



Arrest

nr. 224 080 van 17 juli 2019
in de zaak RvV X

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat B. VRIJENS
Kortrijksesteenweg 641
9000 GENT

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Togolese nationaliteit te zijn, op 20 maart 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 17 januari 2019, waarbij het bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister, voordien toegestaan 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, niet langer mag worden verlengd, en van de beslissing van diezelfde gemachtigde van 17 januari 2019 houdende een bevel om het grondgebied te verlaten.

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

Gezien de beschikking houdende de vaststelling van het rolrecht van 25 maart 2019 met refertenummer X

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 24 april 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 16 mei 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken I. VAN DEN BOSSCHE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KIWAKANA, die *loco* advocaat B. VRIJENS verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat C. DECORDIER, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1 Op 10 november 2015 dient de verzoekende partij 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). Op 5

april 2016 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard. Op 13 maart 2017 wordt de verzoekende partij gemachtigd tot een verblijf van één jaar vanaf de afgifte van de documenten. Zij wordt in het bezit gesteld van een A-kaart, zijnde een bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister (hierna: BIVR), geldig tot 22 maart 2018.

1.2 Op 20 maart 2018 dient de verzoekende partij een aanvraag tot verlenging van haar BIVR in. Op 6 april 2018 wordt beslist dat geen gunstig gevolg aan deze aanvraag kan worden gegeven en dat het BIVR niet langer mag worden verlengd. Tevens wordt ten aanzien van de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) genomen. Op 29 november 2018, bij arrest nr. 213 167, vernietigt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) deze beide beslissingen.

1.3 Op 17 januari 2019 neemt de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) opnieuw een beslissing waarbij het BIVR, voordien toegestaan op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, niet langer mag worden verlengd. Dit is de eerste bestreden beslissing, die op 1 maart 2019 aan de verzoekende partij ter kennis werd gebracht en die luidt als volgt:

“(…) A(…), A(…) K(…) (R.R.: …)
nationaliteit: Togo
geboren te (…) op (…)
adres: (…)

Onder verwijzing naar de aanvraag die op datum van 20/03/2018 bij onze diensten werd ingediend tot verlenging van de machtiging tot voorlopig verblijf, voordien toegestaan 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, ingesteld door artikel 5 van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980, en in toepassing van artikel 13 van de wet van 15 december 1980, gewijzigd door artikel 12 van de wet van 15 september 2006, deel ik u mee dat, overeenkomstig artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007 (B.S. 31/05/2007) en art. 13 §3,2° van de wet van 15 december 1980, aan dit verzoek tot verblijfsverlenging geen gunstig gevolg kan worden gegeven.

Overwegende dat een aanvraag tot verblijfsmachtiging bij onze diensten werd ingediend op basis van genoemd artikel 9ter op 10/11/2015. Dat dit verzoek door onze diensten op 13/03/2017 gegrond werd verklaard waarna men in het bezit werd gesteld van een bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister, dit BIVR mag niet langer verlengd worden.

Reden :

Overwegende dat na onderzoek door onze arts-adviseur (zie gesloten omslag, verslag dd. 10/01/2019), hij concludeerde dat de medische elementen die aangehaald werden door betrokkene niet weerhouden kunnen worden.

Overwegende dat evenwel de omstandigheden op grond waarvan de machtiging oorspronkelijk werd toegestaan niet langer bestaan, of dat deze zodanig zijn gewijzigd dat de machtiging niet langer nodig is (artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007 (B.S. 31/05/2007) tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980), waarbij werd nagegaan of de verandering van deze omstandigheden een voldoende ingrijpend en niet-voorbijgaand karakter heeft.

Dat derhalve, gezien hoger gemaakte vaststellingen, het niet langer blijkt

- 1) dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of*
- 2) 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 geen bewijs aanwezig dat een terugkeer naar haar 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).

Het bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister dat werd afgegeven aan betrokkene dient door uw diensten te worden ingehouden en betrokkene dient afgevoerd te worden uit het Vreemdelingenregister wegens verlies verblijfsrecht. (...)

1.4 Op 17 januari 2019 neemt de gemachtigde tevens een beslissing houdende een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Dit is de eerste bestreden beslissing, die op 1 maart 2019 aan de verzoekende partij ter kennis werd gebracht en die luidt als volgt:

"(...) De, mevrouw, die verklaart te heten:

Naam + voornaam: A(...), A(...) K(...)

geboortedatum: (...)

geboorteplaats: (...)

nationaliteit: Togo

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij zij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naartoe 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 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:

Krachtens artikel 13, §3, 2° van de wet van 15 december 1980, betrokkene voldoet niet meer aan de aan zijn verblijf gestelde voorwaarden: de aanvraag die op datum van 20/03/2018 bij onze diensten werd ingediend tot verlenging van de machtiging tot voorlopig verblijf voordien toegestaan in toepassing van artikel 9ter, werd geweigerd op 17/01/2019. (...)"

2. Onderzoek van het beroep

2.1.1 In een eerste middel, gericht tegen de eerste bestreden beslissing, voert de verzoekende partij onder meer een kennelijke beoordelingsfout aan, en de schending van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991), van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het motiveringsbeginsel.

Zij zet in haar verzoekschrift in dit verband het volgende uiteen:

"2.2.1.

Dat de bestreden beslissing motiveert dat er in casu niet kan worden afgeleid dat verzoekster lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of zij 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 van gewoonlijk verblijf.

Dat een dergelijke beslissing genomen werd op basis van het advies van de arts-adviseur dd. 5.04.2018, welke besluit dat de door verzoekster aangebrachte medische problemen geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit en geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Togo.

2.2.2.

Dat de arts-adviseur in zijn advies opnieuw stelt dat m.b.t de beschikbaarheid van de voor verzoekster noodzakelijke medicatie, "efavirenz" in Togo beschikbaar is en dat verzoekster hiervoor geen intolerantie vertoont (p. 2 advies).

Dat verzoekster opmerkt dat verweerder opnieuw zomaar ervan uitgaat dat verzoekster, die reeds gekend is voor multiële intoleranties, voor "abacavir," stavudine of lamivudine" en "efavirenz (EFV)" geen intolerantie vertoont terwijl nergens in een medisch verslag is aangetoond/bewezen dat verzoekster, die deze medicatie nog nooit heeft ingenomen en welke sowieso door de helft van de

patiënten blijkbaar niet wordt verdragen en om deze redenen in het Westen niet meer wordt voorgeschreven, effectief voor “abacavir”/” stavudine of lamivudine” en “efavirenz” tolerant is/geen intolerantie voor “abacavir”,” stavudine of lamivudine” en “efavirenz” zal ontwikkelen.

Verweerder gaat volledig voorbij aan het arrest dd. 29 november 2018 nr. 213 167 waarin de Raad oordeelde “ dat, in het licht van de gegevens dat verzoekster reeds gekend is voor multiële intoleranties en dat de door de arts-adviseur voorgestelde analoge medicatie efavirenz, die verzoekster nooit eerder nam, door de helft van de patiënten blijkbaar niet wordt verdragen waardoor volgens de behandelende gespecialiseerde artsen verzoekster een grote kans heeft om in haar herkomstland niet te kunnen beschikken over een adequate behandeling voor haar HIV-aandoening, niet blijkt dat de arts-adviseur zorgvuldig dan wel redelijk handelde door zonder meer te stellen dat verzoekster geen intolerantie vertoont voor deze medicatie en deze medicatie voor haar dus een adequate behandeling vormt”.

Ook laat de arts-geneesheer in zijn advies opnieuw na toe te lichten waarom hij op 13 maart 2017, bij het gegrond verklaren van verzoeksters aanvraag, van oordeel was dat de analoge medicatie abacavir, lamivudine en of efavirenz in Togo wel in Togo beschikbaar was doch niet geschikt voor verzoekster, terwijl hij dit anno 2018- 2019 plots wel voor verzoekster geschikt acht.

Dat derhalve verweerder, alvorens een beslissing te nemen, waarbij aan verzoekers aanvraag niet langer een gunstig gevolg wordt gegeven, geenszins een grondig onderzoek heeft verricht, waardoor er sprake is van schending van de motiverings- en de zorgvuldigheidsplicht en van een manifeste beoordelingsfout.

2.2.3

Met betrekking tot de beschikbaarheid van de voor verzoekster noodzakelijke medicatie, stelt de artsadviseur dat deze in Togo beschikbaar is. Dat de arts-adviseur de beschikbaarheid van de nodige medische zorgen, opvolging en medicatie voor verzoekster onderzocht heeft door gebruik te maken van informatie verkregen via de niet publieke MedCOI-databank.

Verzoekster merkt op dat de HIV-zorg in Togo via de MedCOI-databank in extenso wordt beschreven, maar van de beperkte beschikbaarheid van de antiretrovirale middelen (slechts voor 60 % van de HIV-patiënten in Togo zijn deze anno 2018 beschikbaar) wordt door de arts-adviseur in zijn advies geen melding gemaakt. (...)

Dat de bestreden beslissing om aan verzoeksters aanvraag niet langer gunstig gevolg te geven dan ook een schending inhoudt van het motiveringsbeginsel en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

2.2.4

Verzoekster opnieuw naar het schrijven van de behandelende gespecialiseerde artsen, Dr. V(...) W(...) en Dr. V(...), dd. 17 mei 2018 (verweerder overgemaakt op 19 juni 2018 en aangehaald in het arrest RvV dd. 29.11.2018), waarin negatief geadviseerd wordt m.b.t. het terugsturen van verzoekster naar Togo en waarin uitdrukkelijk nogmaals bevestigd wordt dat :

- Verzoekster een HIV-patiënte is met multiële intoleranties voor antiretrovirale middelen die actueel stabiel is op Eviplera.
- Eviplera noch de individuele component ervan (Edurant) actueel beschikbaar zijn in Togo
- Terugsturen van verzoekster 40% risico geeft op totale onbeschikbaarheid van beperkte beschikbaarheid van de antiretrovirale middelen met snelle daling van de T4-cellen en te verwachten overlijden binnen de 3 jaar.
- Verzoekster in Togo 60 % kan heeft om antiretrovirale middelen toegediend te krijgen die ze niet verdraagt met pro ad vitam dezelfde uitkomst als hiervoor vernoemd.
- In Togo actueel slechts één antiretroviraal product is dat potentieel werkzaam kan zijn voor verzoekster maar in 50% niet verdragen wordt en dat bij intolerantie of falen van EFV (Stocrin) (als ze toegang zou krijgen tot het product) verzoekster ten dode is opgeschreven.

In dit schrijven wordt verwezen naar de Data WGO waarin gesteld wordt dat de ‘coverage’ voor Togo 46% is en naar de data van ngo ‘Espoir Vivre’ (die HIV-zorg in Togo toedient en die in de MedCOI wordt vermeld en dus betrouwbaar is), waarin gesteld wordt dat anno 2018 de ‘coverage’ is gestegen naar 60%, dat verschillende ARV's (antiretrovirale middelen in Togo) niet beschikbaar zijn, dat sommige

ARV's in Togo wel beschikbaar zijn (maar net voor deze producten is verzoekster intolerant /of werden deze door verzoekster nog niet ingenomen (waardoor niet vaststaat dat zij hiervoor tolerant zou zijn).

Ook met dit schrijven , waarin de hoge risico's op een overlijden binnen de 3 jaar worden opgesomd bij een terugsturen van verzoekster naar Togo, weigerde verweerder rekening te houden.

2.2.5.

Dat de arts-adviseur in zijn advies nog verwijst naar het feit dat verschillende NGO's in Togo werkzaam zijn op het gebied van HIV-patiënten, waaronder "Espoire-Vie Togo".

