zijn verzekerd zowel op primair niveau als hoger, maar doorverwijzing is wel essentieel.

Indonesië werkt met een Essentie! Drug List. Medicatie op deze lijst wordt betaald door de overheid. Een deel van de medicatie van betrokkene bevindt zich op deze lijst. Voor mensen met schizofrenie is de medicatie, behandeling en hospitalisatie volledig gratis bij de gezondheidsinstellingen die gecontracteerd zijn bij het National Social Security Agency.

Mensen met psychische aandoeningen kunnen terecht voor zorg bij de gezondheidscentra. Via doorverwijzing kunnen zij terecht bij de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of bij een gespecialiseerd psychiatrisch ziekenhuis. Er zijn 51 psychiatrische ziekenhuizen verspreid over het land.

Alhoewel pasung (Indonesische praktijk van het ketenen en het opsluiten van de geesteszieke) officieel verboden is sinds 1977, vond dit in de praktijk nog vaak plaats. Om dit gebruik uit te roeien heeft de Indonesische overheid in 2014 een programma op provinciaal niveau gelanceerd. 20 van de 34 Indonesische provincies hebben zich ondertussen al pasung-vrij verklaard. Het programma loopt nog tot 2019.⁶

De advocaat haalt in een aanvulling volgend document aan:

'Human Rights Watch, Living with Hate. Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia, maart 2016.'

Dit document geeft de algemene situatie weer. Betrokkene haalt geen bewijzen aan dat deze algemene situatie op zijn persoonlijke situatie betrekking heeft. Men kan dus concluderen dat deze aangehaalde elementen niet van toepassing zijn op de persoonlijke situatie van betrokkene.

De zus van betrokkene kan vanuit België financiële ondersteuning bieden.

Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken,

Conclusie

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de aangeboren mentale retardatie in het kader van een autismespectrumstoornis en een mogelijke paranoïde schizofrenie, toewijst dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. S. indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling, ambulant en residentieel, beschikbaar en toegankelijk zijn in Indonesië. Derhalve is er vanuit medisch

standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf met name Indonesië.”

2.2.2. In de mate verzoeker betoogt dat de eerste bestreden beslissing niet toetst aan artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet, doch enkel aan artikel 3 van het EVRM en de oude kwalificatierichtlijn, blijkt uit de lezing van de bestreden beslissing dat nadat artikel 9^{ter} werd aangehaald, wordt besloten dat verzoeker (1) niet lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit en (2) niet blijkt dat hij lijdt aan een reëel aan 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. Het feit dat vervolgens in het besluit wordt verwezen naar het EVRM en naar de Europese richtlijn 2004/83/EG, toont niet aan dat de beoordeling van de aanvraag *in casu* niet conform de criteria van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet zou zijn verlopen.

Verder wijst verzoeker erop dat hij aan autisme lijdt en daarom zelfs in zijn moedertaal niet kan communiceren. Hij verwijst naar een medisch advies van 26 juni 2012 waaruit blijkt dat mantelzorg absoluut noodzakelijk is en dat de zelfredzaamheid van hem onbestaande is. De arts-adviseur lijkt dit in vraag te stellen en stelt dat de nood aan mantelzorg enkel in het Indonesische attest wordt vermeld en zonder meer wordt overgenomen door de huisarts in het standaard medisch getuigschrift. Verzoeker betwist dit en wijst erop dat er in het eerste medische advies van 10 oktober 2012 werd vastgesteld dat er sprake is van paranoïde schizofrenie. Ook op 30 november 2017 werd verzoeker opnieuw gediagnosticeerd met paranoïde schizofrenie.

Verzoeker verwijst naar het advies 65 van 9 mei 2016 betreffende de problematiek van vreemdelingen met ernstige medische, inclusief psychiatrische problemen van het Belgisch raadgevend comité voor bio-ethiek en stelt dat de artsen van de Dienst Vreemdelingenzaken een diagnose stellen wanneer ze een ziekte van een vreemdeling beoordelen. Zij zijn niet bevoegd, zonder de patiënt/verzoeker te zien en te onderzoeken, de diagnoses van de arts van verzoeker te wijzigen, noch te oordelen welke medicatie noodzakelijk is en welke niet. Verzoeker wijst ook op het arrest van het grondwettelijk Hof van 28 juni 2012 met nummer 82/2012 waarin werd bevestigd dat de arts-adviseur van de dienst Vreemdelingenzaken onder de code van de geneeskundige plichtenleer valt.

