



Arrest

nr. 2244 731 van 8 augustus 2019
in de zaak X II

In zake: 1. X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat S. MICHOLT
Maria van Bourgondiëlaan 7 B
8000 BRUGGE

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie
en Administratieve Vereenvoudiging, thans de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die verklaren van Georgische nationaliteit te zijn, op 4 april 2018 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van respectievelijk 23 januari 2018 en 29 januari 2018 van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen onontvankelijk verklaard wordt.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 18 april 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 21 mei 2019.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter J. CAMU.

Gehoord de opmerkingen van advocaat H. VAN NIJVERSEEL, die loco advocaat S. MICHOLT verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat E. WILLEMS, 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 19 december 2017 dienen de verzoekende partijen een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.2. Op 23 januari 2019 beslist de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris (hierna: de gemachtigde) de aanvraag van mevrouw onontvankelijk te verklaren. Op 29 januari 2019 beslist hij de aanvraag van mijnheer eveneens onontvankelijk te verklaren.

Dit zijn de bestreden beslissingen.

De eerste bestreden beslissing is de beslissing tot onontvankelijkheid die werd genomen ten aanzien van mijnheer en is als volgt gemotiveerd:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die per aangetekend schrijven van 19.12.2017 bij onze diensten werd ingediend door:

*G., G. (R.R.: 088052758701)
nationaliteit: Georgië
geboren op 27.05.1988
adres: x*

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012) deel ik u mee dat dit verzoek onontvankelijk is.

Reden(en):

Artikel 9ter – § 3 5° – van de wet van 15 december 1980 zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012); de gevallen bepaald in artikel 9bis, § 2, 1° tot 3°, of de ingeroepen elementen ter ondersteuning van de aanvraag tot machtiging tot verblijf in het Rijk werden reeds ingeroepen in het kader van een vorige aanvraag tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van de huidige bepaling.

Op 06.11.2013 en 26.11.2013 werd een aanvraag om machtiging tot verblijf conform art. 9ter ingediend. De elementen ingeroepen in de huidige aanvraag conform art. 9ter d.d. 19.12.2017 en in de bijgevoegde medische attesten (zie bevestiging arts d.d. 26.01.2018 in bijgevoegde gesloten omslag), werden eveneens ingeroepen in de andere aanvraag om machtiging tot verblijf. Indien de elementen reeds werden ingeroepen in het kader van een vorige aanvraag tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk, dient de gemachtigde van de minister de aanvraag onontvankelijk te verklaren op basis van artikel 9ter §3 – 5° van de wet van 15 december 1980 zoals vervangen door Art. 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012).

Echter het voorgelegde medische getuigschrift (en bijlagen) bevat eveneens medische elementen die niet eerder werden aangehaald door betrokkene:

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

Uit het medisch advies van de arts-adviseur d.d. 26.01.2018 (zie gesloten omslag in bijlage) blijkt kennelijk niet dat deze ziekte een reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft.

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan G., G. willen overhandigen. Een eventuele onmogelijkheid tot reizen zal bij de uitvoering van een verwijdering onderzocht worden.

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

De tweede bestreden beslissing is de beslissing tot onontvankelijkheid die werd genomen ten aanzien van mevrouw en is als volgt gemotiveerd:

“in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen deel ik u mee dat dit verzoek onontvankelijk is.

Reden(en):

Artikel 9ter §3, 3° van de wet van 15 december 1980 zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen; het standaard medisch getuigschrift werd niet voorgelegd bij de aanvraag.

In het verzoekschrift dd. 19.12.2017 is een verslag terug te vinden dd. 04.07.2016 en 22.08.2015 opgesteld door een psycholoog. Doch we merken op dat een medisch getuigschrift dient opgesteld en ondertekend te worden door een dokter in de geneeskunde. Dat een psycholoog niet per definitie de titel van dokter in de geneeskunde bezit en diens gevolg kan dit verlag niet aanzien worden als een medisch getuigschrift. Aangezien alle ontvankelijkheidsvoorwaarden dienen vervuld te zijn op het ogenblik van de indiening van de initiële aanvraag, dient de aanvraag onontvankelijk verklaard te worden (Arrest 214.351 RvS dd. 30.06.2011).”

2. Over de gegrondheid

2.1.1. In een eerste middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van artikel 62 van de vreemdelingenwet, van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (hierna: het EVRM), van de artikelen 2 en 3 van de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen van 29 juli 1991, van de materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

De verzoekende partijen lichten het eerste middel als volgt toe:

“

Samenvatting middel:

Eerste verzoekende partij leidt aan focale epilepsie. Sinds het vorige verzoek is de situatie van eerste verzoekende partij niet zozeer verbeterd, maar blijft deze uiterst precair. Bovendien volgt uit meer recente informatie dat de noodzakelijk behandeling in Georgië absoluut niet toegankelijk is voor verzoekende partij. Dit houdt een gewijzigde omstandigheid in, waarmee geen rekening werd gehouden. Eerste verzoekende partij zal in Georgië geen concrete toegang genieten tot voldoende en adequate zorg. Bovendien zal eerste verzoekende partij, in tegenstelling tot wat verwerende partij beweert, worden blootgesteld aan vernederende en onmenselijke behandeling omwille van zijn ziekte.

4.1.1. Juridisch kader

Verweerster miskent in de bestreden beslissing de aanwezigheid van nieuwe elementen in het dossier van verzoekende partij. Deze elementen betreffen enerzijds de evolutie van het chronische ziektebeeld van eerste verzoekende partij, anderzijds werd heel wat nieuwe informatie aangebracht met betrekking tot toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Georgië.

Bijgevolg had verwerende partij in het huidige dossier wel degelijk op zijn minst CORRECT moeten vaststellen dat dit dossier een ziektebeeld betreft hetwelk kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid (van artikel 9 terVw), die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk;

Volgens het arrest van de RvV arrest nr. 83.956 van 29 juni 2012 en het arrest nr. 92.863 van 4 december 2012 miskent deze DVZ motivering dan ook artikel 9ter van de Verblijfswet en de formele motiveringsplicht. Artikel 9ter beschermt niet alleen tegen directe levensbedreigingen, maar ook tegen een reëel risico wanneer er geen adequate behandeling is in het land naar waar de aanvrager zou moeten terugkeren. Voor toepassing van de medische filter moet de verwerende partij beide elementen nagaan en motiveren.

Dit wordt ook nog eens expliciet bevestigd door het RvV arrest nr. 92.863 van 4 december 2012:

“Aldus blijkt dat de ambtenaar-geneesheer door enkel te onderzoeken of de aandoeningen direct levensbedreigend zijn, in de zin dat er sprake is van een kritieke gezondheidstoestand of een vergevorderd stadium van de ziekte, zonder verder onderzoek naar de mogelijkheden van een behandeling in het land van herkomst of zonder aan te geven dat het slechts een banale ziekte betreft, de rechtspraak van het EHRM inzake artikel 3 van het EVRM bij de verwijdering van zieke vreemdelingen, te beperkend interpreteert.”

En het RvV arrest nr. 93.285 van 11 december 2012:

“De bestreden beslissing steunt op een deductie van de arts-adviseur die geen steun vindt in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Er werd in strijd met artikel 9ter, 61, eerste lid van de vreemdelingenwet niet nagegaan of er geen sprake is van een ziekte of aandoening die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van bestemming. De zorgvuldigheidsplicht en materiële motiveringsplicht werden geschonden in het licht van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet.”

Deze rechtspraak van de RvV werd bevestigd door de Raad van State in het arrest nr. 223 961 van 19 juni 2013 (te vinden op de website van de Raad van State : www.raadvanstate.be)

“Anders dan de verwerende partij voorhoudt, houdt deze laatste bepaling duidelijk twee mogelijkheden in wat betreft de ziekte van de betrokkene: de ziekte houdt een reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit in, of zij houdt een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst in. De duidelijke bewoordingen van deze bepaling, waarin de twee mogelijkheden naast elkaar zijn geplaatst, vergen geen nadere interpretatie en laten geenszins toe te besluiten dat de” tweede mogelijkheid, zijnde een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst, afhankelijk is van de eerste mogelijkheid, met name een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene.”

Een motivering zoals de verwerende partij in dit dossier reeds heeft toegepast en waar naartoe wordt verwezen is dus niet voldoende. In casu is de formele motiveringsverplichting geschonden waardoor de RvV arresten 83.956 van 29 juni 2012, 92.863 van 4 december 2012 en 93.285 van 11 december 2012 naar analogie kan worden toegepast!

Volgens de standaard medische attesten die bij de aanvraag voor de medische regularisatie zijn gevoegd, is het duidelijk dat de beklaagde een gezondheidstoestand heeft waarvoor een adequate behandeling essentieel is.