Dat verzoekster opmerkt dat verweerder verwijst naar deze in Togo effectief werkzaam zijnde NGO's zonder zich bij deze effectief in Togo werkzame NGO's zelf te informeren of de voor verzoekster noodzakelijke medicatie effectief beschikbaar en toegankelijk zijn voor verzoekster.

Dat Dr. V(...) W(...) en Dr. V(...) dd. 17 mei 2018, in tegenstelling met verweerder, via mail wel contact hebben opgenomen met de "Espoire-Vie Togo". Dr. E(...) M(...), uitvoerend directeur van deze NGO, antwoordt in zijn email dd. 11.05.2018 dat de ARV-behandeling van verzoekster in Togo niet bestaat, dat de 'coverage' of 'taux de couverture' van ARV (antiretrovirale middelen) in Togo slechts 60% bedraagt en dat er momenteel in Togo een spanning is wat betreft de bevoorrading van ARV en dat een aantal moleculen gewoonweg zelf niet voorradig zijn.

Dat derhalve verweerder alvorens een (nieuwe) beslissing te nemen aangaande verzoekster geenszins zich voldoende geïnformeerd heeft. Dat de door verweerder aangehaalde informatie m.b.t. de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de voor verzoeksters noodzakelijke medicatie (antiretrovirale middelen) in tegenstrijd is met de informatie rechtstreeks bekomen bij een in Togo werkzame NGO, "Espoire-Vie Togo".

2.2.6. (...)

2.2.7.

Dat verzoekster in haar aanvraag (en de behandelende artsen in de medische getuigschriften en hun schrijven dd. 17.05.2018 (cf. stuk 2)) voldoende hebben aangetoond dat verzoekster in Togo geenszins de nodige medische behandeling, opvolging en medicatie zal kunnen bekomen, hetzij wegens geen financiële toegankelijkheid, hetzij wegens geen of beperkte aanwezigheid, hetzij wegens intolerantie, wat ertoe zal leiden dat er in casu sprake is van een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst. (...)

Dat er in casu dan ook sprake is van een schending van artikel 9ter Vw. (...).

2.1.8.

Dat uit het voorgaande dan ook zonder enige twijfel blijkt dat de bestreden intrekking van de t.a.v. verzoekster vroeger genomen gegrondheidsbeslissing en haar BIVR een schending inhoudt van de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet van 15 december 1980, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 met betrekking tot de motivering van bestuurshandelingen, (...) en van de algemene rechtsbeginselen en de beginselen van behoorlijk bestuur, meer bepaald de motiveringsplicht, het zorgvuldigheidsbeginsel en de kennelijke beoordelingsfout."

2.1.2 In haar nota met opmerkingen antwoordt de verwerende partij hierop het volgende:

"Verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat Efavirenz, zoals aangetoond door de arts-adviseur, het analoog is van rilpivirine en verzoekster hiervoor geen intolerantie aantoon. Zij toont op geen enkele wijze aan intolerant te zijn voor Efavirenz. Zij beperkt zich wat dit betreft tot een louter hypothetische bewering, die niet in concreto wordt gestaafd of onderbouwd door enig begin van bewijs.

Verder blijkt uit het medisch verslag dat Emtricitabine evenmin beschikbaar is in Togo en kan vervangen worden door één van zijn analogen: abacavir, stavudine of lamivudine, die wel beschikbaar zijn in Togo en verzoekster hiervoor geen intolerantie vertoont. Dit wordt evenmin door haar betwist noch aangetoond.

Waar zij thans stelt dat er slechts voor 60% van de HIV-patiënten antiretrovirale medicatie in Togo beschikbaar is, toont zij niet aan van antiretrovirale medicatie in Togo verstoken te blijven.

De documenten MedCOI waarnaar de arts-adviseur verwijst aan het medisch dossier van verzoeker werden toegevoegd, zoals trouwens uitdrukkelijk vermeld in het medisch advies, en waaruit effectief geconcludeerd kan worden dat de nodige medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk is voor verzoekster in het land van herkomst.

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet vereist niet in geval van ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, dat deze behandeling “optimaal” is. De wet vereist dat de behandeling in het land van herkomst of het land waar hij verblijft adequaat is, m.a.w. dat er sprake is van een aangepaste, geschikte en toegankelijke behandeling. De wet vereist evenmin dat deze behandeling gratis zou zijn. De toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling vergt enkel dat de kostprijs hiervan niet dermate hoog is dat deze op geen enkele wijze kan worden verkregen. Het door verzoekster opgeworpen dat slechts 60% van de HIV-patiënten toegang zouden hebben tot de antiretrovirale medicatie is onafdoende om aan te nemen dat de behandeling voor verzoekster niet adequaat zou zijn, noch dat de eventuele kosten die met de behandeling gepaard gaan dermate zijn, dat niet redelijkerwijze kan gesproken worden van een toegankelijke adequate behandeling. Zoals het advies van de arts-adviseur terecht stelt, moet het gaan om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. En gaat het er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Er dient niet gegarandeerd te worden dat de adequate behandeling even beschikbaar is als in België.

Het EHRM oordeelde dat artikel 3 van het EVRM niet het recht waarborgt om op het grondgebied van een Staat te blijven louter om de reden dat die Staat betere medische verzorging kan verstrekken dan het land van herkomst: de omstandigheid dat de uitwijzing de gezondheidstoestand of de levensverwachting van de betrokkene beïnvloedt, volstaat niet om een schending van die bepaling op te leveren. Enkel “in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”, kan een schending van artikel 3 van het Europees Verdrag aan de orde zijn (EHRM, grote kamer, 27 mei 2008, N. t. Verenigd Koninkrijk, § 42).

De Grote Kamer handhaafde dan ook de hoge drempel, die door D. t/ Verenigd Koninkrijk werd gesteld. Het EVRM is volgens het Hof immers essentieel gericht op de bescherming van burgerlijke en politieke rechten. Volgens het Hof kan artikel 3 EVRM niet beschouwd worden als een verplichting voor de verdragspartijen om de ongelijkheden tussen landen op vlak van medische voorzieningen te overbruggen door het voorzien van gratis en onbeperkte gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen. In casu oordeelde het Hof dat uit de beschikbare informatie bleek dat antiretrovirale middelen in principe beschikbaar zijn in Oeganda – al geraakten ze wegens een gebrek aan middelen vaak maar bij de helft van de personen die deze nodig hadden – en zouden ze niet beschikbaar zijn in verzoeksters rurale streek van afkomst en zou ze deze middelen naar eigen zeggen niet kunnen betalen noch zou zij op de steun en zorg van de in Oeganda aanwezige familieleden kunnen rekenen. Op het moment van de behandeling van de zaak was haar gezondheidstoestand niet kritiek, de snelheid van haar achteruitgang was volgens het Hof onderhevig aan een bepaalde graad van speculatie. De Grote Kamer kwam tot de conclusie dat er geen sprake was van de zeer uitzonderlijke omstandigheden zoals in voornoemd arrest D. t/ het Verenigd Koninkrijk en besloot dat haar uitzetting niet in strijd zou zijn met artikel 3 van het EVRM.

Het Hof heeft bijgevolg een zeer bewuste keuze gemaakt om in Grote Kamer de hoge drempel zoals gehanteerd sinds voornoemd arrest D. t/ het Verenigd Koninkrijk te behouden. In D. t/ het Verenigd Koninkrijk waren de zeer uitzonderlijke omstandigheden volgens het Hof: “only in a very exceptional case, where the humanitarian grounds against the removal are compelling. In the D. case the very exceptional circumstances were that the applicant was critically ill and appeared to be close to death, could not be guaranteed any nursing or medical care in his country of origin and had no family there willing or able to care for him or provide him with even a basic level of food, shelter or social support.” Recent heeft het EHRM de principes die in de zaak N. tegen het Verenigd Koninkrijk worden gehanteerd bevestigd en verijnd dat onder “andere uitzonderlijke gevallen” wordt begrepen de situaties, zonder dat er sprake is van onmiddellijk en nakend levensgevaar, waarbij er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland.

Slechts in dergelijk geval weerhield de Grote Kamer van het Hof een schending van artikel 3 van het EVRM en werd aldus de hoge drempel van artikel 3 van het EVRM in het geval van ernstig zieke vreemdelingen bevestigd (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10 inzake Paposhvili tegen België).

Verzoekster maakt niet in concreto aannemelijk dat zij zich in een van de hierboven genoemde situaties bevindt.

De verwerende partij wenst verder de aandacht te vestigen op her arrest van het EHRM van 20 december 2011 'YOH-EKALE MWANJE t/België' (nr. 10486/10), waarbij het Hof opnieuw voornoemde 'hoge drempel' bevestigde. Deze zaak handelde over een seropositieve vrouw, waarbij de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen in Kameroen dienden te worden beoordeeld. Het Hof stelde dat uit het dossier kon worden afgeleid dat de voor verzoekster nodige medicamenten in Kameroen beschikbaar zijn, doch dat hun toegankelijkheid slechts bepaald werd op 1.89% van de patiënten die ze nodig hebben. Desalniettemin, op basis van deze vaststellingen, concludeerde het Hof dat dergelijke omstandigheden niet volstaan om tot een schending van artikel 3 EVRM te besluiten. Het Hof stelde verder dat verzoekster niet in een kritische situatie verkeert en in staat is om te reizen.

Een schending van artikel 3 EVRM wordt niet aangetoond.

Het eerste middel is niet ernstig."

2.1.3 De Raad wijst erop dat de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 – net als artikel 62 van de vreemdelingenwet – de administratieve overheid verplichten in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dit op 'afdoende' wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze 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 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, opdat hij met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 9 september 2015, nr. 232.140).

De Raad stelt vast dat de motieven van de eerste bestreden beslissing op eenvoudige wijze in die beslissing kunnen worden gelezen, zodat de verzoekende partij niet kan voorhouden dat de juridische en feitelijke overwegingen die aan de bestreden beslissing ten grondslag liggen, niet in deze beslissing zouden zijn opgenomen. In deze mate maakt zij een schending van de formele motiveringsplicht zoals vervat in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de vreemdelingenwet niet aannemelijk. De verzoekende partij voert echter aan dat met betrekking tot een aantal relevante elementen niet of niet afdoende werd gemotiveerd.

Met haar verwijzing naar de motiveringsplicht in combinatie met een kennelijke beoordelingsfout voert de verzoekende partij tevens de schending aan van de materiële motiveringsplicht. Deze houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 5 december 2011, nr. 216.669; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 14 juli 2008, nr. 185.388). De materiële motivering vereist met andere woorden dat voor elke administratieve beslissing rechtens aanvaardbare motieven met een voldoende feitelijke grondslag moeten bestaan.

Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen (RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Het zorgvuldigheidsbeginsel ten slotte legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat

de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

De voorgehouden schending van de formele en materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van de bepalingen waarop de bestreden beslissing steunt, met name artikel 9 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: het koninklijk besluit van 17 mei 2007) en artikel 13, § 3, 2° van de vreemdelingenwet.

Het voormelde artikel 9 luidt als volgt:

“De vreemdeling die gemachtigd werd tot beperkt verblijf op grond van artikel 9ter van de wet, wordt geacht niet meer te voldoen aan de aan zijn verblijf gestelde voorwaarden in de zin van artikel 13, § 3, 2°, van de wet, indien de omstandigheden op grond waarvan de machtiging werd verleend, niet langer bestaan, of zodanig zijn gewijzigd dat deze machtiging niet langer nodig is. Er dient hierbij te worden nagegaan of de verandering van deze omstandigheden een voldoende ingrijpend en niet-voorbijgaand karakter hebben.”