2.2.3. De arts-adviseur uit twijfels met betrekking tot de ernst van de aandoening en de nood aan sommige behandelingen. Hij besluit in het advies niettemin dat verzoeker lijdt aan mentale retardatie in het kader van de autismspectrumstoornis en mogelijke paranoïde schizofrenie, en dat dit kan worden beschouwd als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt of op een onmenselijke of vernederende behandeling. Finaal blijkt aldus dat de arts-adviseur de diagnose van de behandelende arts niet daadwerkelijk betwist.

Met betrekking tot de beschikbaarheid van de medicatie, besluit de arts-adviseur dat de medicatie Risperidon (Risperdal, Risperidone) en Quetiapine (Seroquel), alsook Trazodon (Trazolan, Trazodone) kan worden weerhouden. Het middel Clozapine (Leponex, Clozapine) wordt niet weerhouden omdat het enkel wordt vermeld door de huisarts in navolging van het Indonesische attest en het niet wordt vermeld als thuismedicatie door de zus van verzoeker tijdens de spoedopnames en omdat het omwille van de hoge toxiciteit niet langdurig mag worden toegediend en er daarenboven voldoende alternatieven mogelijk zijn. Ook het middel Clorazepaat (Tranxene) wordt niet weerhouden.

Wat betreft de zelfredzaamheid van verzoeker oordeelt de arts-adviseur dat deze niet geobjectiveerd wordt door gestandaardiseerde vragenlijsten en scores of door een observatieverslag tijdens een opname in het centrum PC Bethanië. Ook uit de rapporten van de instelling blijkt niet dat verzoeker niet zelfredzaam is of dat de verpleging hem permanent moest bijstaan. Er werd geen sociaal medisch advies gegeven en er bleek geen nood om verzoeker permanent te institutionaliseren. De arts-adviseur wijst er ook op dat in het schrijven van verzoekers advocaat van 8 december 2017 het enkel zijn zus is die voor alle zorg en begeleiding instaat, dit terwijl zij voltijds werkt. Dit impliceert dat verzoeker als ernstig gehandicapte, een niet zelfredzame man, gedurende een hele werkdag plus reistijden op zichzelf aangewezen zou zijn. De arts-adviseur besluit hieruit dat toch een zekere zelfredzaamheid aanwezig moet zijn opdat hij een hele dag alleen zou kunnen doorbrengen.

Verder constateert de arts-adviseur op basis van informatie in het administratief dossier dat de opvolging en behandeling bij een psycholoog en psychiater in de moedertaal een verzoeker beschikbaar

is in Indonesië, evenals begeleid wonen of institutionalisering indien er nood is aan medische mantelzorg in het kader van de mentale handicap.

Risperidon Enquetiazine zijn beschikbaar en Trazodone kan vervangen worden door de therapeutische equivalent Ariprazole of Olanzapine. Ook Trihexyphenidyl is beschikbaar. De arts-adviseur besluit dan ook dat deze medische problematiek een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit indien dit niet adequaat wordt opgevolgd. Hij besluit wel dat er *in casu* geen sprake is van een dergelijk risico aangezien opvolging en behandeling, zowel ambulant als residentieel, beschikbaar en toegankelijk zijn in Indonesië.

2.2.4. Verzoeker voert aan dat hij het risico loopt om in Indonesië levenslang te worden opgesloten en in omstandigheden waarin zijn psychische aandoening waarschijnlijk zal verergeren. Hij betoogt dat de levenslange detentie in Indonesië aanleiding kan geven tot een risico op schending van artikel 3 van het EVRM. Hij verwijst daarbij onder meer naar het arrest van het EHRM *Aswad t. het Verenigd Koninkrijk*, van 16 april 2013 en het arrest *Paposhvili t. België* van 16 december 2016. Hij wijst erop dat geen specifieke instelling werd aangeduid waar verzoeker terecht kon, noch dat er afspraken werden gemaakt met een dergelijke instelling. Hij wijst erop dat hij geen netwerk heeft, volledig onzelfredzaam is en niet kan communiceren.