4.1.2. Gezondheidstoestand van eerste verzoekende partij bijzonder ernstig

In het verzoekschrift van 19 december 2017 werd duidelijk aangetoond dat de gezondheidstoestand van eerste verzoekende partij zéér ernstig is en blijft. Het beeld dat de arts-adviseur ophangt van een onvoldoende ernstige aandoening strookt in geen geval met de werkelijkheid.

Verzoekende partijen verwijzen dan ook volledig terecht naar de uiteenzetting van het ziektebeeld, zoals dat in het verzoekschrift van 19 december 2017 werd weer gegeven én veelvuldig gestaafd. Op basis van deze informatie kan in géén geval besloten worden dat

“Eerste verzoekende partij, legt het standaard medisch getuigschrift van 14 december 2017 voor dat door dokter J. Krabbe (Psychiater) werd ingevuld. (stuk 3)

Daarnaast legt eveneens het – eveneens recente – standaard medisch getuigschrift van 8 december 2017 voor dat door dokter P Vrielynck werd ingevuld (stuk 40). Hierbij werd eveneens een verslag van 27 juli 2017 gevoegd.

Betreffende de medische voorgeschiedenis attesteert dokter Krabbe:

“Bij mij in behandeling sinds februari 2015. Epilepsie depuis 2010. Lichte mentale retardatie. Totaal gebrek aan autonomie. Gebrekkige frustratietolerantie en slechte impulscontrole.

Psychotische symptomen: paranoïdie, angst voor messen, posttraumatische stress symptomen gelieerd aan agressie van zijn vader. “

(stuk 3)

Voor wat betreft de diagnose stelt dokter Krabbe het volgende vast: “ernstig:

Immature persoonlijkheidsstoornis bij mentale retardatie en epilepsie. Neiging tot psychische decompensatie in geval van stress. Neiging tot gedragsstoornissen in geval van frustratie. Hij kan niet autonoom functioneren en heeft nog behandeling nodig.”

(stuk 3, dokter Krabbe zet vet)

Wat betreft medicamenteuze behandeling wordt het volgende geattesteerd:

(voor Epilepsie)

- Diphatoïne*
- Frisium*
- Depakine*
- Inderal*
- L-Thyroxine*
- Abilify*
- Lormetazepam*

Dit wordt ook zo opgesomd in het medisch rapport dat door dokter Thierry Willemart werd opgesteld op 20 juni 2017 (stuk 41).

Wat betreft de interventie en/of hospitalisatie alsook de nodige frequentie / laatste hospitalisatie wordt het volgende geattesteerd:

“4/12/17 urgence st Jean: douleur Thoracique et angoisse +++ Pas de diagnostic »

(stuk 3)

Wat betreft de voorziene duur van de noodzakelijke behandeling:

“indéterminé. Langdurige behandeling is nodig.”

(stuk 3)

Wat zouden de gevolgen en mogelijke complicaties zijn indien de behandeling wordt stopgezet?

“Zonder behandeling zou hij decompenseren en opnieuw epileptische insulten krijgen waarbij gevaar voor fysieke integriteit.”

(stuk 3)

Wat betreft de evolutie en de prognose, attesteert dokter Krabbe het volgende:

“door de behandeling is hij rustiger geworden”

(stuk 3)

Dokter Vlierynck spreekt op zijn beurt van een *“pathologie chronique”*. (stuk ...)

Wat betreft de specifieke noden in verband met de medische opvolging, en de vraag of mantelzorg vereist is, attesteren dokter Vrielynck en dokter Krabbe:

“suivi neurologique 2 / an + suivi psychologique régulier”*

“Mantelzorg is vereist, hij kan niet autonoom functioneren. De omgeving moet veilig en structurerend zijn” (stuk 3 en stuk 40)

Zo blijkt ook uit een eerder standaard medisch getuigschrift van dokter Vrielynck dat de medische situatie van eerste verzoekende partij ernstig is. Hij lijdt namelijk aan focale epilepsie. Alsook zal het stopzetten van de nodige behandeling voor eerste verzoekende partij fatale gevolgen hebben. Een definitieve behandeling is vereist..

Eerste verzoekende partij legt verder nog enkele medische getuigschriften voor van in het verleden (stuk 4 en stuk 5)

Uit deze verschillende verklaringen van dokter Vrielynck, dokter Hanon en dokter Krabbe blijkt een duidelijke motivatie voor eerste verzoekende partij om op heden en in de toekomst in dezelfde stabiele omgeving door te brengen, aangezien deze stabiliteit en zorg een positieve invloed heeft op zijn ziektebeeld.

Vooreerst is het dienstig hier dieper op de medische diagnose van eerste verzoekende partij in te gaan en de ernst ervan te schetsen. Volgens dokter Hanon lijdt de heer G. G., eerste verzoekende partij, aan ernstige focale epilepsie.

Eerste verzoekende partij lijdt aan focale epilepsie. Dit wordt als volgt beschreven:

“Eenvoudige focale aanvallen

De klinische uitingen van focale aanvallen hangen af van de precieze plaats van de haard waar de aanval begint. Elke zone van de hersenschors (hersenooppervlak) heeft immers een specifieke functie.

In de motorische zone uit de aanval zich in een blijvende samentrekking of schokken van een deel van een lidmaat (arm, been), het hele lidmaat of zelfs een volledige lichaamshelft.

In de gevoelszone kan de patiënt abnormale huidsensaties krijgen: prikkelingen, branderig gevoel...

Er kunnen ook gehoor-, reuk- of smaakhallucinaties optreden na focale aanvallen in de overeenkomstige zone.

In zeldzamere gevallen bereiken de abnormale elektrische signalen de besturingszones van het autonome zenuwstelsel en krijgt de patiënt autonome symptomen tijdens de aanval: zware maag, bleke of integendeel rode gelaatskleur, overvloedig zweten, enz.

Psychische symptomen: angst of euforie, onwerkelijk of 'déjà vu'-gevoel, ten slotte zijn zeldzaam bij eenvoudige focale aanvallen. Ze doen zich vaker voor bij het begin van complexe, focale aanvallen”¹

Eerste verzoekende partij kan de ziekte moeilijk onder controle krijgen en heeft geen weet van wanneer de aanvallen zullen optreden. Hij is op deze manier heel sterk afhankelijk van tweede verzoekster.”

(stuk 4, Verzoek tot machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter Vw dd 19 december 2018)

1 Dr. Tugendhaft, eenvoudige focale aanvallen, te raadplegen op http://nl.medipedia.be/epilepsie/symptomen/artikels_eenvoudige-focale-aanvallen_245 (geraadpleegd op 18 augustus 2017).

De arts-ambtenaar lijkt er zich in zijn advies toe te beperken om vraagtekens te plaatsen bij de veelvuldige vaststellingen die verschillende artsen in dit dossier reeds opwierpen. Zo trekt de arts-adviseur de bijkomende diagnose van PTSS in twijfel louter en alleen omdat deze nog niet eerder door andere artsen als dusdanig werd gesteld.

Ook wordt deze aangehaalde bijkomende problematiek van PTSS ten onrechte volledig los gezien van het effect dat dit heeft op de reeds eerder uitgebreid geattesteerde focale epilepsie waar eerste verzoekende partij aan lijdt.

Ten onrechte heeft verwerende partij nagelaten te onderzoeken in welke mate het ‘geheel van ziektebeelden’ van eerste verzoekende partij zou leiden tot onmenselijke of vernederende behandeling in geval van terugkeer naar het land van herkomst.

Zo werd ook de Tachycardie niet geanalyseerd in het noodzakelijke bredere kader.

Tenslotte kan alleen vastgesteld worden dat de arts-adviseur in zijn advies op geen enkele manier de chronische epilepsie van verzoekende partij in twijfel trekt. Dit ziektebeeld op zichzelf zou al leiden tot onmenselijke en vernederende omstandigheden in het licht van de huidige staat van de Georgische gezondheidszorg.

4.1.3. Gezondheidszorg in Georgië.

Op zijn minst kan door verwerende partij niet ontkend worden dat verzoekende partij zeer relevantie bijkomende informatie hebben voorgelegd omtrent de afwezigheid en de ontoegankelijkheid van de noodzakelijke zorg in Georgië. Dit op zichzelf maakt al gewijzigde omstandigheid uit, de welke de bestreden beslissing jammer genoeg negeert.