Het voormelde artikel 13, § 3, 2° luidt als volgt:

“De minister of zijn gemachtigde kan in één van de volgende gevallen een bevel om het grondgebied te verlaten afgeven aan de vreemdeling die gemachtigd werd om voor een beperkte tijd in het Rijk te verblijven ingevolge deze wet of ingevolge de bijzondere omstandigheden eigen aan de betrokkene of ingevolge de aard of de duur van zijn activiteiten in België :
2° indien hij niet meer voldoet aan de aan zijn verblijf gestelde voorwaarden.”

De Raad stelt vast dat de gemachtigde, op basis van artikel 13 van de vreemdelingenwet en artikel 9 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007, is gemachtigd om na te gaan of de verzoekende partij, voor wie medische elementen werden voorgelegd, nog steeds voldoet aan de bijzondere omstandigheden op grond waarvan eerder een tijdelijke verblijfsmachtiging op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet was toegekend. Het komt in dit kader toe aan de gemachtigde om na te gaan of de omstandigheden op grond waarvan de tijdelijke verblijfsmachtiging werd verleend, nog steeds bestaan en of deze dermate ingrijpend zijn gewijzigd dat een machtiging niet langer nodig is.

Het voormelde artikel 9ter, waarvan de verzoekende partij eveneens de schending aanvoert, luidt als volgt:

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

(...)

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

In dit kader moet aldus worden onderzocht of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong. Dit onderzoek moet geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, te gebeuren (*Parl.St. Kamer, 2005-2006, nr. 51-2478/01, 35 en nr. 51-2478/08, 9*). Dit betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van een benodigde medische opvolging en behandeling moeten worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie in het land van herkomst en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. Het onderzoek naar de toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen omvat ook een onderzoek naar de financiële toegankelijkheid ervan. Uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt dat dit onderzoek door de

ambtenaar-geneesheer moet wordt gevoerd, en bij deze beoordeling moet het redelijkheids criterium in acht worden genomen.

In casu diende de verzoekende partij op 10 november 2015 een aanvraag om machtiging tot verblijf in op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. In zijn medisch advies van 7 maart 2017 oordeelde de ambtenaar-geneesheer het volgende:

"(...) Verwijzend naar het SMG van Dr. F(...) V(...) W(...) d.d. 05/11/2015 en zijn medisch verslag d.d. 20/10/2015 blijkt dat Mevr. A(...) A(...) K(...) sinds 04/2014 lijdt aan een HIV-infectie die stabiel blijft met antiretrovirale medicatie (Eviplera). Betrokkene dient hiervoor blijvend behandeld te worden met de nodige deskundigheid en middelen.

Uit onderzoek van de MedCOI-databank blijkt dat in haar land van oorsprong, Togo, deze antiretrovirale middelen momenteel niet beschikbaar zijn, op tenofovir disproxil na.

- Aanvraag Medcoi van 20.12.2016 met het unieke referentienummer BMA 8858

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de aandoening momenteel een reëel risico vormt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene en dat er voorlopig geen adequate behandeling is in het land van herkomst, Togo.

Conclusie:

Vanuit medisch oogpunt is een terugkeer naar het herkomstland of land van verblijf voor de duur van 1 jaar niet aangewezen. Na 1 jaar dient er een her-evaluatie te gebeuren van de medische conditie van betrokkene en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van behandeling in haar land van herkomst of land van verblijf. (...)"

Op 13 maart 2017 werd de verzoekende partij vervolgens gemachtigd tot een tijdelijk verblijf van één jaar. Op 6 april 2018 besliste de gemachtigde, op basis van een medisch advies van 5 april 2018, echter om geen gunstig gevolg te geven aan de aanvraag van 20 maart 2018 tot verlenging van het BIVR, omdat de noodzakelijke medicatie ondertussen beschikbaar was geworden in het land van herkomst. Deze beslissing werd echter op 29 november 2018 door de Raad vernietigd, bij arrest nr. 213 167. Bijgevolg moest de gemachtigde zich opnieuw uitspreken over de op 20 maart 2018 door de verzoekende partij ingediende aanvraag tot verlenging van het BIVR. *In casu* besliste de gemachtigde echter opnieuw het op grond van het voormelde artikel 9ter toegekende BIVR van de verzoekende partij niet te verlengen. Hierbij werd verwezen naar een medisch advies dat de ambtenaar-geneesheer op 10 januari 2019 opstelde met betrekking tot de medische problematiek van de verzoekende partij. De ambtenaar-geneesheer bracht het volgende advies uit:

"(...) NAAM: A(...), A(...) K(...) (R.R.: (...))

Vrouwelijk

nationaliteit: Togo

geboren te (...) op (...)

adres: (...)

Graag kom ik terug op uw vraag tot revaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mevr. A(...) A(...) K(...) in het kader van een aanvraag tot verlenging van de verblijfsmachtiging.

Er werd reeds eerder een advies verleend door mezelf (d.d. 07/03/2017) omwille van de onbeschikbaarheid van de noodzakelijke antiretrovirale middelen voor Mevr. A(...) in Togo.

I. Hiervoor maak ik gebruik van de attesten die ons werden bezorgd sinds het vorige advies:

- *SMG d.d. 01/02/2018 van Dr. F(...) V(...) W(...) (huisarts): HIV+ met noodzaak tot HAART, T4 nadir 249µl, intolerantie(1) voor de ARV's: Viramune, Reyataz en Kaletra - medicatie: Eviplera*
- *Consultatieverslag d.d. 01/02/2018 van Dr. F. V(...) W(...) met laboresultaten d.d. 03/10/2017: HIV+ immuun voor HAV, positieve serologie voor CMV, EBV en HSV, niet voor VZV en negatieve HCV en syfilistesten, allergisch voor: Aspirine, stof en sommige parfums - medicatie: Ventolin, Avamys en Eviplera en vitamine D (DixX sinds 04/02/2016).*
- *Bloednames van 3/10/2017 en 3/10/2017.; T4 nadir van 249*

(1) Van deze intolerantie wordt er geen enkel bewijs voorgelegd. Overigens valt op te merken dat betrokkene zelfs hier in België reeds 5 maal van medicatie veranderd is. Er wordt enkel melding gemaakt van een "lichte" malaise na vroegere inname reyataz. Nergens wordt ook het bewijs geleverd als zou betrokkene een weerstand ontwikkeld hebben tegen andere bruikbare anti-HIV medicatie. Er wordt wel theoretisch een "toxische hepatitis" vermeld met "viramune", maar er zijn nog tal van andere bruikbare medicamenten ter beschikking in Togo.

Wat Kaletra betreft wordt enkel wat "nausea" en "vertigo" vermeld.

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat deze 37-jarige HIV-patiënte stabiel blijft (niet detecteerbare virale lading (VL) en genormaliseerde CD4 telling onder de ingestelde HAART d.m.v. Tenofovir+Rilpivirine+Emtricitabine (Eviplera) sinds augustus 2015.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Salbutamol (Ventolin), een kortwerkend bèta2-mimeticum ter behandeling van ademhalingsproblemen i.v.m. stofallergie
- Fluticason (Avamys), een corticosteroïde ter behandeling van verstopte neus i.v.m. stofallergie
- Tenofovir+Rilpivirine+Emtricitabine (Eviplera), een combinatie van 3 antiretrovirale middelen (ARV's)

De laboresultaten d.d. 03/10/2017 tonen een normaal gehalte aan vitamine D. Vitamine D zit in een normaal voedingspatroon en wordt door de huid zelf aangemaakt onder invloed van zonlicht.

Voor donkerhuidige mensen die in meer noordelijke landen verblijven, waar vooral tijdens de wintermaanden de duur van blootstelling van de huid aan zonlicht verminderd is, is een vitamine D substitutie aangewezen.

Bij een terugkeer naar het herkomstland, Togo (de Togolese Republiek), waar een klimaat heerst met voldoende mogelijkheid van blootstelling van de huid aan zonlicht, stelt zich het probleem van een vitamine D-tekort voor donkerhuidige mensen niet meer op, zodat deze vitamine niet als essentiële therapie weerhouden wordt.

Op basis van de vermelde medische gegevens kan worden afgeleid dat de betrokkene kan reizen en geen nood heeft aan mantelzorg om medische redenen.

II. Analyse van dit medisch dossier leert mij het volgende:

Deze 37-jarige vrouw wordt met goed gevolg behandeld en opgevolgd wegens een HIV-infectie.

De vraag stelt zich in hoeverre dit mogelijk is in TOGO, het land van herkomst.

Wat betreft de behandelings- en opvolgingsmogelijkheden in TOGO: (info wordt toegevoegd aan het administratief dossier) blijkt, zoals hieronder wordt uiteengezet, dat verdere opvolging en nabehandeling mogelijk is in haar herkomstland.

Alle nodige behandelingen zijn ook mogelijk in TOGO, zoals blijkt uit de hieronder vermelde informatie, zodat deze aandoening geen gevaar kan betekenen voor het leven of fysieke integriteit, zodat er bijgevolg geen risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

Volgens de jurisprudentie van het Europees hof van de rechten van de mens, die in deze materie doorslaggevend is, is het voldoende dat de betrokkene in het land van herkomst medische verzorging kan bekomen en wordt er niet vereist dat deze ginds van hetzelfde niveau als in België zou moeten zijn. Dat er wel degelijk behandelingen en opvolgingsmogelijkheden zijn in het land van herkomst wordt aangetoond door onderstaande beschikbaarheids- en toegankelijkheidsstudie.

Wat de behandeling tegen HIV betreft, moet u weten dat wetenschappers sinds de ontdekking van AIDS in 1983 in 35 jaartijd honderden geneesmiddelen tegen het HIV-virus hebben ontwikkeld en elk jaar zien tientallen nieuwe moleculen het licht én hun commercialisatie.

Het HIV-virus wordt momenteel aangevallen door een tri-quadri-therapie om het virus op verschillende manieren te neutraliseren.

Er zijn nu veel behandelingen tegen aids. Maar helaas kan niemand deze ziekte genezen. In slechts een paar jaar tijd heeft het onderzoek echter enorme vooruitgang geboekt.

Vele van deze moleculen zijn effectief en het is niet altijd nodig om de allernieuwste molecule op de westerse markt te hebben om het virus te neutraliseren en de proliferatie ervan te voorkomen, tenzij

specifieke resistentie wordt aangetoond, hetgeen hier niet het geval is. Enkel wordt er gesteld dat de huidige medicatie beter zou verdragen worden.

Inderdaad, elke paar maanden is er wel een of ander farmaceutisch bedrijf dat een nieuw geneesmiddel aanbiedt dat als "beter" wordt gepresenteerd dan de anderen of met "minder toxiciteit" enz. maar soms worden ze een paar maanden later van de markt gehaald of vervangen door anderen.

Het huidige doel van anti-HIV-behandeling is niet de ziekte te elimineren (want dit is nog niet mogelijk, met geen enkel medicament), maar om de proliferatie van het virus in te dijken, want geen enkele molecule op dit moment kan het virus doden.

Bij de behandeling van AIDS zijn er twee hoofdfamilies van behandelingen die in het algemeen worden gecombineerd, en meer recentelijk zijn twee nieuwe klassen toegevoegd. De behandeling omvat in het algemeen twee nucleoside remmers van reverse transcriptase gekoppeld aan een integrase inhibitor, een remmer van het virale protease of een niet-nucleoside reverse-transcriptaseremmer als alternatieve integrase inhibitor (HAART: antiretrovirale therapie). In het geval van resistentie, moet de optimale combinatie van verschillende actieve ingrediënten worden gezocht. Adequate behandeling gericht op het blokkeren van virale replicatie, herstel van de immuniteit, sterk verminderen van opportunistische infecties en zorgen voor een betere levensverwachting en de transmissie sterk verminderen, maar het is niet de uitroeiing het virus volledig uit te roeien.