Verzoeker voert ook aan dat hij het risico loopt blootgesteld te worden aan de praktijk van *pasung* – het vastketenen van psychiatrische patiënten. Hij verwijst naar het rapport van *Human Rights Watch* van 2012 *‘Living in Hell: Abuses against people with Psychosocial disabilities’*. Hij citeert daaruit dat 20 van de 34 provincies in Indonesië een *pasung*-vrij initiatief hebben, maar dat de praktijk nog vaak voorkomt en dat hier bij gebrek aan middelen op teruggevallen wordt. Daarnaast wordt in het rapport ook melding gemaakt van onmenselijke omstandigheden in de geestelijke gezondheidszorg, risico's op seksueel geweld, detentie en foltering en dat sociaal stigma en onwettendheid dit kunnen verergeren. Uit de data van het ministerie van volksgezondheid blijkt dat 90% van de psychiatrische patiënten geen toegang krijgt tot adequate geesteszorg. Voor 250 miljoen inwoners beschikt het land over 48 psychiatrische hospitalen, waarvan de helft gevestigd is in vier van de vierendertig Indonesische provincies. Er zijn in Indonesië ongeveer 600 à 800 psychiaters, wat neerkomt op één psychiater per 300.000 à 400.000 inwoners. Daarnaast is er in de instellingen vaak sprake van misbruiken ten aanzien van patiënten. Het is relatief gemakkelijk om iemand onvrijwillig op te laten nemen in een instelling. Psychiatrische patiënten worden vaak aan hun lot overgelaten in dergelijke instellingen waar ze jarenlang opgesloten worden.

Ook is er vaak sprake van overbevolking en slechte sanitaire condities. In traditionele of religieuze centra is persoonlijke hygiëne een ernstig probleem en hebben vastgeketende personen geen toegang tot een toilet. Patiënten zitten soms vastgeketend tussen hun uitwerpselen en urine ofwel in overbevolkte cellen waar ze hun behoefte moeten doen in een open goot midden in de cel. In 13 van de 16 instellingen die werden bezocht werden psychiatrische patiënten routineus gedwongen om medicatie in te nemen en gedwongen traditionele "*behandelingen*" te volgen. Er blijkt ook sprake te zijn van gedwongen elektroshoktherapie waarbij in sommige hospitalen deze ook toegediend wordt zonder verdoving of begeleidende maatregelen. Opsluiting in afzondering blijkt ook een routinepraktijk te zijn en in alle bezochte instellingen bleek deze praktijk routinematig te worden toegepast als straf of disciplinaire maatregel. Ook de nieuwe wetgeving uit 2014 voorziet dat personen met een psychische aandoening niet het recht hebben om eigen beslissingen te nemen, ook niet met betrekking tot hun medische situatie. Daarnaast was er sprake van toedienen van "*magische*" drankjes, het behandelen door middel van religieuze gezangen en het gedwongen toedienen van medicatie of voedsel waardoor medicatie werd gemengd. Het HRW-verslag wijst er ook op dat volgens de speciale gezant van de Verenigde Naties, Manfred Nowak, een onvrijwillige medische behandeling of psychiatrische interventie in een verzorgingsinstellingen kan worden beschouwd als foltering of vernederende behandeling. Een behandeling zonder de instemming van de patiënt is toelaatbaar wanneer de persoon niet in de mogelijkheid is om in te stemmen met een bepaalde behandeling en zijn leven in gevaar is indien hij niet onmiddellijk wordt behandeld. *Human Rights Watch* stelt echter vast dat psychiatrische patiënten het voorwerp waren van gedwongen behandelingen zonder dat sprake was van een levensbedreigende situatie. Het toedienen van elektroshoktherapie in Indonesië wordt als laatste middel toegepast ten aanzien van patiënten die niet reageren op medicatie en die zelfmoordneigingen hebben en ernstige depressies. Het toedienen van elektroshokken zonder begeleidende maatregelen wordt door de speciale gezant van de Verenigde Naties, Manfred Nowak, beschouwd als een onaanvaardbare medische praktijk die kan worden beschouwd als een mensonterende behandeling of foltering.

Human Rights Watch rapporteert ook dat in alle bezochte hospitalen sprake was van fysieke dwangmaatregelen om patiënten tijdens een crisis te kalmeren, ook kinderen. Hiertoe behoren het vastbinden, dwangbuizen of het bedwingen met een kussen. Dergelijke fysieke dwang kan plaatsvinden over tijdspannes van tien minuten tot een week. Ook hier noteert *Human Rights Watch* dat volgens de speciale gezant van de Verenigde Naties er geen therapeutische rechtvaardiging kan zijn van het langer dan nodig uitoefenen van fysieke dwang en ook dit kan beschouwd worden als een mensonterende behandeling of foltering.