- Mogelijkheid tot specifieke behandeling van eerste verzoekende partij

De medische behandeling die eerste verzoekende partij in België krijgt, kan niet worden ondergaan in Georgië. Reeds op 11 juni 2012 stelde het Universitair ziekenhuis Simon Khechinashvili te Tbilissi (Georgië) een brief op waarin vermeld wordt dat men in Georgië niet over de uitrustingen beschikt om de gepaste behandeling voor eerste verzoekende partij te begeleiden. Er werd aangeraden om naar een gevorderd epileptologisch centrum te gaan in het Westen voor deze behandeling. Verzoekende partij bemachtigden een kopie van deze brief, afgeleverd op 4 april 2017, dewelke werd toegevoegd aan hun aanvraag (stuk 13).

Vervolgens voegen verzoekers vier attesten toe van het Ministerie van werk, gezondheid en sociaal verweer van Georgië. Daarin wordt vermeld dat de geneesmiddelen Abilify, Diphantoine, Frisium en Inderal niet verkrijgbaar zijn in Georgië (stuk 14– stuk 17). Deze stukken gaan gepaard met een beëdigde vertaling naar het Frans. De vier geneesmiddelen vermeld in de attesten zijn voor eerste verzoekende partij van levensbelang. Zoals reeds werd neergeschreven door de verschillende dokters waarbij eerste verzoekende partij in behandeling is, zou een stopzetting van de behandeling catastrofaal zijn voor eerste verzoekende partij.

De Raad van State acht de weigering van een verblijfsvergunning om medische redenen strijdig met het recht op een menswaardige behandeling (art.3 EVRM) aangezien eerste verzoekende partij bij terugkeer niet in staat zou zijn de kosten van de in België ingezette verzorging verder te dragen (R.v.St. 18 maart 1998, T.V.R. 1998, 43).

Bij een terugkeer naar Georgië, kan de fysieke integriteit van eerste verzoekende partij onmogelijk gegarandeerd worden. Het terugsturen van eerste verzoekende partij naar het land van herkomst zou een schending zijn van artikel 3 van het EVRM.

Zo moest een gerepatrieerde Bulgaar op kosten van de Belgische Staat terug worden toegelaten op het Belgisch grondgebied omdat de betrokkene, getroffen door een ernstige aandoening, niet op een adequate wijze verzorgd kon worden in zijn thuisland (Rb. Brussel, 18 mei 1998, T.V.R. 1998, 65). Deze uitwijzing werd aanzien als een onmenselijke behandeling en vormde dus een inbreuk op artikel 3 EVRM.

Specifieke rechtsleer stelt dan ook: “Er zijn steeds meer echtelijke uitspraken waarbij een gedwongen uitwijzing van ernstig zieke illegalen wordt veroordeeld omwille van een mogelijke schending van het artikel 3 EVRM” (W. Palm, ‘Het recht op gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf in internationaal perspectief’, T.V.R. 1998, 13).

In een arrest van het de Grote Kamer van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens Paposhvili t. België, uitgesproken op 13 december 2016 werd nieuwe dwingende rechtspraak gevestigd waarin een kader werd gecreëerd waaraan een land moet voldoen bij haar toetsing van artikel 3 EVRM. bij een uitwijzingsbeslissing van een ernstig ziek persoon.

Het EHRM stelt in de eerste plaats dat in concreto (“in practice”) nagegaan moet worden in welk mate de patiënt toegang zal hebben tot voldoende en geschikte gezondheidszorg in zijn land van herkomst. Deze analyse dient te gebeuren op individueel niveau:

“Real Rather Than Theoretical Access to “Sufficient” and “Appropriate” Care

“In our third party intervention we proposed that the risk assessment should consider the adequacy of the medical care available in the receiving state and the person’s actual access to such care. The question, we argued, is not just whether adequate treatment is generally available but, crucially, whether the available treatment would in reality be accessible to the person concerned. The applicant argued that the alleged Article 3 violation should be examined “in concreto,” taking into consideration, among other things, “the accessibility of treatment in the country of destination” (§ 139).”

“The Grand Chamber seizes the occasion to meticulously set out a range of procedural duties for the domestic authorities in the ECHR state parties. All these duties point in one clear direction: a more rigorous assessment of the risk as required by the absolute nature of the Article 3 prohibition (Saadi v. Italy § 128). In assessing the alleged risk of ill-treatment, the domestic authorities should verify whether the care available in the receiving state is “sufficient and appropriate in practice for the treatment of the

applicant's illness so as to prevent him or her being exposed to treatment contrary to Article 3" (§ 189, emphasis added). The domestic authorities should also consider "the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State" (§ 190, emphasis added). Referring to existing case law, the Court points to several factors to be taken into account: "cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care" (§ 190)."

(stuk 5, Strasbourg observers, Paposhvili v. Belgium: Memorable Grand Chamber Judgment Reshapes Article 3 Case Law on Expulsion of Seriously Ill Persons, 15 december 2016, te consulteren via: <https://strasbourgobservers.com/2016/12/15/paposhvili-v-belgium-memorable-grand-chamber-judgment-reshapes-article-3-case-law-on-expulsion-of-seriously-ill-persons/>, verzoekers zetten vet)

Aangezien verzoekers bewijzen neerleggen over het niet aanwezig zijn van de behandeling in Georgië en het niet beschikbaar zijn van de medicatie op de Georgische markt, zou een terugkeer naar Georgië een schending opleveren van artikel 3 EVRM.

- Gezondheidszorg in Georgië

Door verwerende partij werd geen enkele informatie over de gezondheidszorg in Georgië onderzocht.

Het Human Rights Practices Country Report over Georgië van 2016, verschenen op 3 maart 2017 bevestigt nochtans dat de gezondheidszorg in Georgië nog steeds vele beloften dient in te lossen. Verder staat in het rapport ook te lezen dat het universele gezondheidsprogramma niet alle noden van behoeftige personen tegemoet kan komen, zeker niet wat betreft medicatie.

While the constitution and law prohibit discrimination against persons with physical, sensory, intellectual, and mental disabilities in employment, education, air travel and other transportation, as well as access to health care, the judicial system and right to a fair trial, and the provision of other government or private-sector services, the government was not effective in enforcing the provisions. The Public Defender's Office reported persons with disabilities continued to encounter barriers to participating in public life as full-fledged members of society. Many families with children with disabilities considered themselves stigmatized and kept their children out of public view. Discrimination in employment was also a problem.

The Public Defender's Office reported that, despite state programs on childcare and social rehabilitation, many persons with disabilities, especially those living outside of Tbilisi, lacked information regarding access to social, medical, and other programs. The universal health-care program did not cover all needs for such persons, particularly with regard to provision of medication. The Public Defender's Office stated that inclusive education remained a major challenge. Despite the introduction of inclusive education in professional and general educational institutions, preschool and higher education were not part of the system. (Stuk 18, United States Department of State, 2016 Country Reports on Human Rights Practices - Georgia, 3 maart 2017, te consulteren via: <http://www.refworld.org/docid/58ec8a3513.html>, verzoekers zetten vet)

Het 'country fact sheet'-report Georgia van juni 2014 afkomstig van de 'International Organization for Migration' (IOM) stelt met betrekking tot de gezondheidszorg, en meer bepaald de medische infrastructuur, dat het, hoewel het uitgebreid is, ze voornamelijk functioneren in de regio Tbilisi. Het rapport stelt:

"Establishing hospital system in Georgia is being carried out within the framework of the hospital service network development program. To date, up to 100 hospitals, either newly opened or rehabilitated have started functioning in Tbilisi and regions.

In 2011, the medical facilities founded by 100% share state participation were reorganized on the regional level, and the

services provided by them have been integrated into the newly established medical centers. Up to 40 such medical centers have been operating in the different regions of the country so far, with integrated outpatient, pre-hospital and hospital services."

(stuk 12: IOM, "Georgia: Country fact sheet on infrastructure, economy, housing, health care, education and returnees", juni 2014, te consulteren op

https://milo.bamf.de/milop/livelink.exe/fetch/2000/702450/698578/704870/698704/698616/17046380/17256334/Georgien_-_Country_Fact_Sheet_2014,_englisch.pdf?nodeid=17256114&vernum=-2)

Waar de gezondheidszorg in Georgië sinds 2013 wel in omvang is toegenomen, kan van de kwaliteit niet hetzelfde worden gezegd. Dit blijkt echter uit de volgende objectieve informatie die de gebrekkige medische zorgen weergeeft:

"Georgia has embraced privatization as the cure for all its healthcare ills. But in the rush to reform in recent years, one critical detail largely has been overlooked – ensuring that Georgian doctors actually are qualified to practice medicine.

With an overall population of about 4.6 million, Georgia, on paper, has far more doctors per capita than elsewhere in the former Soviet Union – 410 per 100,000 people compared with 380 per 100,000 on

average for other ex-Soviet republics, according to Curatio International Foundation, a Georgian healthcare policy think-tank. But the numbers are deceptive, according to several healthcare experts.