1. Remmers van reverse transcriptase voorkomen dat het virus zich vermenigvuldigt: Zidovudine, Didanosine, Stavudine, Zalcitabine, Lamivudine, Abacavir, Neviparin, Efavirenz, Emtricitabine; deze geneesmiddelen worden ook in combinaties gebruikt: Truvada (Emtricitabine, Tenofovir); Kivexa (Abacavir, Lamivudine).

2. Antiproteases zullen voorkomen dat de protease functioneert. Dit enzym kan de productie van viruseiwitten niet langer voltooien, inclusief die van de envelop. Nieuwe virussen kunnen geen andere cellen meer infecteren: de oppervlakte-eiwitten herkennen de CD4-receptoren van lymfocyten niet meer: Saquinavir, Ritonavir, Indinavir, Nelfinavir, Amprenavir, Tenofovir, Atazanavir en combinaties zoals Kaletra (Lopinaviren Ritonavir), Fosamprenavir.

3. Fusie-inhibitoren, nieuwe therapeutische klasse van behandeling door het binnengaan van het virus in de doelcellen te voorkomen. We reserveren deze nieuwigheid voor patiënten die falen met conventionele behandelingen omdat moeilijker toe te dienen zijn: bijvoorbeeld: Enfuvirtide

4. Inhibitoren van integrase: deze geneesmiddelen remmen een enzym dat nodig is voor de integratie van viraal DNA in dat van lymfocyten: voorbeeld: Raltegravir

5. CCR5-remmers: deze geneesmiddelen remmen CCR5 die de invoer van HIV blokkeert door een mechanisme dat vergelijkbaar is met dat van fusie-inhibitoren: maraviroc.

6. Interleukines worden ook gebruikt voor patiënten die reageren op de behandeling, maar bij wie het lymfocyten niveau niet kan worden achterhaald: Macroline.

Deze behandelingen werden eerst in afzonderlijke vorm toegediend, maar nu hebben multi-therapieën de voorkeur en de combinaties variëren van twee tot vijf geneesmiddelen afhankelijk van het geval (2 remmers van reverse transcriptase en een antiprotease bijvoorbeeld). Er zijn vaste combinaties van geneesmiddelen die de inname vereenvoudigen en als gevolg daarvan de therapietrouw verbeteren.

Kortom, hoewel er momenteel vele behandelingen tegen het HI V-virus zijn, kan nog steeds niemand de ziekte permanent genezen.

Wat de keuze van de toegediende antiretrovirale behandeling betreft, betwist ik geenszins de huidige toegediende, maar ik ben er wel zeker van dat ze niet de enige mogelijke goede behandeling is, aangezien er in TOGO voldoende goede alternatieven zijn.

De keuze van moleculen kan in België weloverwogen zijn geweest, maar de gekozen methode is niet de enig mogelijke, zoals wordt aangetoond in de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, het Ministerie van Gezondheid, gezondheid van Quebec (bijgewerkt in 2015).

Ook hier in België is betrokkene reeds verscheidene malen van medicatie veranderd, soms enkel op basis van niet echt aangetoonde resistentie of enkel op basis van wat subjectieve "intolerantie" (wat nausea).

Het Belgische centrum voor farmacotherapeutische informatie beveelt aan als behandeling voor HIV-infectie: twee nucleoside reverse transcriptase-remmers geassocieerd met een integrase-remmer, een virale proteaseremmer of een niet-nucleoside reverse transcriptase-remmer als een alternatief voor de integraseremmer.

In dit geval kunnen we gebruik maken van twee van de volgende nucleoside reverse transcriptase-remmers: Abacavir, Didanosine, Emtricitabine, Lamivudine, Stavudine, Zidovudine.

Een niet-nucleoside reverse-transcriptaseremmer zoals de volgende bij afwezigheid van integraseremmer: Efavirenz, Nevirapine, Etravirine, Rilpivirine, Tenofovir.

Een remmer van virale proteasen zoals Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Ritonavir, Sacquinavir, Tipranavir. Een integraseremmer zoals: Raltegravir, Dolutegravir, Elvitegravir.

Informatie van de site:

<http://www.cbip.be/fr/chapters/12?frag=10868> (Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie)

Onze Medcoi informatie (zie verder: BMA XXX) toont de beschikbaarheid van infectieuze follow-up aan (aanwezigheid van hiv-specialist of internist-arts) en follow-up in de algemene geneeskunde. Ook werd de beschikbaarheid van het kunnen doseren van de virale belasting en CD4-meting aangetoond.

De in België gedane keuze van de huidige behandeling kan dan wel aanvaardbaar zijn in termen van beschikbaarheid, maar het moet worden opgemerkt dat in het geval van behandeling van een vreemdeling die waarschijnlijk naar zijn land van herkomst zal terugkeren, het verstandig en verantwoordelijk is ook rekening te houden met de erkende, gevalideerde geneesmiddelen en werkzame geneesmiddelen die in dat land van herkomst beschikbaar zijn om de belangen van de gezondheid van de aanvrager zo goed mogelijk te behartigen. Het is niet altijd nodig om de "state of the art"-therapie in België toe te passen, omdat de behandelingen nog niet zijn gevalideerd in de derde wereld. Een andere factor die hierbij een rol speelt, is de prijs van geneesmiddelen die in België vaak meer dan 1000 euro per maand bedraagt, terwijl armere landen met fabrikanten veel lagere prijzen hebben bedongen.

Bovendien is het zo dat volgens een vaste jurisprudentie van het Europees Hof voor de rechten van de mens, die in dit opzicht doorslaggevend is, het belangrijk is dat de betrokken persoon in het land van herkomst medische zorg kan krijgen en dat deze niet noodzakelijk is dat deze van hetzelfde niveau als die in België moet zijn.

Het is inderdaad niet aan onze administratie om de kwaliteit van de geboden zorg in het land van herkomst te controleren, noch om te vergelijken of deze van dezelfde kwaliteit is als die die in België wordt aangeboden, maar om ervoor te zorgen dat de nodige zorg wordt geboden.

In dit concreet geval is de behandeling van de pathologie waaraan de patiënt lijdt, beschikbaar en toegankelijk voor het land van herkomst. (CEC n° 123 989 van 15.05.2014).

Niets wijst erop dat de behandeling die in Togo beschikbaar is, minder effectief of minder goed verdragen zou worden door de aanvrager dan de behandeling die in België is gestart.

Wel is het zo dat gelijk welke antiretrovirale behandeling steeds en altijd bijwerkingen en onverenigbaarheden heeft en er moet worden behandeld met een zekere zin voor realiteit.

Zonder de vaardigheden van Belgische artsen te willen betwisten, kan ik toch stellen de artsen van het land van herkomst de nodige follow-up kunnen overnemen, en hun kunde is niet per se twijfelachtig, want een omgekeerde redenering zou inhouden dat men maar d'office alle HIV-positieven uit Togo zou moeten regulariseren in België.

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

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

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:
 - Aanvraag Medcoi van 06/02/2018 met het unieke referentienummer BMA-10681
2. Alternatieve medicatie:

BMA 11813

Abacavir, lamivudine, efavirenz en atazanavir Infections: HIV; antiretrovirals Current Medication Available CHU de LOME 198,rue de l'Hôpital, LOME, (Public Facility)

BMA 10889

Kivexa®, Epzicom® (abacavir + lamivudine), Infections: HIV ; antiretrovirals; combinations, alternative medicatie : Available Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio 198,rue de l'Hôpital Lome (Public Facility).

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist/HI V-specialist met screening van virale lading en CD4-telling en bij een longarts voor de allergie beschikbaar zijn in Togo.

Het combinatiepreparaat Eviplera is momenteel niet beschikbaar, maar nazicht van de beschikbaarheid van de samenstellende ARV's leert ons het volgende:

- Tenofovir Disproxil en Tenofovir alafenamide zijn beschikbaar
- Emtricitabine is niet beschikbaar en kan vervangen worden door één van zijn analogen: Abacavir, Stavudine of Lamivudine, die wel beschikbaar zijn in Togo en betrokkene vertoont geen echte intolerantie voor deze ARV's
- Efavirenz, het analoog van Rilpivirine, is beschikbaar en betrokkene vertoont hiervoor geen intolerantie

Salbutamol en Fluticason zijn beschikbaar in Togo.

Hieruit blijkt dus dat de noodzakelijke medicamenteuze behandeling voor betrokkene ondertussen wel beschikbaar is in Togo. De bewering als zouden 50% van de AIDS positieven niet behandeld worden in Togo berust op verouderde informatie en toont zeker niet in concreto dat betrokkene niet zou kunnen behandeld worden.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen

Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

In Togo wordt gezondheidszorg zowel door de overheid als door private instellingen georganiseerd. De private sector situeert zich voornamelijk in Lomé en enkele verstedelijkte gebieden. Togo is op gebied van gezondheidszorg ingedeeld in 6 regio's. Het publieke luik van de gezondheidszorg is op 3 niveaus georiënteerd.

Op het primaire niveau zijn er de Agents de Sbaté Communautaire, de Unités de Soins Périphériques en de Hôpitaux de district. Op het secundaire niveau heb je 6 Centres Hospitalier Régional en het tertiaire niveau bestaat uit 3 Centres Hospitaliers Universitaires en gespecialiseerde instellingen (zoals rond psychiatrie bloedtransfusies,...).

Omdat de infrastructuur van de openbare gezondheidsinstellingen soms verouderd is, probeert het Ministerie van Gezondheid een nieuwe aanpak waarbij ze uitgaan van een partnerschap tussen privé- en overheidsinitiatieven. Zo wordt er een experimentele fase gestart met onder meer het universitair ziekenhuis Sylvanus Olympio in Lomé, het regionaal ziekenhuis van Atakpamé en het ziekenhuis in Blitta. Betrokkene is afkomstig uit Lomé en kan zich dus tot dit universitair ziekenhuis wenden voor het bekomen van de nodige zorgen

Op het gebied van de sociale zekerheid is er het CNCMUT (Centre National de Concertation de la Mutualité). Dit is een nationale non-profit organisatie die probeert om de sociale bescherming in Togo te verbeteren door middel van het promoten van ziekteverzekeringen. Daarnaast is er ook de COOPASIV (Coopérative d'assurance santé pour le secteur informel et vulnérable). Werknemers van de informele sector alsook kwetsbare personen als weeskinderen, weduwen, mindervaliden, komen hiervoor in aanmerking.

Sinds november 2008 wordt antiretrovirale medicatie gratis aangeboden aan mensen die lijden aan HIV. Elke patiënt heeft ook recht op een labo-test.

Sinds 2015 volgt Togo ook de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie wat betreft de preventie en behandeling van HIV. Daarin wordt de medicatie opgelijst naargelang de fase van behandeling. De medicatie (of het therapeutisch equivalent ervoor) die betrokkene dient te nemen staat op de lijst van antiretrovirale middelen.

Er zijn in Togo ook verschillende NGO's werkzaam op het gebied van de zorg voor HIV-patiënten. Zo werken Espoire-Vie Togo en Initiative des Jeunes pour le Développement rond preventie en screening en bieden ze psychosociale en medische bijstand bij het behandelen van HIV. Het doel van het Centre des Recherches et d'Informations pour la Santé au Togo is de toegang tot de zorg en de sociaal-economische situatie van kwetsbare personen te verbeteren.