2.2.5. Ondanks de twijfels die de arts-adviseur formuleert met betrekking tot (het gebrek aan) zelfredzaamheid van verzoeker en de ernst van zijn aandoening, gaat hij niet over tot een persoonlijk onderzoek van verzoeker en sluit hij zich op algemene wijze aan bij de diagnose in de voorgelegde medische attesten, met name de autismespectrumstoornis en de paranoïde schizofrenie. Uit de door verzoeker neergelegde medische attesten blijkt verder ook dat verzoeker wel degelijk verschillende crisissen doormaakte en, minstens, tijdens dergelijke crisismomenten zich in een situatie van volstrekte hulpeloosheid bevindt.

Uit de stukken van het administratief dossier blijkt ook dat verzoeker in 2012 gedurende een maand gedwongen werd opgenomen in het psychiatrisch centrum Bethanië. Verzoeker is vervolgens nog een kleine twee weken gebleven als vrije patiënt. De arts-adviseur werpt hierbij twijfels op met betrekking tot de gang van zaken, doch er kan niet uit worden afgeleid tot welke medische conclusie hij dan wel komt met betrekking tot de aandoening van verzoeker. De arts-adviseur beperkt zich tot het opwerpen van twijfels en het suggereren dat de beide aandoeningen van verzoeker - autismespectrumstoornis en psychiatrische schizofrenie - niet afdoende zijn aangetoond. Dit doet geen afbreuk aan de vaststelling dat in het standaard medisch getuigschrift de behandelende geneesheer wel degelijk melding heeft gemaakt van deze aandoeningen en van de behandeling die verzoeker daar actueel voor volgt. In de huidige stand van de zaak kan de Raad enkel vaststellen dat de arts-adviseur het niet nuttig acht om verzoeker persoonlijk te onderzoeken ten einde tot een eigen diagnose te komen en zich beperkt tot het maken van kantbemerkingen en het opwerpen van twijfels over de diagnoses van de behandelende artsen. Daarmee maakt hij echter niet duidelijk of hij de aandoeningen van verzoeker betwist dan wel bevestigt. Tenslotte besluit ook de arts-adviseur dat verzoeker inderdaad lijdt aan een autismespectrumstoornis en "*mogelijk*" aan paranoïde schizofrenie. Hoewel inderdaad uit het medisch advies blijkt dat de arts-adviseur vraagtekens heeft geplaatst bij de vermelding in het eerste standaard medisch getuigschrift, blijkt anderzijds ook dat de paranoïde schizofrenie niet wordt uitgesloten door de arts-adviseur.

2.2.6. Met betrekking tot de nood aan mantelzorg attesteert het standaard medisch getuigschrift van 26 juni 2012 dat verzoekers zelfredzaamheid "*onbestaande*" is. De arts-adviseur stelt echter vast dat het medische dossier geen gestandaardiseerde vragenlijst en scores bevat, noch dat er een observatieverslag werd opgesteld door psychiatrische verpleegkundigen tijdens een opname. De Raad merkt echter op dat de verzoeker ter ondersteuning van zijn aanvraag drie standaard medische getuigschriften heeft ingediend (van 26 juni 2012, van 25 maart 2012 en van 10 oktober 2012) naast opnameattesten in het psychiatrisch centrum en een attest van een Indonesisch arts.

In het standaard medisch getuigschrift van 26 juni 2012 werd gesteld dat de zelfredzaamheid onbestaande is. Met het indienen van deze stukken heeft verzoeker de stavingsstukken ingediend die worden vereist door artikel 9ter, §1, van de vreemdelingenwet. De arts-adviseur beschikt, indien hij van oordeel is dat hij over onvoldoende elementen beschikt om de aanvraag te beoordelen, over de mogelijkheid om verzoeker persoonlijk te onderzoeken of het advies van deskundigen in te winnen (artikel 9ter, §1, laatste lid) of om bijkomende inlichtingen aan de verzoeker te vragen (artikel 9quater, §4). In de huidige zaak blijkt de arts-adviseur evenwel aan de verzoeker te verwijten dat geen gestandaardiseerde vragenlijsten en scores met betrekking tot de graad van zelfredzaamheid, noch een observatieverslag werden opgesteld. Daarmee verlangt de arts-adviseur in wezen dat de graad van zelfredzaamheid wordt vastgesteld aan de hand van bijkomend medisch onderzoek.