For over a decade, from the demise of the Soviet Union in 1991 until after the 2003 Rose Revolution, Georgia's medical sector, including medical schools, was completely unregulated. Fifty private schools purporting to teach medicine popped up like "mushrooms" during the 1990s, churning out 16,000 medical diplomas, according to Rima Beriashvili, Deputy Rector of Tbilisi State Medical University (TSMU). Many of these graduates lacked a thorough grounding in medicine. The formerly widespread practice of paying bribes to obtain advanced educational degrees contributed to the problem.

"Primarily, [doctors] are lacking knowledge ... knowledge that was never delivered in medical school, knowledge attached to ... practical skills" commented Dr. Giorgi Gotsadze, one of Georgia's leading specialists on healthcare and public health policy.

(...)

Underscoring the problem, a 2013 draft World Bank report found that 25 percent of an unspecified number of surveyed Georgian doctors could not properly diagnose the symptoms of a heart attack, a leading cause of death in Georgia. Less than half knew about the use of aspirin to thin blood and improve circulation, according to the Bank's Tbilisi press office.

(...)

Anecdotal stories of physicians who exacerbate ailments or botch surgeries have spurred Georgians to depend on personal recommendations of friends and family for

reliable doctors. Those who can afford it sometimes travel abroad rather than risk care at home. (...)"

(stuk 19: EurasiaNet, "Georgia: Quack Alert", 22 augustus 2013, te consulteren op

http://www.ecoi.net/local_link/256617/368505_en.html, verzoekers zetten vet)

Onderstaande objectieve informatie bevestigt verder het gebrek aan kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg.

"In December 2013, the Public Defender released a report on human rights and freedoms in Georgia for the year 2013. The report commends the MIA for its efforts to destroy unlawful recordings of citizens' personal lives after the illegal surveillance project was leaked to the public earlier that year. However, the report also noted the state's frequent failure to ensure the right to assembly and religion, its unlawful suspension of public servants, its unjust treatment of citizens by police authorities, its over-tolerance of violence against women and children, and its lack of healthcare and programs for the disabled. Likewise, NGOs have repeatedly raised concerns about cases of alleged ill-treatment of citizens in police custody and violence implemented by representatives of police and penitentiary institutions."

(stuk 6: The Central Asia-Caucasus Analyst, "Reforming Georgia's Police in the Post-Saakashvili Era", 4 juni 2014, te consulteren op <http://www.cacianalyst.org/publications/analytical-articles/item/12987-reforming-georgias-police-in-the-post-saakashvili-era.html>, verzoekers zetten vet)

"While the constitution and law prohibit discrimination against persons with physical, sensory, intellectual, and mental disabilities in employment, education, air travel and other transportation, access to health care, or the provision of other government or private sector services, the government was not effective in enforcing these provisions. Discrimination, including social, educational, and employment discrimination, against persons with disabilities was a problem."

(stuk 7: USDOS - US Department of State, "Country Report on Human Rights Practices 2013 - Georgia", 27 februari 2014, te consulteren op http://www.ecoi.net/local_link/270713/387458_en.html)

"The Committee notes from the written information submitted by the Georgian representative to the Governmental Committee (Report concerning Conclusions 2009, T-SG(2011)1 final) that private health insurance is being promoted as the main mechanism for the pre-payment of health services (private insurance coverage for certain population categories, including households living below the poverty line, is nevertheless paid from public funds). The Committee also notes from another source¹ that health system regulation in Georgia is weak, and that out-of-pocket payments remain the main source of funding for the health system, which reduces access to services for much of the population, particularly in access to pharmaceuticals. Pharmaceuticals are not covered under the state-sponsored private health insurance packages and have only limited cover under other state health programmes. On the basis of this information, the Committee considers that it has not been established that there is a public health system providing universal coverage.

(...)

The Committee concludes that the situation in Georgia is not in conformity with Article 11§1 of the Charter on the grounds that:

- the measures taken to reduce infant and maternal mortality rates have been insufficient;
- it has not been established that there is a public health system providing universal coverage."

(stuk 8: Council of Europe, "European Social Charter (revised) European Committee of Social Rights Conclusions 2013 (GEORGIA) Articles 11, 12 and 14 of the Revised Charter", januari 2014, p 5-6, te consulteren op

http://www.ecoi.net/file_upload/1226_1391594071_georgia2013-en.pdf, verzoekers zetten vet)

Hoewel de Georgische overheid in het recent verleden hervormingen heeft ingevoerd in de beschikbaarheid van de gezondheidszorg en in een grotere overheidsdekking in de kosten van een ziektebehandeling, blijft desondanks de erg beperkte en gebrekkige medische infrastructuur en verzorging nog ongewijzigd. Het gebrek aan kwalitatieve medische infrastructuur kan men duidelijk afleiden uit de beleidsnota van de Georgische Minister van Arbeid, Gezondheid en Sociale Zaken, "Georgia: National Health Care Strategy 2011-2015". Als strategische doelstelling "Improve Quality of Medical Services". Daarvoor lijst de Georgische Minister hieronder de volgende prangende noden op:

"Assuring and improving the quality of medical services is a priority objective for the Government. The quality of service implies that clinically necessary care is available at the right time and is delivered from an adequately equipped facility at an appropriate price. Quality improvements are planned to be achieved through: the development and introduction of new state permit requirements for service providers; the training of motivated and qualified health personnel and improvement of their knowledge and skills by accrediting educational programs and clinical training sites; improved regulations governing medical facilities and improved quality monitoring systems; the creation and development of the pathology services; and by supporting the implementation of evidence-based clinical guidelines."

(stuk 9: Georgia: National Health Care Strategy 2011-2015, "Acces to Quality Health Care, te consulteren op

<http://www.opml.co.uk/projects/georgia-health-sector-strategy-2011-2015>, p. 12)

Dat de Georgische medische voorzieningen nog niet kwalitatief zijn, blijkt ook verder:

"The population is concerned with the quality of care. Albeit, the qualitative dimension of the services is neither routinely measured, nor adequately evaluated through special studies. Nevertheless, some structural issues e.g. deteriorating quality of health care facilities and out-dated equipment; quality of available human resources; lack of qualified and experienced health care facility managers, all may be having a negative impact on the quality of care offered to the population. Consequently addressing quality across different health system dimensions is important, which have to be encompassed by the new strategy."

(stuk 10: Ministry of Labour, "Health and Social Affairs of Georgia, Tbilisi, Georgia, The State of Nation's Health and Health System, The situation Analysis for the National Health Care Strategy Development", 15 juni 2011, te consulteren op

http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Georgia/nhp_georgian.pdf, p. 22)

"The public defender reported social welfare programs did not address the individual needs of persons with disabilities. Many persons with disabilities, especially those living outside of Tbilisi, lacked information regarding access to available social, medical, and other programs. The universal health care program did not cover all needs for such persons, particularly with regard to provision of medication."(stuk 11 United States Department of State, 2015 Country Reports on Human Rights Practices - Georgia, 13 April 2016, te consulteren op :

<http://www.refworld.org/docid/5716126715.html>)

Uit deze objectieve informatie kan afgeleid worden dat, ook al verzoekende partijen in de medische mogelijkheid verkeren om zich naar Georgië te begeven, quod non, het voor verzoekende partijen uiterst moeilijk tot quasi onmogelijk zal zijn om concrete toegang tot de noodzakelijke zorgen te krijgen in hun land van herkomst.

Een onderzoek hiernaar heeft verwerende partij NIET uitgevoerd.

Huidig middel is bijgevolg gegrond.

2.1.2. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de bestreden beslissing ten gronde liggen en dit op afdoende wijze. Het afdoend 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. De aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

De belangrijkste bestaansreden van deze uitdrukkelijke motiveringsplicht bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan of de overheid is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan binnen de perken van de redelijkheid tot haar beslissing is gekomen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 30 oktober 2014, nr. 228.963; RvS 17 december 2014, nr. 229.582).

Waar de verzoekende partijen de inhoudelijke motieven van de bestreden beslissingen betwisten voeren zij in wezen de schending aan van de materiële motiveringsplicht. De materiële motiveringsplicht 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 14 juli 2008, nr. 185.388; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 5 december 2011, nr. 216.669). Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn.

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheidsplicht legt de overheid onder meer op om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 november 2012, nr. 221.475).

Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Voor wat betreft de aangehaalde schending van artikel 3 van het EVRM merkt de Raad op dat de bestreden beslissingen geen verwijderingsmaatregel inhouden, zodat een schending van artikel 3 van het EVRM niet aan de orde kan zijn. Dit onderdeel is niet ontvankelijk. Er moet bovendien worden opgemerkt dat artikel 3 van het EVRM vereist dat de verzoekende partijen doen blijken dat er ernstige en zwaarwichtige gronden aanwezig zijn om aan te nemen dat, in het land waarnaar zij mogen worden teruggeleid, zij een ernstig en reëel risico lopen te worden blootgesteld aan foltering of mensonterende behandeling. Diegene die aanvoert dat hij een dergelijk risico loopt zal zijn beweringen moeten staven met een begin van bewijs, zodat inzonderheid blote en niet geconcretiseerde beweringen alsook de overtuiging inzake een onmenselijke behandeling, zoals geuit in onderhavig verzoekschrift, op zich niet volstaan om een inbreuk op artikel 3 van het EVRM aan te tonen.

Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624). In casu verwijst de verzoekende partij naar het bepaalde in artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet dat luidt als volgt:

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

Deze bepaling houdt duidelijk twee onderscheiden mogelijkheden in wat betreft de ziekte voorgelegd door betrokkene, met name:

- de ziekte houdt een reëel risico in voor het leven of voor de fysieke integriteit, of
- de ziekte houdt een reëel risico in op onmenselijke of vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst of het land van verblijf.

Deze twee verschillende mogelijkheden moeten onafhankelijk van elkaar worden getoetst (cfr. RvS 19 juni 2013, nr. 223.961, RvS 28 november 2013, nrs. 225.632, 225.633 en RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778). Voor wat betreft de ziekte die een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene vormt, stemt artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet overeen met artikel 3 van het EVRM en in die mate heeft de Belgische wetgever artikel 9ter aan de interpretatie van artikel 3 van

het EVRM door het EHRM willen verbinden (RvS 29 januari 2014, nr. 226 251). De tweede mogelijkheid gaat echter verder en vereist dat onafhankelijk van het reële risico voor het leven of de fysieke integriteit, tevens wordt onderzocht of de ziekte aanleiding kan geven tot een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer hiervoor geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land van verblijf. Overeenkomstig artikel 9ter, §1, vijfde lid van de vreemdelingenwet, dienen de hierboven besproken risico's te worden beoordeeld door de ambtenaar-geneesheer, die hieromtrent advies verschaft ten behoeve van de bevoegde staatssecretaris of zijn gemachtigde.

In casu blijkt uit de bestreden beslissing dat deze uitdrukkelijk verwijst naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 januari 2018. Dit advies werd samen met de bestreden beslissing aan de verzoekende partijen ter kennis gebracht. Zodoende maken de motieven van het advies van 26 januari 2018 integraal deel uit van de eerste thans bestreden beslissing, die er haar noodzakelijke grondslag in vindt. Op 26 januari 2018 geeft de ambtenaar-geneesheer zijn advies, dat als volgt gemotiveerd is:

"ik kom terug op uw vraag om evaluatie van het standaard medische getuigschrift voorgelegd door Mr. G. G. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 19.12.2017.

Vooreerst vraagt U me de medische documenten voor de 9ter aanvraag 19.12.2017 en 06.11.2013 + 26/11/2013 te vergelijken (Artikel 9ter §3 - 6°). Mr. G. legt in zijn aanvraag dd. 19/12/2017:

- een SMG voor opgesteld door Dr. Jenny Krabbe (psychiater) op 14/12/2017, 09/03/2017, 13/10/2016, 02/03/2016 (bijgeschreven: 30/06/2016) en 13/08/2015, een SMG van Dr. P. Vrielynck (internist-neuroloog)

op 08/12/2017 en 16/05/2017, een SMG van Dr. Chantal Depondt (internist-neuroloog) d.d.

03/02/2014 en een SMG van Dr. Françoise Hanon (huisarts) d.d. 09/11/2016 en 30/07/2014

- medische stukken d.d. 11/07/2017, 20/06/2017, 07/11/2017, 06/12/2012, 01/07/2014, 04/06/2014, 18/04/2014, 20/01/2014, 29/01/2014, 17/12/2013, 15/01/2015, 07/04/2015 (onvolledig), 28/07/2015, 21/10/2015, 23/04/2014, 02/01/2014, 03/02/2015, 30/04/2015, 10/11/2015, 13/02/2014, 26/02/2014, 01/01/2014, 31/12/2013, 10/02/2015, 05/05/2015, 10/12/2015, 03/03/2015, 06/05/2015, 29/12/2015, 17/06/2014, 18/02/2014, 30/12/2013, 19/03/2015, 26/05/2015, 30/12/2015, 26/06/2014, 19/05/2014, 20/03/2014, 13/02/2014, 19/12/2013, 29/11/2013, 07/04/2015, 28/04/2016, 11/06/2015, 09/07/2015, 24/05/2016 en 09/03/2017

- ongedateerde geneesmiddelenvoorschriften die ongeldig zijn in de apotheek

- gedateerde geneesmiddelenvoorschriften, die op zich geen bewijs zijn dat betrokkene die medicatie ook effectief aangekocht en ingenomen heeft

- afspraakbevestigingen (gedateerd of onvolledig gedateerd) voor raadplegingen, bloedonderzoeken en technische onderzoeken die op zich geen bewijs zijn dat die onderzoeken ook effectief zijn doorgegaan

- medische stukken die ook gevoegd waren bij de 9ter aanvraag d.d. 06/11/2013 en 26/11/2013: 11/12/2012, 10/12/2012, 13/12/2012, 27/12/2012, 02/01/2013, 03/01/2013, 10/01/2013, 29/01/2013, 12/02/2013, 25/02/2013, 04/03/2013, 22/03/2013, 23/05/2013, 13/09/2013, 01/10/2013, 05/11/2013, 28/11/2013

- niet medische stukken d.d. 21/11/2017, 22/11/2014, 01/10/2014, 18/03/2015, 04/12/2015, 21/11/2015, 19/12/2015, 04/07/2016, 24/10/2016, requisitoria

Uit deze medische getuigschriften blijkt dat de volgende diagnoses en hun respectievelijke behandelingen van betrokkene ongewijzigd zijn t.a.v. de medische attesten gevoegd bij de 9ter aanvraag dd. 06/11/2013 + 26/11/2013.

Op de SMG's en bijlagen/aanvullingen wordt namelijk vermeld dat Mr. G. sinds 10-jarige leeftijd (1998 à 2000) bekend is met een refractaire (= reageert slecht op medicatie) focale epilepsie van ongekende oorsprong (= cryptogeen) met vooral schokken in de bovenste ledematen (tonische myocloniën).

Dit is een vorm van epilepsie die ook gekend is als het syndroom van Lennox-Gastaut¹, een diagnose die reeds bekend was bij de moeder van betrokkene (zie asiel interview moeder in het administratief dossier d.d. 03/12/12) en dus al gediagnosticeerd werd in Georgië en verderop punt gesteld en behandeld werd in België. De mentale retardatie met immature persoonlijkheidsstoornis, het minder/niet autonoom kunnen functioneren, de gedragsstoornissen met agressie, gebrekkige frustratietolerantie, slechte impulscontrole en psychotische symptomen/decompensatie waarvoor betrokkene reeds sinds februari 2012 ambulant in behandeling zou zijn (in Georgië, vermits hij pas in België is aangekomen op 30/11/2012 (zie asielinterview moeder d.d. 03/12/12) of toch reeds in 2012 bij Dr. Krabbe met antipsychotica en kalmeermiddelen (= neuroleptica) (zie attest d.d. 10/12/2015 van Dr. Krabbe of pas sinds februari/maart 2015 bij Dr. Krabbe, zie SMG d.d. 14/12/2017-02/03/2016 (Dr. Krabbe lijkt zelf niet goed te weten wanneer zij begonnen is met betrokkene op te volgen, want 'november' werd nog doorstreept op het SMG d.d. 14/12/2017), gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen die dus reeds

bekend waren bij aankomst in België en die verbeterd zijn, zie hospitalisatieverslag d.d. 20/06/2017), de geheugenstoornissen en slaperigheid zijn allemaal of symptomen van dit syndroom van Lennox-Gastaut en dus van de reeds eerder ingeroepen diagnose van refractaire focale cryptogene epilepsie of van de bijwerkingen van de (anti-epileptische) medicatie (Keppra heeft een nadelige invloed op het gedrag, zie consultatieverslag d.d. 10/02/2015).