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene op 37-jarige leeftijd geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

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-integratie fonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Re-integratie bijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur extra bagage.

V. Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de HIV-infectie en de allergie van betrokkene geen reëel risico inhouden voor haar leven en fysieke integriteit, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Togo.

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

De betrokkene voldoet niet langer aan de voorwaarden voor een tijdelijke verblijfsmachtiging volgens art. 9 van het KB van 17 mei 2007 omdat de omstandigheden op grond waarvan de machtiging werd verleend niet langer bestaan of voldoende ingrijpend en met een niet-voorbijgaand karakter zijn gewijzigd.

De beschikbaarheid en de toegankelijkheid zijn er drastisch verbeterd en er is ook een verbeterd medicatieaanbod aanwezig.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland Togo. (...)"

Dit advies werd onder gesloten omslag aan de verzoekende partij overhandigd en naar dit advies wordt expliciet verwezen in de motivering van de bestreden beslissing, waarvan het een integraal deel uitmaakt.

Het wordt niet betwist dat de verzoekende partij lijdt aan HIV+ met noodzaak tot HAART (antiretrovirale therapie). Ook wordt niet betwist dat zij stabiel blijft onder de ingestelde HAART door middel van Eviplera, een combinatie van drie antiretrovirale middelen (ARV's), met name tenofovir, rilpivirine en emtricitabine. Ten slotte wordt niet betwist dat Eviplera niet beschikbaar is in Togo, het land van herkomst van de verzoekende partij.

De ambtenaar-geneesheer stelt in zijn medisch advies van 10 januari 2019 echter opnieuw vast, zoals hij reeds deed in zijn advies van 5 april 2018 dat aanleiding gaf tot de ondertussen vernietigde beslissing van 6 april 2018, dat de samenstellende ARV's of hun analogen van het combinatiepreparaat Eviplera beschikbaar zijn.

In het voormelde advies van 5 april 2018 stelde de ambtenaar-geneesheer in dit verband het volgende:

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

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

- Aanvraag Medcoi van 06/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10681

2. Overzicht van beschikbare medicatie voor Mevr. A(...) in Togo volgens recente MedCOI-dossiers

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist/HIV-specialist met screening van virale lading en CD4-telling en bij een longarts voor de allergie beschikbaar zijn in Togo.

Het combinatiepreparaat Eviplera is momenteel niet beschikbaar, maar nazicht van de beschikbaarheid van de samenstellende ARV's leert ons het volgende:

- *tenofovir disproxil en tenofovir alafenamide zijn beschikbaar.*
- *emtricitabine is niet beschikbaar en kan vervangen worden door één van zijn analogen: abacavir, stavudine of lamivudine, die wel beschikbaar zijn in Togo en betrokkene vertoont geen intolerantie voor deze ARV's*
- *efavirenz, het analoog van rilpivirine, is beschikbaar en betrokkene vertoont hiervoor geen intolerantie*

(...)

Hieruit blijkt dus dat de noodzakelijke medicamenteuze behandeling voor betrokkene ondertussen wel beschikbaar is in Togo."

In het thans relevante advies van 10 januari 2019 stelt de ambtenaar-geneesheer in dit verband het volgende:

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

1. *Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:*
 - *Aanvraag Medcoi van 06/02/2018 met het unieke referentienummer BMA-10681*
2. *Overzicht van beschikbare medicatie voor Mevr. A(...) in Togo volgens recente MedCOI-dossiers*
2. *Alternatieve medicatie:*

BMA 11813

Abacavir, lamivudine, efavirenz en atazanavir Infections: HIV; antiretrovirals Current Medication Available CHU de LOME 198,rue de l'Hôpital, LOME, (Public Facility)

BMA 10889

Kivexa®, Epzicom® (abacavir + lamivudine), Infections: HIV ; antiretrovirals; combinations, alternative medicatie : Available Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio 198,rue de l'Hôpital Lome (Public Facility).

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist/HI V-specialist met screening van virale lading en CD4-telling en bij een longarts voor de allergie beschikbaar zijn in Togo.

Het combinatiepreparaat Eviplera is momenteel niet beschikbaar, maar nazicht van de beschikbaarheid van de samenstellende ARV's leert ons het volgende:

- *Tenofovir Disproxil en Tenofovir alafenamide zijn beschikbaar*
- *Emtricitabine is niet beschikbaar en kan vervangen worden door één van zijn analogen: Abacavir, Stavudine of Lamivudine, die wel beschikbaar zijn in Togo en betrokkene vertoont geen echte intolerantie voor deze ARV's*
- *Efavirenz, het analoog van Rilpivirine, is beschikbaar en betrokkene vertoont hiervoor geen intolerantie*

(...)

Hieruit blijkt dus dat de noodzakelijke medicamenteuze behandeling voor betrokkene ondertussen wel beschikbaar is in Togo. De bewering als zouden 50% van de AIDS positieven niet behandeld worden in Togo berust op verouderde informatie en toont zeker niet in concreto dat betrokkene niet zou kunnen behandeld worden."

Voorafgaandelijk wijst de Raad erop dat de ambtenaar-geneesheer bij het beoordelen van het in artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet genoemde risico weliswaar over een ruime beoordelingsbevoegdheid beschikt en dat hij deze beoordeling niet mag maken in de plaats van de ambtenaar-geneesheer. De Raad moet echter wel in staat worden gesteld om na te gaan waarop de ambtenaar-geneesheer zich gebaseerd heeft om te besluiten dat de zorgen en opvolging toegankelijk zijn in het land van herkomst. De Raad benadrukt dat de beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer niet betekent dat diens vaststellingen steeds volstaan als motieven voor een beslissing tot weigering van verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet (RvS 18 september 2013, nr. 224.723). Het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer een arts is, impliceert ook niet dat er op hem bij het verlenen

van zijn advies conform artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet, geen of een verminderde motiveringsplicht zou rusten. Indien zou blijken dat aan het advies van de ambtenaar-geneesheer een motiveringsgebrek kleefte en op basis van dit advies tot een niet-verlenging van het BIVR werd besloten, dan zal het motiveringsgebrek in dit advies bijgevolg noodzakelijkerwijze leiden tot de vernietiging van de beslissing waarin het BIVR niet wordt verlengd. Het is de verzoekende partij derhalve toegelaten om de onwettigheden die aan dit advies kleven aan te voeren tegen de uiteindelijk door de gemachtigde genomen beslissing tot niet-verlenging (cf. RvS 28 juni 2011, nr. 214.213; RvS 5 juli 2007, nr. 173.201; RvS 13 oktober 2006, nr. 163.590).

De verzoekende partij voert aan dat de ambtenaar-geneesheer opnieuw stelt dat “efavirenz” in Togo beschikbaar is en dat de verzoekende partij hiervoor geen intolerantie vertoont, en dat hij er opnieuw zomaar van uitgaat dat zij, die reeds gekend is voor multiële intoleranties, voor “abacavir”, “stavudine of lamivudine” geen intolerantie vertoont. Zij wijst erop dat nergens in een medisch verslag is aangetoond of bewezen dat zij, die deze medicatie nog nooit heeft ingenomen en welke sowieso door de helft van de patiënten blijkbaar niet wordt verdragen en om deze redenen in het Westen niet meer wordt voorgeschreven, effectief voor de voormelde medicatie tolerant is of geen intolerantie ervoor zal ontwikkelen. De verzoekende partij benadrukt dat de ambtenaar-geneesheer volledig voorbijgaat aan de vaststelling van de Raad in het voormelde arrest van 29 november 2018 in dit verband.

De Raad stelt vast dat hij in zijn vernietigingsarrest nr. 213 167 van 29 november 2018 het volgende oordeelde:

“Verzoekster voegt verder een medisch stuk van 17 mei 2018 van haar behandelde artsen van het UZ Gent, dr. F.V.W. en prof. dr. D.V., waarin zij benadrukken dat verschillende switches in de HAART-combinatie dienden te worden doorgevoerd omwille van toxiciteit op de antivirale middelen en verzoekster actueel wordt behandeld met Eviplera, waarbij zich geen nevenwerkingen ontwikkelden. De behandelende artsen wijzen er verder op dat een recente contactname met de ngo Espoir Vie, die in Togo HIV-zorg toedient, leert dat in 2018 de zogenaamde “coverage” – oftewel het percentage HIV-patiënten dat toegang krijgt tot HIV-medicatie – is gestegen naar 60 %, dat er actueel leveringsproblemen zijn voor verschillende antiretrovirale middelen en dat efavirenz (Stocrin) in Togo beschikbaar is. De behandelde artsen in België wijzen er evenwel op dat efavirenz door verzoekster nog niet werd genomen, dat het een toxische molecule is met 50% voornamelijk neurologische intolerantie die om die reden in het Westen niet meer wordt voorgeschreven en dat vele patiënten de inname van deze molecule moeten staken omwille van deze nevenwerkingen. Zij stellen dan ook dat er “actueel in Togo slechts één antiviraal product [is] dat potentieel werkzaam kan zijn voor patiënte maar in 50% van de gevallen niet verdragen wordt. Bij intolerantie of falen van EFV (Stocrin) [...] is patiënte eveneens ten dode opgeschreven”. Onder meer om deze reden adviseren de behandelde artsen negatief wat betreft een terugkeer van verzoekster naar haar herkomstland. (...)”

In zoverre de arts-adviseur stelt dat het analoog van rilpivirine, efavirenz, beschikbaar is in Togo en dat verzoekster hiervoor geen intolerantie heeft, dient de Raad evenwel samen met verzoekster vast te stellen dat uit de stukken van het administratief dossier niet blijkt dat zij deze medicatie reeds heeft genomen. Het is de Raad dan ook niet duidelijk waarop de arts-adviseur zich steunt om vast te stellen dat verzoekster “geen intolerantie [vertoont]” voor deze analoge medicatie. Deze feitelijke vaststelling vindt geen of onvoldoende steun in de voorliggende stukken.

Verweerder betwist bovendien niet dat, zoals dit blijkt uit de door verzoekster naar voor gebrachte informatie, 50 % van de patiënten efavirenz niet verdraagt.

In het licht van de gegevens dat verzoekster reeds gekend is voor multiële intoleranties en dat de voorgestelde analoge medicatie efavirenz, die verzoekster nooit eerder nam, door de helft van de patiënten blijkbaar niet wordt verdragen waardoor volgens de behandelende gespecialiseerde artsen verzoekster een grote kans heeft om in haar herkomstland niet te kunnen beschikken over een adequate behandeling voor haar HIV-aandoening, blijkt niet dat de arts-adviseur zorgvuldig dan wel redelijk handelde door zonder meer te stellen dat verzoekster geen intolerantie vertoont voor deze medicatie en deze medicatie voor haar dus een adequate behandeling vormt. Dit gegeven komt immers hoogst onzeker voor op basis van de voorliggende stukken.”

De verzoekende partij stelt terecht vast dat de ambtenaar-geneesheer nog steeds zonder meer ervan uitgaat dat de verzoekende partij voor de voorgestelde analoge geneesmiddelen geen intolerantie vertoont. Het gegeven dat hij voor de analogen van emtricitabine, met name abacavir, stavudine of

lamivudine niet opnieuw stelt dat de verzoekende partij “geen intolerantie” vertoont, maar in de plaats daarvan stelt dat zij “geen echte intolerantie” vertoont, verandert niets aan de vaststelling dat de feitelijke vaststelling van de ambtenaar-geneesheer geen of onvoldoende steun vindt in de voorliggende stukken. Uit niets blijkt immers dat de verzoekende partij de betrokken medicatie heeft genomen en dat zij deze kon verdragen, of er “geen echte intolerantie” voor vertoonde.