De Raad acht het kennelijk onredelijk om op basis van het ontbreken van een dergelijk onderzoek bij weeromstuit te concluderen dat er geen behoefte tot mantelzorg is, daar waar verzoeker wel degelijk conform de vereisten van artikel 9ter, §1, een standaard medisch getuigschrift heeft ingediend waarin een geneesheer uitdrukkelijk heeft verklaard dat de zelfredzaamheid "*onbestaande*" is, en dit zonder de verzoeker op enig ogenblik de gelegenheid te bieden dergelijke bijkomende inlichtingen te verschaffen. Zoals hoger immers reeds meermaals werd aangestipt, weerlegt de arts-adviseur de psychische aandoeningen van verzoeker als dusdanig niet. Het kan als algemeen geweten worden beschouwd dat

de geestelijke aandoeningen waaraan verzoeker lijdt, zowel de autismespectrumstoornis als de paranoïde schizofrenie een negatieve impact kunnen hebben op de autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt. Het zonder meer ontkennen van de nood aan mantelzorg louter omdat men meent dat aanvullende gegevens ontbreken, zonder dat er om het overmaken van die aanvullende gegevens werd verzocht, terwijl de behandelend geneesheer uitdrukkelijk attesteert dat er nood is aan dergelijke mantelzorg, getuigt van een onzorgvuldig onderzoek.

Waar de arts-adviseur vervolgens afleidt uit het feit dat verzoekers zus overdag afwezig is omdat zij voltijds werkt, dat er toch een zekere zelfredzaamheid aanwezig moet zijn, volstaat dit gegeven niet om vast te stellen dat verzoeker probleemloos autonoom kan leven. Vooreerst gaat ook hier de arts-adviseur uit van algemene veronderstellingen, zonder dat deze zouden steunen op enige informatie met betrekking tot de wijze waarop verzoekers zus haar noodzakelijke afwezigheid (om te werken) organiseert. Het feit dat zijn zus overdag gaat werken, sluit ook geenszins uit dat ze daarnaast ook de mantelzorg opneemt voor verzoeker en voorziet in zijn basisbehoeften. Het gegeven dat verzoekers zus uit werken gaat, wijst er hoogstens op dat verzoeker in staat is tijdens werkdagen alleen thuis te blijven, doch bevat geen enkele indicatie met betrekking tot de vraag of verzoeker in staat is om te voorzien in zijn primaire levensbehoeften.

Verzoeker verwees in zijn aanvraag om machtiging tot verblijf ook naar het hoger aangehaalde rapport van *Human Rights Watch* met betrekking tot de psychiatrische zorg in Indonesië. Er kan niet worden ontkend dat de door verzoeker aangehaalde passages aantonen dat de psychische zorg in Indonesië ernstige tekortkomingen vertoont en dat bepaalde praktijken en de toestand in sommige instellingen voor geesteszieken een mensonterende of vernederende behandeling kan vormen in de zin van artikel 3 van het EVRM, wat ook werd bevestigd door de speciaal gezant van de Verenigde Naties, Manfred Nowak.

In dit verband wees verzoeker ook op zijn kwetsbare toestand, en op het feit dat hij in het verleden reeds in een psychiatrische instelling in Indonesië het slachtoffer was van verkrachting. Verzoeker, die ook aanvoert geen verdere familie meer te hebben die voor hem kan zorgen in Indonesië, maakt aannemelijk dat hij een kwetsbaar profiel heeft dat hem mogelijk blootstelt aan opsluiting, mishandelingen of een mensonterende behandeling in Indonesië.

Waar de arts-adviseur zich ertoe beperkt te stellen dat het rapport van *Human Rights Watch* slechts de algemene situatie weergeeft en verzoeker niet bewijst dat deze situatie betrekking heeft op zijn persoonlijke situatie, laat hij na de aanvraag zorgvuldig te onderzoeken. 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. De verwerende partij moet een zo nauwkeurig mogelijk onderzoek voeren van de gegevens die wijzen op een reëel risico van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling (EHRM 21 januari 2011, *M.S.S./België en Griekenland*, § 293 en 388).