Betrokkene is ook reeds bekend met hypothyroïdie, waarvoor hij schildklierhormoonsubstitutie krijgt

De voorgelegde SMG's en bijlagen/aanvullingen bevestigen dus tot zover de reeds eerder aangehaalde gezondheidstoestand, syndroom van Lennox-Gastaut en hypothyroïdie, van betrokkene en bevestigen zelfs een verbetering van zijn gezondheidstoestand met het kunnen afschaffen van 1 van de 4 anti-epileptica (Keppra, zie consultatieverslag 24/05/2016) en een verbetering van zijn autonomie (gaat naar het cybercafé, zie brief Dr. Hanon d.d. 03/03/2015, moeder en zoon slapen niet meer in dezelfde kamer sinds juni 2015, en gedragsverbetering sinds de moeder de neuroleptica en Lysanxia (= kalmeermiddel = neurolepticum) gedurende 2 weken niet meer gegeven heeft aan haar zoon, zie consultatieverslag d.d. 11/06/2015) met zelfs vraag van betrokkene om een stiel te kunnen leren (verwijsbrief van Dr. Hanon d.d. 09/03/2017).

Terzijde merk ik op dat: De SMG's d.d. 14/12/2017 en 09/03/2017 door Dr. Krabbe opgesteld werden na haar pensionering op 01/11/2016, er werd vermeld als een notering als volgt op een ongedateerde kopij in het voorgelegde medische dossier: "Ulysse pour reprendre le relais? - retraite Dr. Krabbe 01/11/2016." Betrokkene, die volgens de attesterende artsen volledig arbeidsongeschikt zou zijn en niets/geen stiel zou kunnen leren wegens geheugenstoornissen, of zijn wettelijke vertegenwoordiger aan een attesterende chirurg in opleiding, Dr. Najla Banchir, op 05/05/2012 een attest voor arbeidsongeschiktheid vraagt, waarop deze arts verklaart dat hij arbeidsongeschikt is van 05/05/2012 tot 12/05/2012, geen lessen mag volgen, geen gymnastiek/sport mag beoefenen, maar dat hij de woning wel mag verlaten. Wat is het nut van zo'n attest voor iemand die volgens zijn attesterende artsen volledig afhankelijk zou zijn van derden?!

Het voorgelegde medische getuigschrift (en bijlage/aanvullingen) bevat eveneens elementen die niet eerder werden ingeroepen nl.: Posttraumatische stress symptomen (PTSS) die gelieerd werden aan agressie van zijn vader: Doorheen het hele uitgebreide medische dossier is er nergens sprake van een PTSS. Geen van de attesterende artsen hanteert deze diagnose. De chronologie van het dossier leert ons dat de moeder van betrokkene van zijn vader gescheiden is in 2009 (zie asiel interview moeder in het administratief dossier d.d. 03/12/12), toen betrokkene dus 21 jaar oud was. Betrokkene zou dus tientallen jaren geleefd hebben met zijn onbehandelde posttraumatische stress symptomen ten gevolge van agressie van zijn vader, een bewering die een behandelende arts niet anders kan dan zo te noteren, zonder in staat te zijn deze bewering te objectiveren en te bewijzen. Een bewering die, gezien betrokkene enkel vloeiend Georgisch spreekt, vertaald werd door zijn moeder en/of een tolk, gezien er doorheen het medische dossier steeds sprake is van een enorme taalbarrière en nood aan interacties via een tolk en dus inherent is aan interpretatie van het beweerde door de tolk. Posttraumatische stress symptomen die door de behandelende artsen van betrokkene in Georgië nooit opgemerkt zijn.

Daarna heeft betrokkene de stresserende reis met zijn moeder naar België ondernomen en heeft hier sinds 2012 met zijn posttraumatische stress symptomen geleefd terwijl hij medisch/psychiatrisch binnenstebuiten gekeerd werd en dat zonder dat die symptomen bij één van de geconsulteerde specialisten, noch bij de attesterende psychiater en huisarts voordien opgevallen zijn. Hieruit kan ik concluderen dat, indien er inderdaad posttraumatische stress symptomen bij betrokkene aanwezig zouden zijn, deze niet zo ernstig zijn dat zij een reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien er geen behandeling werd ingesteld.

Tachycardie (versneld hartritme), waarvoor een internist-cardioloog geraadpleegd werd d.d. 26/06/2014 die vaststelt dat de tachycardie veroorzaakt wordt door orthostatische hypotensie (een bloeddrukval bij rechtop staan) veroorzaakt door een lage bloeddruk ten gevolge van de anti-epileptische medicatie. Deze tachycardie vormt geen reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling beschikbaar zou zijn in Georgië, vermits er hier in België ook geen bewijs wordt voorgelegd van een constante behandeling van deze tachycardie met bèta-blokkers (zie onder). Behandeling met neuroleptica (antipsychotica en kalmeermiddelen) zou ingesteld geweest zijn door psychiater Krabbe en gestopt door de moeder van betrokkene die in haar verhaal gevolgd werd door de neuroloog (11/06/2015) en dit werd bevestigd door het thuismedicatieschema van Dr. Thierry Willemart d.d. 30/12/2015 waar geen neuroleptica (noch bèta-blokkers) op vermeld worden. De ongedateerde geneesmiddelenvoorschriften van Dr. Krabbe voor neuroleptica, die dus ongeldig zijn in de apotheek, en

het niet voorleggen van aankoopfacturen van (deze) medicatie in dit medische dossier maken dat ik kan besluiten dat de neuroleptica geen essentieel onderdeel uitmaken van het reeds gekende medicatieschema met anti-epileptica en schildklierhormoon, evenmin de bèta-blokkers voor de tachycardie veroorzaakt door de bloeddruk daling door de anti-epileptica, vastgesteld in 2014. In een ongedateerde brief van Dr. Krabbe aan een psychologe staat te lezen dat de moeder niet meer met de medicatie speelt ("elle ne joue plus avec les médicaments et sait mieux gérer la situation"), zodat hieruit besloten kan worden dat het onmogelijk is om te bepalen welke medicatie betrokkene al dan niet inneemt. Enkel de bloedspiegels van de anti-epileptica en het schildklierhormoon worden regelmatig gecontroleerd en die blijven binnen therapeutische waarden, zodat enkel hiervan gezegd kan worden dat deze medicatie regelmatig ingenomen wordt door betrokkene, medicatie die reeds besproken werd bij de aanvraag 9ter op 06/11/2013 en 26/11/2013.

Bijgevolg stel ik vast dat er kennelijk geen sprake is van een ziekte die een risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft (een ziekte zoals voorzien in §1 eerste lid van Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980) en die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van genoemd Artikel (Artikel 9ter §3 - 4°)."

De verzoekende partij stellen in hun eerste middel dat de noodzakelijke behandeling in Georgië absoluut niet toegankelijk is voor hen. Dit houdt volgens hen een gewijzigde omstandigheid in, waarmee geen rekening werd gehouden. Volgens de verzoekende partijen miskent de verwerende partij de aanwezigheid van nieuwe elementen in het dossier. Deze elementen betreffen volgens hen enerzijds de evolutie van het chronische ziektebeeld van de eerste verzoekende partij, en anderzijds heel wat nieuwe informatie met betrekking tot toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Georgië. In het verzoekschrift van 19 december 2017 werd volgens de verzoekende partijen duidelijk aangetoond dat de gezondheidstoestand van eerste verzoekende partij zéér ernstig is en blijft. Het beeld dat de arts-adviseur ophangt van een onvoldoende ernstige aandoening strookt volgens hen in geen geval met de werkelijkheid.

De arts-ambtenaar lijkt er zich volgens de verzoekende partijen in zijn advies toe te beperken om vraagtekens te plaatsen bij de veelvuldige vaststellingen die verschillende artsen in dit dossier reeds opwierpen. Zo trekt de arts-adviseur volgens hen de bijkomende diagnose van PTSS in twijfel louter en alleen omdat deze nog niet eerder door andere artsen als dusdanig werd gesteld. Ook wordt deze aangehaalde bijkomende problematiek van PTSS volgens de verzoekende partijen ten onrechte volledig los gezien van het effect dat dit heeft op de reeds eerder uitgebreid geattesteerde focale epilepsie waar de eerste verzoekende partij aan lijdt.

Ten onrechte heeft de verwerende partij volgens de verzoekende partijen nagelaten te onderzoeken in welke mate het 'geheel van ziektebeelden' van eerste verzoekende partij zou leiden tot onmenselijke of vernederende behandeling in geval van terugkeer naar het land van herkomst.

Zo werd ook de Tachycardie volgens de verzoekende partijen niet geanalyseerd in het noodzakelijke bredere kader.

Tenslotte kan volgens de verzoekende partijen alleen vastgesteld worden dat de arts-adviseur in zijn advies op geen enkele manier de chronische epilepsie van verzoekende partij in twijfel trekt. Dit ziektebeeld op zichzelf zou al leiden tot onmenselijke en vernederende omstandigheden in het licht van de huidige staat van de Georgische gezondheidszorg.