Met betrekking tot het analoog voor rilpivirine, met name efavirenz, stelt de ambtenaar-geneesheer, zoals ook in zijn eerder advies van 5 april 2018, zonder meer dat de verzoekende partij hiervoor “geen intolerantie” vertoont. De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer in dit verband ook niet ingaat op het betoog van de verzoekende partij dat zij reeds in het kader van haar beroep tot nietigverklaring gericht tegen de (ondertussen vernietigde) beslissing van 6 april 2018 tot niet-verlenging van het BIVR naar voren heeft gebracht, en waarnaar ook de Raad heeft verwezen in het kader van zijn voormelde vernietigingsarrest. Het betreft het betoog gestoeld op een schrijven van 17 mei 2018 van de behandelende artsen van de verzoekende partij, dr. V. W. en dr. V., waarin onder meer erop wordt gewezen dat er in Togo actueel slechts één antiretroviraal product is dat potentieel werkzaam kan zijn voor de verzoekende partij. In het betrokken attest, dat de verzoekende partij op 19 juni 2018 ook rechtstreeks overmaakte aan de Dienst Vreemdelingenzaken en dat zich in het administratief dossier bevindt, stellen de beide artsen onder punt 3.d. het volgende: *“Er is actueel in Togo slechts één antiviraal product dat potentieel werkzaam kan zijn voor patiënte maar in 50% van de gevallen niet verdragen wordt. Bij intolerantie of falen van EFV (Stocrin) (als ze al toegang zou krijgen tot het product) is patiënte eveneens ten dode opgeschreven.”*. Onder punt 2.b.iv.3. wordt tevens het volgende gesteld: *“Enkel EFV (Stocrin) is in Togo beschikbaar en is door patiënte nog niet ingenomen. EFV is een toxische molecule met 50% voornamelijk neurologische intolerantie welke om die reden in het Westen niet meer voorgeschreven wordt. Vele patiënten moeten de inname van deze molecule staken omwille van deze nevenwerkingen.”* Op basis van onder meer deze elementen adviseren de behandelende artsen negatief in verband met het terugsturen van de verzoekende partij naar Togo. De Raad merkt vooreerst op dat niet wordt betwist dat “EFV” de afkorting is voor efavirenz. Vervolgens stelt hij vast dat, hoewel hij in zijn arrest van 29 november 2018 uitdrukkelijk naar deze informatie heeft verwezen, en hoewel de ambtenaar-geneesheer kennis had kunnen en moeten nemen van dit stuk, in het medisch advies op geen enkele manier op deze medische informatie wordt ingegaan. De ambtenaar-geneesheer maakt in zijn opsomming van de attesten die sinds het vorige advies werden bezorgd en waarvan hij voor het opstellen van zijn advies heeft gebruik gemaakt, in het geheel geen melding van dit attest van dr. V. W. en dr. V. Hij verwijst slechts naar het standaard medisch getuigschrift en een consultatieverslag van 1 februari 2018 van dr. V. W., en naar bloedafnames van “3/10/2017 en 3/10/2017”. Bijgevolg blijkt in het geheel niet dat de ambtenaar-geneesheer met het betrokken stuk rekening heeft gehouden. De Raad kan in dit verband dan ook nog steeds vaststellen dat de ambtenaar-geneesheer onzorgvuldig en kennelijk onredelijk heeft gehandeld door zonder meer te stellen dat de verzoekende partij geen intolerantie voor efavirenz vertoont.

De Raad wijst er in dit verband wel nog op dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 10 januari 2019, in tegenstelling tot in zijn advies van 5 april 2018, de intolerantie van de verzoekende partij voor de ARV's viramune, reyataz en kaletra lijkt te betwisten. Hij stelt immers in een voetnoot dat van deze “intolerantie” geen enkel bewijs wordt voorgelegd, dat overigens op te merken valt dat de verzoekende partij zelfs hier in België reeds vijfmaal van medicatie is veranderd, dat er enkel melding wordt gemaakt van een “lichte” malaise na vroegere inname reyataz, dat ook nergens het bewijs wordt geleverd als zou zij een weerstand ontwikkeld hebben tegen andere bruikbare anti-HIV medicatie, dat er wel theoretisch een “toxische hepatitis” wordt vermeld met “viramune”, maar dat er nog tal van andere bruikbare medicamenten ter beschikking zijn in Togo, en dat, wat Kaletra betreft, enkel wat “nausea” en “vertigo” wordt vermeld. De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer niet duidelijk maakt op welke stukken hij deze vaststellingen precies stoelt. Het voormelde consultatieverslag van 1 februari 2018 bevat een uitgebreide medische voorgeschiedenis, waarin ook wordt ingegaan op de verschillende ARV's die de verzoekende partij reeds heeft genomen en haar reactie daarop. Voor Kaletra wordt daarin inderdaad nausea en vertigo vermeld, al wordt nergens gesteld dat er sprake is van “enkel wat” nausea en vertigo. Er wordt daarentegen aangegeven dat de verzoekende partij op eigen initiatief haar dosis reduceerde van 4 naar 2 “co's qd” omwille van nausea en vertigo. Voor de andere ARV's wordt telkens melding gemaakt van meer reacties dan diegene die door de ambtenaar-geneesheer worden aangehaald. De Raad merkt hierbij op dat met betrekking tot de viramune uitdrukkelijk wordt aangegeven dat de diagnose “toxische hepatitis” werd gesteld en dat de verzoekende partij werd opgenomen. De vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer beantwoorden dan ook niet aan de medische documenten waarvan hij gebruik heeft gemaakt, zodat ook hier een gebrek aan zorgvuldigheid blijkt. In dit verband kan bovendien opnieuw worden gewezen op het voormelde attest van 17 mei 2018, waarvan de

ambtenaar-geneesheer in het geheel geen melding maakt. Ook hierin wordt onder punt 1.d uitgebreid ingegaan op de verschillende “switches” in de HAART-combinatie die moesten worden doorgevoerd omwille van toxiciteit op de antivirale middelen: *“i. Kaletra werd vervangen door Reyataz omwille van vertigo en nausea.*

ii. Reyataz werd vervangen door Viramune omwille van eetlusttoename, centrale lipohypertrofie en malaise na inname.

iii. Viramune diende dringend te worden gestopt wegens toxische hepatitis waarvoor patiënte diende te worden gehospitaliseerd. Viramune werd vervangen door Isentress.

iv. Isentress, dat destijds niet compatibel was met zwangerschap en tevens centrale lipohypertrofie bewerkstelligt, werd vervangen door rilpivirine in het combinatiepreparaat Eviplera.

v. Onder Eviplera ontwikkelde patiënte geen nevenwerkingen.” Aangezien hoger reeds is vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer van dit attest niet eens melding maakt in zijn medisch advies, blijkt ook niet dat hij met dit attest rekening heeft gehouden. Bovendien kan de algemene stelling van de ambtenaar-geneesheer dat *“er nog tal van andere bruikbare medicamenten ter beschikking zijn in Togo”* hoe dan ook geen afbreuk doen aan de hoger gemaakte vaststellingen van de Raad met betrekking tot de concrete medicatie waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst en waarvan hij zonder meer heeft gesteld dat de verzoekende partij hiervoor geen (echte) tolerantie vertoont. Ten slotte kan worden vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer bovendien geen conclusie koppelt aan de in de betrokken voetnoot opgenomen overwegingen, zodat niet duidelijk is op welke manier deze overwegingen zich verhouden tot de overige inhoud van het medisch advies van 10 januari 2019.

Daarnaast wijst de verzoekende partij in haar verzoekschrift op een e-mail van 11 mei 2018 van dr. E. M., de uitvoerend directeur van de NGO Espoire-Vie Togo (een NGO waarnaar de ambtenaar-geneesheer ook verwijst in zijn medisch advies), waarin deze aangeeft dat de ‘coverage’ of ‘taux de couverture’ voor ARV’s 60% bedraagt, en dat er momenteel een spanning is wat betreft de bevoorrading van ARV’s en sommige moleculen niet voorradig zijn. Deze e-mail werd in bijlage bij het voormelde attest van 17 mei 2018 gevoegd en werd bijgevolg ook op 19 juni 2018 overgemaakt aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het blijkt echter niet dat de ambtenaar-geneesheer met deze informatie rekening heeft gehouden. In dit verband wijst de Raad er nogmaals op dat de ambtenaar-geneesheer het voormelde attest van 17 mei 2018, waarvan de voormelde e-mail van 11 mei 2018 aldus deel uitmaakt, niet heeft opgesomd bij de medische stukken waarvan hij voor het opstellen van zijn medisch advies van 10 januari 2019 gebruik heeft gemaakt. De ambtenaar-geneesheer stelt met betrekking tot de ‘coverage’ in Togo weliswaar het volgende: *“De bewering als zouden 50% van de AIDS positieven niet behandeld worden in Togo berust op verouderde informatie en toont zeker niet in concreto dat betrokkene niet zou kunnen behandeld worden.”* De Raad kan in dit verband slechts vaststellen dat de verzoekende partij zich op zeer recente (en bovendien andere) informatie heeft beroepen, en dat de ambtenaar-geneesheer niet duidelijk maakt over welke (nog) recentere informatie hij dan wel zou beschikken. Bovendien kan de beoordeling van de ambtenaar-geneesheer in het kader van een percentage van 50% behandelde patiënten niet zonder meer overgezet worden op de door de verzoekende partij ingeroepen bron, louter omdat daarin melding wordt gemaakt van een hoger (*in casu* positiever) percentage, met name 60% behandelde patiënten. Het is ook niet aan de Raad als annulatierechter om in de plaats van de ambtenaar-geneesheer te oordelen over de daadwerkelijk door de verzoekende partij aangehaalde informatie. Ook met betrekking tot de ‘coverage’ kan de verzoekende partij een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel, minstens een gebrek aan afdoende motivering, aannemelijk maken.

Ten slotte stelt de Raad vast dat de ambtenaar-geneesheer aan zijn advies van 10 januari 2019 een uitgebreide theoretische uiteenzetting met betrekking tot de behandeling van AIDS koppelt, waarin hij onder meer uiteenzet op welke manier HAART werkt. Vervolgens gaat hij meer concreet in op de situatie van de verzoekende partij, waarbij hij aangeeft dat hij zeker is dat de huidige behandeling niet de enige mogelijke goede behandeling is, aangezien er in Togo voldoende goede alternatieven zijn. In dit verband wijst de ambtenaar-geneesheer erop dat de verzoekende partij ook hier in België reeds verscheidene malen van medicatie is veranderd, soms enkel op basis van niet echt aangetoonde resistentie of enkel op basis van wat subjectieve “intolerantie” (wat nausea). Vervolgens merkt de ambtenaar-geneesheer op dat de in België gedane keuze van de huidige behandeling dan wel aanvaardbaar kan zijn in termen van beschikbaarheid, maar dat moet worden opgemerkt dat in het geval van behandeling van een vreemdeling die waarschijnlijk naar zijn land van herkomst zal terugkeren, het verstandig en verantwoordelijk is ook rekening te houden met de erkende, gevalideerde geneesmiddelen en werkzame geneesmiddelen die in dat land van herkomst beschikbaar zijn om de belangen van de gezondheid van de aanvrager zo goed mogelijk te behartigen. Het is volgens de ambtenaar-geneesheer niet altijd nodig om de “state of the art”-therapie in België toe te passen, omdat