De verwerende partij kon *in casu* niet onwetend zijn van de ernstige problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd in de instellingen voor psychische zorg in Indonesië. Het rapport van *Human Rights Watch* werd haar door de verzoekende partij overgemaakt en kan worden beschouwd als een gezaghebbende bron. De verwerende partij kon zich er niet van afdoen door te stellen dat dit rapport slechts de algemene situatie weergeeft. Het rapport van *Human Rights Watch* bevat representatieve informatie met betrekking tot de behandeling van psychiatrische patiënten in Indonesië. De erin geschetste mensonterende situaties blijken in vele gevallen routineus voor te komen en wijzen wel degelijk op systematische tekortkomingen en lacunes met betrekking tot de behandeling van psychiatrische patiënten in Indonesië. Daarenboven erkent de arts-adviseur in zijn advies zelf dat dit de algemene situatie in Indonesië betreft, hetgeen hem des te meer had moeten aanzetten tot het voeren van een nauwkeurig en zorgvuldig onderzoek met betrekking tot de toegang van een adequate behandeling in Indonesië. Het advies beperkt zich er *in casu* toe vast te stellen dat psychiatrische zorg aanwezig is en dat patiënten voor zorg terecht kunnen bij de gezondheidscentra en doorgewezen kunnen worden naar de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of bij een gespecialiseerd ziekenhuis. Er wordt echter geen enkel onderzoek gevoerd naar de door verzoeker uitvoerig gedocumenteerde schrijnende en mensonterende situaties in deze centra en instellingen.

2.2.7. In de nota met opmerkingen wordt uitvoerig gerepliceerd met betrekking tot de gevoerde diagnose en de aanwezigheid van psychiatrische ziekenhuizen. Dit doet evenwel geen afbreuk aan de vaststelling dat er sprake is van ernstige lacunes met betrekking tot de geesteszorg in Indonesië, die kunnen aanleiding geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM. Ook waar zij repliceert met betrekking tot artikel 3 van het EVRM, herhaalt de verwerende partij enkel dat opvolgings- en behandelingsmogelijkheden in Indonesië bestaan. Hiermee biedt zij evenwel geen enkel antwoord op de lacunes en systematische tekortkomingen die de verzoekende partij aantoonde aan de hand van het rapport van *Human Rights Watch*. De verwerende partij slaagt er dan ook niet in de hoger staande vaststellingen te weerleggen.

2.2.8. Verzoeker maakt een schending aannemelijk van het zorgvuldigheidsbeginsel *iuncto* artikel 3 van het EVRM en van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

De middelen zijn in de aangegeven mate gegrond.

2.3. Uit de feitelijke gegevens van de zaak blijkt dat de tweede bestreden beslissing, het bevel om het grondgebied te verlaten, slechts werd genomen nadat de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris tot het besluit is gekomen dat het aangehaalde medische probleem niet kan worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. De beslissing tot de afgifte van het bevel om het grondgebied te verlaten is aldus duidelijk genomen in uitvoering van de eerste bestreden beslissing.

Gelet op het gegrond bevinden van de middelen met betrekking tot de eerste bestreden beslissing, moet in de huidige stand van het geding worden uitgegaan van de veronderstelling dat het aangevoerde medische probleem mogelijk kan weerhouden worden in de zin van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, zodat in die omstandigheden de gemachtigde niet zou hebben besloten tot de afgifte van het bevel om het grondgebied te verlaten. Het bestreden bevel om het grondgebied te verlaten dient dan ook samen met de eerste bestreden beslissing te worden vernietigd.

Voor zover zou worden aangevoerd dat de verwerende partij ter vrijwaring van haar recht van verdediging de gelegenheid moest worden geboden haar standpunt over het lot van het bevel om het grondgebied te verlaten in te nemen, blijkt uit de lezing van het verzoekschrift duidelijk dat de verzoekende partij door zowel de beslissing tot weigering van verblijf aan te vechten, als het hierop gesteunde bevel om het grondgebied te verlaten het lot van beide soort beslissingen met elkaar verbonden heeft. De verwerende partij heeft, hoewel zij daarvan op de hoogte was, de samenhang tussen beide beslissingen in haar nota niet betwist. Zij heeft aldus wel degelijk de gelegenheid gehad de samenhang tussen beide beslissingen te betwisten en haar standpunt te geven omtrent de gevolgen van een vernietiging van de eerste bestreden beslissing op het bevel om het grondgebied te verlaten.

3. Korte debatten

De verzoekende partij 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 26 juli 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en de beslissing van diezelfde gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 26 juli 2018 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negen januari tweeduizend negentien door:

dhr. C. VERHAERT,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

C. VERHAERT