De verzoekende partijen verwijzen verder opnieuw naar de volgens hen zeer relevante bijkomende informatie omtrent de afwezigheid en de ontoegankelijkheid van de noodzakelijke zorg in Georgië. Dit op zichzelf maakt volgens hen al gewijzigde omstandigheid uit, dewelke de bestreden beslissing volgens hen jammer genoeg negeert. Vervolgens stellen de verzoekende partijen dat zij vier attesten toevoegen van het Ministerie van werk, gezondheid en sociaal verweer van Georgië. Daarin wordt volgens hen vermeld dat de geneesmiddelen Abilify, Diphantoine, Frisium en Inderal niet verkrijgbaar zijn in Georgië (stuk 14 – stuk 17). Het terugsturen van eerste verzoekende partij naar het land van herkomst zou volgens de verzoekende partijen een schending zijn van artikel 3 van EVRM.

In casu werd de eerste bestreden beslissing, die de verzoekende partijen in hun eerste middel betwisten, minstens gedeeltelijk genomen op grond van artikel 9ter, § 3, 5°, van de vreemdelingenwet.

Deze bepaling luidt als volgt:

"De gemachtigde van de minister verklaart de aanvraag onontvankelijk: (...) 5° in de gevallen bepaald in artikel 9bis, § 2, 1° tot 3°, of wanneer de ingeroepen elementen ter ondersteuning van de aanvraag tot machtiging tot verblijf in het Rijk reeds werden ingeroepen in het kader van een vorige aanvraag tot het

bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van de huidige bepaling met uitzondering van de elementen die werden aangehaald in het kader van een aanvraag die als onontvankelijk werd beoordeeld op basis van artikel 9ter, § 3, 1°, 2° of 3°, en met uitzondering van de elementen aangehaald in eerdere aanvragen waarvan afstand werd gedaan.”

Deze bepaling legt de gemachtigde de verplichting op de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet onontvankelijk te verklaren wanneer de ingeroepen elementen ter ondersteuning van de aanvraag tot machtiging tot verblijf in het Rijk reeds werden ingeroepen in het kader van een vorige aanvraag. In dat geval is een onderzoek naar de twee onderscheiden mogelijkheden van artikel 9ter, § 1, van de vreemdelingenwet, zoals hierboven weergegeven, niet aan de orde. De verzoekende partijen moeten in casu dus aannemelijk maken dat de gemachtigde op kennelijk onredelijke wijze toepassing maakte van artikel 9ter, § 3, 5°, van de vreemdelingenwet.

De Raad stelt vast dat de verzoekende partijen op geen enkele manier betwisten dat het gaat om de reeds eerder aangehaalde gezondheidstoestand van de betrokkene zoals de ambtenaar-geneesheer heeft vastgesteld, namelijk het syndroom van Lennox-Gastaut en hypothyroïdie. De verzoekende partijen stellen dat de ambtenaar-geneesheer geen rekening zou gehouden hebben met de evolutie van de ziekte, maar het tegendeel blijkt uit het advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 januari 2018, waarin de ambtenaar-geneesheer vermeldt dat *“De voorgelegde SMG's en bijlagen/aanvullingen bevestigen dus tot zover de reeds eerder aangehaalde gezondheidstoestand, syndroom van Lennox-Gastaut en hypothyroïdie, van betrokkene en bevestigen zelfs een verbetering van zijn gezondheidstoestand met het kunnen afschaffen van 1 van de 4 anti-epileptica (Keppra, zie consultatieverslag 24/05/2016) en een verbetering van zijn autonomie (gaat naar het cybercafé, zie brief Dr. Hanon d.d. 03/03/2015, moeder en zoon slapen niet meer in dezelfde kamer sinds juni 2015, en gedragsverbetering sinds de moeder de neuroleptica en Lysanxia (= kalmeermiddel = neurolepticum) gedurende 2 weken niet meer gegeven heeft aan haar zoon, zie consultatieverslag d.d. 11/06/2015) met zelfs vraag van betrokkene om een stiel te kunnen leren (verwijsbrief van Dr. Hanon d.d. 09/03/2017).”*. Deze vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer vinden bovendien steun in de stukken van het administratief dossier. Wat betreft voormelde aandoeningen, doet het betoog van de verzoekende partijen over de behandelmogelijkheden in het land van herkomst dan ook niet ter zake. In dit geval is een onderzoek naar de twee onderscheiden mogelijkheden van artikel 9ter, § 1, van de vreemdelingenwet, zoals hierboven weergegeven, immers niet aan de orde. Waar de verzoekende partijen stellen dat de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer niet overeenkomen met de werkelijkheid beperken de verzoekende partijen zich tot deze loutere bewering. Deze vindt overigens geen steun in de stukken van het administratief dossier. De verzoekende partijen maken op dit punt dan ook niet aannemelijk dat de verwerende partij op kennelijk onredelijke wijze toepassing maakte van artikel 9ter, § 3, 5°, van de vreemdelingenwet.

De bestreden beslissing werd ook voor een gedeelte gegrond op artikel 9ter, § 3, 4°, van de vreemdelingenwet. Deze bepaling luidt als volgt:

“De gemachtigde van de minister verklaart de aanvraag onontvankelijk: (...) 4° indien de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde in een advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk; (...)”

Het advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 januari 2018 bevat dienaangaande de volgende motieven:

“Het voorgelegde medische getuigschrift (en bijlage/aanvullingen) bevat eveneens elementen die niet eerder werden ingeroepen nl.: Posttraumatische stress symptomen (PTSS) die gelieerd werden aan agressie van zijn vader: Doorheen het hele uitgebreide medische dossier is er nergens sprake van een PTSS. Geen van de attesterende artsen hanteert deze diagnose. De chronologie van het dossier leert ons dat de moeder van betrokkene van zijn vader gescheiden is in 2009 (zie asiel interview moeder in het administratief dossier d.d. 03/12/12), toen betrokkene dus 21 jaar oud was. Betrokkene zou dus tientallen jaren geleefd hebben met zijn onbehandelde posttraumatische stress symptomen ten gevolge van agressie van zijn vader, een bewering die een behandelende arts niet anders kan dan zo te noteren, zonder in staat te zijn deze bewering te objectiveren en te bewijzen. Een bewering die, gezien betrokkene enkel vloeiend Georgisch spreekt, vertaald werd door zijn moeder en/of een tolk, gezien er doorheen het medische dossier steeds sprake is van een enorme taalbarrière en nood aan interacties

via een tolk en dus inherent is aan interpretatie van het beweerde door de tolk. Posttraumatische stress symptomen die door de behandelende artsen van betrokkene in Georgië nooit opgemerkt zijn.

Daarna heeft betrokkene de stresserende reis met zijn moeder naar België ondernomen en heeft hier sinds 2012 met zijn posttraumatische stress symptomen geleefd terwijl hij medisch/psychiatrisch binnenstebuiten gekeerd werd en dat zonder dat die symptomen bij één van de geconsulteerde specialisten, noch bij de attesterende psychiater en huisarts voordien opgevallen zijn. Hieruit kan ik concluderen dat, indien er inderdaad posttraumatische stress symptomen bij betrokkene aanwezig zouden zijn, deze niet zo ernstig zijn dat zij een reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien er geen behandeling werd ingesteld.

Tachycardie (versneld hartritme), waarvoor een internist-cardioloog geraadpleegd werd d.d. 26/06/2014 die vaststelt dat de tachycardie veroorzaakt wordt door orthostatische hypotensie (een bloeddrukval bij rechtop staan) veroorzaakt door een lage bloeddruk ten gevolge van de anti-epileptische medicatie. Deze tachycardie vormt geen reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling beschikbaar zou zijn in Georgië, vermits er hier in België ook geen bewijs wordt voorgelegd van een constante behandeling van deze tachycardie met bèta-blokkers (zie onder). Behandeling met neuroleptica (antipsychotica en kalmeermiddelen) zou ingesteld geweest zijn door psychiater Krabbe en gestopt door de moeder van betrokkene die in haar verhaal gevolgd werd door de neuroloog (11/06/2015) en dit werd bevestigd door het thuismedicatieschema van Dr. Thierry Willemart d.d. 30/12/2015 waar geen neuroleptica (noch bèta-blokkers) op vermeld worden. De ongedateerde geneesmiddelenvoorschriften van Dr. Krabbe voor neuroleptica, die dus ongeldig zijn in de apotheek, en het niet voorleggen van aankoopfacturen van (deze) medicatie in dit medische dossier maken dat ik kan besluiten dat de neuroleptica geen essentieel onderdeel uitmaken van het reeds gekende medicatieschema met anti-epileptica en schildklierhormoon, evenmin de bèta-blokkers voor de tachycardie veroorzaakt door de bloeddrukdaling door de anti-epileptica, vastgesteld in 2014. In een ongedateerde brief van Dr. Krabbe aan een psychologe staat te lezen dat de moeder niet meer met de medicatie speelt ("elle ne joue plus avec les médicaments et sait mieux gérer la situation"), zodat hieruit besloten kan worden dat het onmogelijk is om te bepalen welke medicatie betrokkene al dan niet inneemt. Enkel de bloedspiegels van de anti-epileptica en het schildklierhormoon worden regelmatig gecontroleerd en die blijven binnen therapeutische waarden, zodat enkel hiervan gezegd kan worden dat deze medicatie regelmatig ingenomen wordt door betrokkene, medicatie die reeds besproken werd bij de aanvraag 9ter op 06/11/2013 en 26/11/2013.