de behandelingen nog niet zijn gevalideerd in de derde wereld. Een andere factor die hierbij volgens hem een rol speelt, is de prijs van geneesmiddelen die in België vaak meer dan 1000 euro per maand bedraagt, terwijl armere landen met fabrikanten veel lagere prijzen hebben bedongen. Verder wijst de ambtenaar-geneesheer erop dat het bovendien zo is dat volgens een vaste jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM), die in dit opzicht doorslaggevend is, het belangrijk is dat de betrokken persoon in het land van herkomst medische zorg kan krijgen en dat niet noodzakelijk is dat deze van hetzelfde niveau als die in België moet zijn. Hij vervolgt dat het inderdaad niet aan zijn administratie is om de kwaliteit van de geboden zorg in het land van herkomst te controleren, noch om te vergelijken of deze van dezelfde kwaliteit is als die die in België wordt aangeboden, maar om ervoor te zorgen dat de nodige zorg wordt geboden. In dit concrete geval is de behandeling van de pathologie waaraan de patiënt lijdt volgens de ambtenaar-geneesheer beschikbaar en toegankelijk in het land van herkomst, waarna hij lijkt te verwijzen naar een arrest nr. 123 989 van de Raad van 15 mei 2014. De ambtenaar-geneesheer stelt dat niets erop wijst dat de behandeling die in Togo beschikbaar is, minder effectief of minder goed verdragen zou worden door de aanvrager dan de behandeling die in België is gestart, maar dat het wel zo is dat gelijk welke antiretrovirale behandeling steeds en altijd bijwerkingen en onverenigbaarheden heeft en er moet worden behandeld met een zekere zin voor realiteit. De ambtenaar-geneesheer besluit dat hij, zonder de vaardigheden van Belgische artsen te willen betwisten, toch kan stellen dat de artsen van het land van herkomst de nodige follow-up kunnen overnemen, en dat hun kunde niet *per se* twijfelachtig is, want een omgekeerde redenering zou inhouden dat men maar “*d’office*” alle HIV-positieven uit Togo zou moeten regulariseren in België.

De Raad kan echter slechts vaststellen dat de ambtenaar-geneesheer met dit betoog, zelfs waar het meer concreet over de beschikbaarheid van de behandeling voor de verzoekende partij gaat, geen afbreuk kan doen aan het feit dat hij in het volgende onderdeel van het medisch advies, dat zeer concreet betrekking heeft op specifieke medicatie, zonder meer heeft vastgesteld dat de verzoekende partij geen (echte) tolerantie voor de opgesomde medicatie vertoont. Door algemeen te stellen dat gelijk welke antiretrovirale behandeling steeds en altijd bijwerkingen en onverenigbaarheden heeft en dat er met een zekere zin voor realiteit moet worden behandeld, maakt hij nog steeds niet duidelijk op basis waarvan hij tot de voormelde specifieke, zeer concrete vaststelling is gekomen. Bovendien gaat de ambtenaar-geneesheer met dit algemene tot enigszins concrete betoog nog steeds niet in op de zeer specifieke, concrete vaststellingen in het attest van 17 mei 2018 met betrekking tot efavirenz. Met betrekking tot de veranderingen van medicatie door de verzoekende partij in België stelt de Raad vast dat de ambtenaar-geneesheer niet duidelijk maakt waarop hij met zijn verwijzing naar “*soms enkel op basis van niet echt aangetoonde resistentie*” precies doelt. Met betrekking tot de “*subjectieve intolerantie*” kan verwezen worden naar hetgeen de Raad hoger heeft gesteld in het licht van de door de ambtenaar-geneesheer opgenomen voetnoot. Door te stellen dat niets erop wijst dat de behandeling die in Togo beschikbaar is, minder effectief of minder goed verdragen zou worden door de aanvrager dan de behandeling die in België is gestart, gaat de ambtenaar-geneesheer nogmaals voorbij aan de inhoud van het voormelde attest van 17 mei 2018.

Daar waar de ambtenaar-geneesheer stelt dat het verstandig en verantwoordelijk is ook rekening te houden met de erkende, gevalideerde geneesmiddelen en werkzame geneesmiddelen die in het land van herkomst beschikbaar zijn om de belangen van de gezondheid van de aanvrager zo goed mogelijk te behartigen en dat het niet altijd nodig om de “*state of the art*”-therapie in België toe te passen, wijst de Raad erop dat het precies de taak is van de ambtenaar-geneesheer om op zorgvuldige wijze de beschikbaarheid van de noodzakelijke medicatie in het land van herkomst na te gaan, en dat deze beschikbaarheid *in casu* net wordt betwist. De Raad ziet dan ook niet in op welke manier dit (enigszins belerende) betoog van de ambtenaar-geneesheer afbreuk kan doen aan de concrete vaststellingen die de Raad met betrekking tot de beschikbaarheid van de noodzakelijke behandeling heeft gemaakt.

In de mate dat de ambtenaar-geneesheer verwijst naar rechtspraak van het EHRM en stelt dat deze in dit opzicht doorslaggevend is, benadrukt de Raad dat de beoordeling die de ambtenaar-geneesheer moet doorvoeren, een beoordeling is op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet, en niet op grond van rechtspraak van het EHRM (waarbij de Raad aanneemt dat de ambtenaar-geneesheer doelt op rechtspraak in het kader van artikel 3 van het Europees Verdrag tot de bescherming van de Rechten van de Mens (hierna: het EVRM)). De Raad wijst in dit verband erop dat artikel 9^{ter}, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet duidelijk verschillende mogelijkheden inhoudt die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. De duidelijke bewoordingen van het voormelde artikel 9^{ter}, § 1, eerste lid, waarin de verschillende mogelijkheden naast elkaar zijn geplaatst, vergen geen nadere interpretatie en laten geenszins toe te besluiten dat indien er geen reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de

betrokkene, er dan ook geen reëel risico is op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst (cf. RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778; RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633; RvS 19 juni 2013, nr. 223.961). Het gaat om verschillende hypothesen waarvan de laatste losstaat van en verder gaat dan de voorziene hypothesen inzake een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit die de basisvereiste voor de toepassing van artikel 3 van het EVRM (cf. RvS 29 januari 2014, nr. 226.651; RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633) omvatten en de zogenaamde hoge drempel bepaald door de rechtspraak van het EHRM). Deze beperkt zich *in se* tot de gevallen waarin de aandoening een risico inhoudt voor het leven, gelet op de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte. Concreet houdt artikel 9ter van de vreemdelingenwet in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling waarbij er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen, maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. De vermelding in de memorie van toelichting bij de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen – die artikel 9ter in de vreemdelingenwet invoegt – dat het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende behandeling is in het land van oorsprong of verblijf, geval per geval gebeurt, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, en geëvalueerd wordt binnen de limieten van de rechtspraak van het EHRM (Wetsontwerp van 10 mei 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, Memorie van toelichting, *Parl.St.* Kamer 2006-2007, nr. 51-2478/001, 35), doet geen afbreuk aan de niet voor interpretatie vatbare tekst van de wet zelf, die – althans voor wat betreft de hypothese van een vreemdeling die lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft – een autonome, nationale bepaling is (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073; RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778). De omstandigheid dat artikel 3 van het EVRM als hogere norm ten aanzien van de vreemdelingenwet geldt en mogelijkerwijze een lagere vorm van bescherming voorziet, vormt geen beletsel voor de toepassing van artikel 9ter, § 1, eerste lid van die wet zoals hierboven beschreven. Het EVRM bevat immers minimumnormen en belet geenszins een ruimere bescherming in de interne wetgeving van de verdragspartijen (cf. RvS 28 november 2013, nrs. 225.632 en 225.633; RvS 19 juni 2013, nr. 223.961). Artikel 53 van het EVRM laat namelijk aan de lidstaten de mogelijkheid om aan eenieder die ressorteert onder hun rechtsmacht een ruimere bescherming te bieden dan deze vereist door het Verdrag.

Nog los van deze vaststelling, stelt de Raad vast dat de ambtenaar-geneesheer in dit onderdeel van zijn betoog zelf erkent dat het aan de Dienst Vreemdelingenzaken is om ervoor te zorgen dat de nodige zorg wordt geboden, en niet om de kwaliteit van de geboden zorg te controleren of om te vergelijken of deze van dezelfde kwaliteit is als de zorg die in België wordt aangeboden. De Raad benadrukt echter nogmaals dat de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer in het onderdeel van het medisch advies waarin de concrete beschikbaarheid van de noodzakelijke medicatie wordt nagegaan, niet overeenind kunnen blijven. Hieraan kan de ambtenaar-geneesheer geen afbreuk doen door algemeen te stellen dat in dit concreet geval de behandeling van de pathologie waaraan de patiënt lijdt, beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, en daarbij naar een arrest van de Raad te verwijzen, dat betrekking heeft op een andere persoon in een andere situatie. Hetzelfde geldt voor zijn algemene vaststelling dat hij er zeker van is dat de huidige behandeling niet de enige mogelijke goede behandeling is, “aangezien er in TOGO voldoende goede alternatieven zijn”.

Daar waar de ambtenaar-geneesheer ten slotte stelt dat de artsen van het land van herkomst de nodige follow-up kunnen overnemen en dat hun kunde niet *per se* twijfelachtig is, want dat een omgekeerde redenering zou inhouden dat men maar “*d’office*” alle HIV-positieven uit Togo zou moeten regulariseren in België, wijst de Raad vooreerst erop dat hij *in casu* slechts ingaat op de beschikbaarheid van de medicatie, en niet op de mogelijkheid tot follow-up door al dan niet kundige artsen in het land van herkomst. Bovendien betreft het voorliggende geval ook niet “*alle HIV-positieven uit Togo*”, maar wel specifiek de verzoekende partij, waarvoor de ambtenaar-geneesheer individueel moet onderzoeken of de voor haar adequate behandeling beschikbaar (en toegankelijk) is in Togo. De ambtenaar-geneesheer kan niet voorhouden aan deze plicht tegemoet te komen door in zijn medisch advies over te gaan tot veralgemeningen die niet ter zake doen.

Gelet op het bovenstaande stelt de Raad vast dat het medisch advies van 10 januari 2019, waarop de eerste bestreden beslissing van 17 januari 2019 uitdrukkelijk is gesteund, is aangetast door meerdere zorgvuldigheids- en motiveringsgebreken, met name wat betreft de beschikbaarheid van de HIV-medicatie in het land van herkomst. De vaststelling van de ambtenaar-geneesheer dat de noodzakelijke medicatie beschikbaar is in het land van herkomst kan dan ook niet overeind blijven. Bijgevolg kan ook de conclusie van de ambtenaar-geneesheer niet overeind blijven dat uit het voorgelegde medische dossier kan worden besloten dat de HIV-infectie van de verzoekende partij geen reëel risico inhoudt voor haar leven en fysieke integriteit, aangezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Togo, en er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf, met name Togo. Bijgevolg kan ook de daaropvolgende conclusie niet overeind blijven dat de verzoekende partij niet langer voldoet aan de voorwaarden voor een tijdelijke verblijfsmachtiging volgens artikel 9 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007, omdat de omstandigheden op grond waarvan de machtiging werd verleend, niet langer bestaan of voldoende ingrijpend en met een niet-voorbijgaand karakter zijn gewijzigd, en dat de beschikbaarheid en de toegankelijkheid er drastisch verbeterd zijn en er ook een verbeterd medicatieaanbod aanwezig is. Zodoende moet de eerste bestreden beslissing, die op dit advies steunt en waarvan dit advies integraal deel uitmaakt, worden vernietigd. Dit advies is immers, gelet op het bepaalde in artikel 9ter van de vreemdelingenwet en zoals hoger reeds gesteld, beslissend voor de niet-verlenging van het eerder op grond van het voormelde artikel 9ter toegestane BIVR van de verzoekende partij.

Bijkomend wijst de Raad er nog op, zoals de verzoekende partij terecht aanvoert, dat de ambtenaar-geneesheer opnieuw nalaat toe te lichten waarom hij op 13 maart 2017, bij het gegrond verklaren van haar aanvraag, van oordeel was dat de analoge medicatie abacavir, lamivudine en/of efavirenz wel in Togo beschikbaar was, doch niet geschikt was voor haar, terwijl hij dit anno 2018-2019 plots wel voor haar geschikt acht. De Raad stelt vast dat hij in zijn vernietigingsarrest nr. 213 167 van 29 november 2018 inderdaad het volgende oordeelde: *“Een en ander klemmt des te meer nu uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat verzoekster initieel een tijdelijke verblijfsmachtiging werd toegestaan omdat de genomen antiretrovirale middelen, op tenofovir disproxil na, niet beschikbaar waren in Togo, terwijl de op dat ogenblik geraadpleegde informatie afkomstig van de MedCOI-databank, met het unieke referentienummer BMA 8858 van 20 december 2016, wel degelijk ook reeds aangaf dat – naast tenofovir disproxil – ook de analoge medicatie abacavir, lamivudine en efavirenz voorhanden waren in Togo. Niettegenstaande dit gegeven oordeelde de arts-adviseur dat de vereiste antiretrovirale middelen voor verzoekster in Togo niet beschikbaar waren, op tenofovir na. Op dat ogenblik werd de thans weerhouden analoge medicatie abacavir, lamivudine en/of efavirenz dus blijkbaar niet geschikt geacht. De arts-adviseur licht niet toe waarom zij hierover thans anders oordeelt.”* In dit verband merkt de Raad nog op dat de voormelde MedCOI-informatie van 20 december 2016 zich enerzijds in een fout afgedrukte en daardoor onleesbare versie in het aan de Raad ter beschikking gestelde administratief dossier bevindt, en verder enkel in een onvolledige versie. Het volstaat echter te verwijzen naar de vaststellingen van de Raad in dit verband in het voormelde vernietigingsarrest van 29 november 2018. De ambtenaar-geneesheer stelt in zijn medisch advies van 10 januari 2019 dat de noodzakelijke medicamenteuze behandeling voor de verzoekende partij *“ondertussen wel”* beschikbaar is in Togo en dat sprake is van een *“drastisch verbeterde”* beschikbaarheid en ook een *“verbeterd”* medicatie aanbod. Enige toelichting ontbreekt echter nog steeds, zodat in dit verband een schending van de formele motiveringsplicht in het licht van het gezag van gewijsde van het voormelde vernietigingsarrest van de Raad kan worden vastgesteld.

In haar nota met opmerkingen voert de verwerende partij aan dat de verzoekende partij niet onderbouwt dat zij intolerant zou zijn voor de verschillende analoge medicatie en dat zij ook niet aantoonde dat zij verstoken zal blijven van antiretrovirale medicatie in Togo, gelet op de beperkte beschikbaarheid van 60%, maar hiermee gaat de verwerende partij voorbij aan het feit dat de ambtenaar-geneesheer heeft nagelaten in dit verband een zorgvuldig onderzoek te doen en/of een (afdoende) motivering op te nemen. Vervolgens herhaalt de verwerende partij elementen uit het medisch advies en voert zij een uitgebreid betoog in het licht van artikel 3 van het EVRM. De Raad benadrukt echter nogmaals dat een onderzoek in het licht van artikel 9ter van het EVRM moet worden gevoerd en niet in het licht van artikel 3 van het EVRM. Het betoog van de verwerende partij met betrekking tot het voormelde artikel 3 kan dan ook geen afbreuk doen aan de vastgestelde gebreken met betrekking tot het in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet gevoerde onderzoek naar de beschikbaarheid van de voor de verzoekende partij noodzakelijke HIV-medicatie.

Een schending van het zorgvuldigheids- en motiveringsbeginsel in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet wordt aannemelijk gemaakt.

Het eerste middel is in de aangegeven mate gegrond.

2.2.1 In een tweede middel, gericht tegen de tweede bestreden beslissing, voert de verzoekende partij onder meer de schending aan van artikel 74/13 van de vreemdelingenwet.

Zij zet in haar verzoekschrift in dit verband het volgende uiteen:

“Dat de bestreden beslissing gepaard gaat met een bevel om het grondgebied te verlaten.

Overeenkomstig artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn 2008/115/EG zijn de staten verplicht om bij een uitwijzingsbeslissing o.a. rekening te houden met de het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleden de gezondheidstoestand van de betrokkenen, zoals tevens omgezet naar Belgisch recht via artikel 74/13 Vw. : (...)

Ook artikel 74/11, §3 Vw. bepaalt dat het bevel om het grondgebied te verlaten niet kan ingaan tegen bepalingen betreffende het recht op internationale bescherming, zoals gedefinieerd in de artikelen 9ter, 48/3 en 48/4 Vw.

Dat in casu verweerder het bevel om het grondgebied te verlaten enkel gemotiveerd heeft op basis van het feit dat verzoekster niet langer meer voldoet aan haar verblijf gestelde voorwaarden.

Dat hieruit dan ook niet blijkt of verweerder rekening heeft gehouden met het gezondheidstoestand van verzoekster conform artikel 74/13 Vw. (...) bij het afleveren van het bevel om het grondgebied te verlaten.

Dat het bevel om het grondgebied te verlaten dan ook een schending inhoudt (...) van (...) artikel (...) 74/13 Vw. (...).”

2.2.2 In haar nota met opmerkingen antwoordt de verwerende partij hierop het volgende:

“Verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat uit de synthesesnota d.d. 16.01.2019, in het administratief dossier aanwezig blijkt dat het Bestuur heeft rekening gehouden met de elementen van artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet, waaromtrent wordt gesteld:

“Bij bevel of inreisverbod Artikel 74/13:

- 1. gezins- en familieleden: alleenstaand*
- 2. hoger belang van het kind: geen*
- 3. gezondheidstoestand: betrokkene kan reizen”*

Verzoekster toont niet aan dat er gewijzigde omstandigheden zouden zijn waardoor het onderzoek conform artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet niet meer actueel zou zijn.

Verder dient te worden opgemerkt dat het bevel om het grondgebied te verlaten gelijktijdig werd genomen met de beslissing waarbij verzoeksters tijdelijk recht op verblijf niet langer werd verlengd daar de arts-adviseur had vastgesteld dat de medische behandeling en opvolging voor verzoekster beschikbaar en toegankelijk is in Togo. Zij kan derhalve niet dienstig voorhouden dat het Bestuur bij het nemen van het bevel om het grondgebied te verlaten geen rekening gehouden zou hebben met haar gezondheidstoestand.

Uit artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet vloeit geen formele motiveringsplicht voort. Het volstaat dat uit de gegevens van het dossier kan worden afgeleid dat de elementen zoals voorzien in artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet werden onderzocht vooraleer het bevel om het grondgebied te verlaten werd genomen. Het tegendeel wordt alleszins niet aannemelijk gemaakt. (...)

Het tweede middel is niet ernstig.”

2.2.3 Artikel 74/13 van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

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

Zoals de verzoekende partij ook aangeeft, vormt deze bepaling de omzetting van artikel 5 van richtlijn 2008/115/EG over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen die illegaal op hun grondgebied verblijven (hierna: de Terugkeerrichtlijn). Uit het voormelde artikel 74/13 en het voormelde artikel 5 blijkt dat bij een verwijderingsmaatregel rekening moet worden gehouden met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleven en de gezondheidstoestand van de betrokkenen. Deze drie te respecteren elementen vinden eveneens hun weerklink in respectievelijk de artikelen 24, 7 en 4 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (hierna: het Handvest). Bij de tenuitvoerlegging van de Terugkeerrichtlijn zijn de lidstaten gehouden tot naleving van voormelde artikelen van het Handvest en overeenkomstig artikel 52.3 van het Handvest moet aan de artikelen 4 en 7 van het Handvest eenzelfde draagwijdte worden gegeven als aan de artikelen 3 en 8 van het EVRM.

Er wordt niet betwist dat de tweede bestreden beslissing een ‘beslissing tot verwijdering’ in de zin van artikel 1, § 1, 6° van de vreemdelingenwet uitmaakt.

De verzoekende partij voert aan dat de gemachtigde het bevel om het grondgebied te verlaten enkel heeft gemotiveerd op basis van het feit dat zij niet langer voldoet aan de aan haar verblijf gestelde voorwaarde, en dat hieruit dan ook niet blijkt of de gemachtigde rekening heeft gehouden met haar gezondheidstoestand.

De verwerende partij betwist in haar nota met opmerkingen niet dat in het bestreden bevel om het grondgebied te verlaten zelf geen rekening werd gehouden met de gezondheidstoestand van de verzoekende partij. Ook haalt zij niet aan dat hiermee elders dan in de eerste bestreden beslissing werd rekening gehouden.

De Raad wijst erop dat de gemachtigde inderdaad in het kader van de eerste bestreden beslissing op de gezondheidstoestand van de verzoekende partij is ingegaan. Op deze weigeringsbeslissing van 17 januari 2019 wordt overigens ook uitdrukkelijk gewezen in de tweede bestreden beslissing om te onderbouwen waarom de verzoekende partij krachtens artikel 13, § 3, 2° van de vreemdelingenwet niet meer voldoet aan de aan haar verblijf gestelde voorwaarden. Aangezien de Raad in het kader van het eerste middel echter heeft vastgesteld dat de eerste bestreden beslissing moet worden vernietigd, kan niet langer worden aangenomen dat de gemachtigde op deze manier rekening heeft gehouden met de gezondheidstoestand van de verzoekende partij.

De verwerende partij wijst in haar nota met opmerkingen nog op een synthesesnota van 16 januari 2019, waaruit volgens haar blijkt dat de gemachtigde rekening heeft gehouden met artikel 74/13 van de vreemdelingenwet. Hierin wordt met betrekking tot de gezondheidstoestand het volgende overwogen: *“betrokkene kan reizen zie Medisch advies dd. 10/01/2019”*. De verwerende partij kan echter niet voorhouden dat het zou volstaan te verwijzen naar de mogelijkheid om te reizen, zonder dat ook rekening wordt gehouden met de in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet naar voren gebrachte elementen. Bovendien verwijst de gemachtigde in de betrokken synthesesnota hoe dan ook naar het (gebrekkige) medische advies van 10 januari 2019, waarvan de Raad heeft vastgesteld dat dit niet langer de eerste bestreden beslissing kan onderbouwen. Bijgevolg valt ook niet in te zien op welke manier het in het licht van het voormelde artikel 74/13 wel zou volstaan om nog naar dit advies te verwijzen.

Een schending van artikel 74/13 van de vreemdelingenwet wordt aannemelijk gemaakt.

Het tweede middel is in de aangegeven mate gegrond.

2.3 De beide middelen zijn in de aangegeven mate gegrond. Deze vaststelling leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen. De overige aangevoerde schendingen behoeven geen verder onderzoek.

3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft gegronde middelen aangevoerd die leiden 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.

4. Kosten

Gelet op het voorgaande past het de kosten van het beroep ten laste te leggen van de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 17 januari 2019, waarbij het bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister, voordien toegestaan 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, niet langer mag worden verlengd, en van de beslissing van diezelfde gemachtigde van 17 januari 2019 houdende een bevel om het grondgebied te verlaten, worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Artikel 3

De kosten van het beroep, begroot op 186 euro, komen ten laste van de verwerende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zeventien juli tweeduizend negentien door:

mevr. I. VAN DEN BOSSCHE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

I. VAN DEN BOSSCHE