Bijgevolg stel ik vast dat er kennelijk geen sprake is van een ziekte die een risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft (een ziekte zoals voorzien in §1 eerste lid van Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980) en die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van genoemd Artikel (Artikel 9ter §3 - 4°)."

De verzoekende partijen stellen in hun eerste middel dat de ambtenaar-geneesheer de bijkomende diagnose van PTSS in twijfel trekt, louter en alleen omdat deze nog niet eerder door andere artsen als dusdanig werd gesteld. Ook wordt deze aangehaalde bijkomende problematiek van PTSS volgens de verzoekende partijen ten onrechte volledig los gezien van het effect dat dit heeft op de reeds eerder uitgebreid geattesteerde focale epilepsie waar de eerste verzoekende partij aan lijdt. Zo werd ook de Tachycardie volgens de verzoekende partijen niet geanalyseerd in het noodzakelijke bredere kader.

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 26 januari 2018 de diagnose van PTSS op zich niet in twijfel trekt, zoals de verzoekende partijen in hun eerste middel voorhouden. Hij stelt immers dat "doorheen het hele uitgebreide medische dossier is er nergens sprake van een PTSS", "Betrokkene zou dus tientallen jaren geleefd hebben met zijn onbehandelde posttraumatische stress symptomen ten gevolge van agressie van zijn vader", "Posttraumatische stress symptomen die door de behandelende artsen van betrokkene in Georgië nooit opgemerkt zijn", en "(...) heeft hier sinds 2012 met zijn posttraumatische stress symptomen geleefd terwijl hij medisch/psychiatrisch binnenstebuiten gekeerd werd en dat zonder dat die symptomen bij één van de geconsulteerde specialisten, noch bij de attesterende psychiater en huisarts voordien opgevallen zijn". Uit deze vaststellingen concludeert de ambtenaar-geneesheer dat "(...) indien er inderdaad posttraumatische stress symptomen bij betrokkene aanwezig zouden zijn, deze niet zo ernstig zijn dat zij een reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien er geen behandeling werd ingesteld". De Raad herhaalt dat uit het advies van 26 januari 2018 dus niet blijkt dat de ambtenaar-geneesheer de diagnose van PTSS betwijfelt, maar hij wel

concludeert dat uit de beschikbare gegevens blijkt dat deze niet ernstig is, en met name niet zo ernstig dat het een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, omdat er geen behandeling werd ingesteld. De verzoekende partijen maken op geen enkele concrete wijze aannemelijk dat deze conclusie van de ambtenaar-geneesheer kennelijk onredelijk zou zijn.

De Raad stelt verder vast dat het advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 januari 2018 eveneens een uitgebreide motivering bevat omtrent de aandoening van Tachycardie. Deze luidt als volgt: *“Tachycardie (versneld hartritme), waarvoor een internist-cardioloog geraadpleegd werd d.d. 26/06/2014 die vaststelt dat de tachycardie veroorzaakt wordt door orthostatische hypotensie (een bloeddrukval bij rechtop staan) veroorzaakt door een lage bloeddruk ten gevolge van de anti-epileptische medicatie. Deze tachycardie vormt geen reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling beschikbaar zou zijn in Georgië, vermits er hier in België ook geen bewijs wordt voorgelegd van een constante behandeling van deze tachycardie met bèta-blokkers (zie onder). Behandeling met neuroleptica (antipsychotica en kalmeermiddelen) zou ingesteld geweest zijn door psychiater Krabbe en gestopt door de moeder van betrokkene die in haar verhaal gevolgd werd door de neuroloog (11/06/2015) en dit werd bevestigd door het thuismedicatieschema van Dr. Thierry Willemart d.d. 30/12/2015 waar geen neuroleptica (noch bèta-blokkers) op vermeld worden. De ongedateerde geneesmiddelenvoorschriften van Dr. Krabbe voor neuroleptica, die dus ongeldig zijn in de apotheek, en het niet voorleggen van aankoopfacturen van (deze) medicatie in dit medische dossier maken dat ik kan besluiten dat de neuroleptica geen essentieel onderdeel uitmaken van het reeds gekende medicatieschema met anti-epileptica en schildklierhormoon, evenmin de bèta-blokkers voor de tachycardie veroorzaakt door de bloeddrukdaling door de anti-epileptica, vastgesteld in 2014. In een ongedateerde brief van Dr. Krabbe aan een psychologe staat te lezen dat de moeder niet meer met de medicatie speelt (“elle ne joue plus avec les médicaments et sait mieux gérer la situation”), zodat hieruit besloten kan worden dat het onmogelijk is om te bepalen welke medicatie betrokkene al dan niet inneemt. Enkel de bloedspiegels van de anti-epileptica en het schildklierhormoon worden regelmatig gecontroleerd en die blijven binnen therapeutische waarden, zodat enkel hiervan gezegd kan worden dat deze medicatie regelmatig ingenomen wordt door betrokkene, medicatie die reeds besproken werd bij de aanvraag 9ter op 06/11/2013 en 26/11/2013. De ambtenaar-geneesheer concludeerde dus dat er “vermits er hier in België ook geen bewijs wordt voorgelegd van een constante behandeling van deze tachycardie met bèta-blokkers”, geen sprake is van een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling indien er geen behandeling beschikbaar zou zijn in Georgië. De verzoekende partijen weerleggen deze vaststellingen niet op enige concrete wijze. De verzoekende partijen stellen wel in het algemeen dat de aangehaalde bijkomende problematiek van PTSS en de Tachycardie niet geanalyseerd werden in het noodzakelijke bredere kader van de andere aandoening van focale epilepsie, maar dit blijkt alleszins niet uit het advies van 26 januari 2018 van de ambtenaar-geneesheer. De verzoekende partijen maken deze bewering dan ook niet aannemelijk. Zij maken evenmin aannemelijk op welke wijze een analyse in het kader van de focale epilepsie in casu een verschil zou kunnen maken.*

De Raad stelt vast dat de verzoekende partijen de overige motieven van de eerste bestreden beslissing niet betwisten, en zij blijven dan ook overeind.

Uit voorgaande bespreking is gebleken dat de verzoekende partij de schending van de door haar opgeworpen bepalingen en beginselen niet aannemelijk heeft gemaakt, noch heeft zij aannemelijk gemaakt dat de bestreden beslissing op kennelijk onredelijke wijze werd genomen.

Het eerste middel is, voor zover ontvankelijk, niet gegrond.

2.2.1. In een tweede middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van artikel 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen van 29 juli 1991, van de materiële motiveringsplicht en van de zorgvuldigheidsplicht;

De verzoekende partijen lichten hun tweede middel als volgt toe:

“

Samenvatting middel:

Verwerende partij gaat volledig de mist in waar zij de rol van tweede verzoekende partij als mantelzorgen voor eerste verzoekende partij volledig miskent.

De medische problemen die voor tweede verzoekende partij werden opgeworpen hebben hoofdzakelijk belang in die zin dat zij de nodige omkadering voor tweede verzoekende partij noodzakelijk maken voor wat betreft de mantelzorg aan haar zoon.

Waar verwerende partij ten aanzien van tweede verzoekende partij haar rol als mantelverzorger volledig miskent (stuk 2), gaat zij volledig de mist.

In de Standaard Medische Getuigschriften die voor twee verzoekende partij werden voorgelegd werd deze rol immers steeds geëxpliciteerd. Ook in zijn verslag (stuk 1) haalt de arts-adviseur deze rol van tweede verzoekende partij net zo aan.

Het verzoek van eerste verzoekende partij kan onmogelijk losgekoppeld worden van dat van zijn moeder, van wie hij volledig afhankelijk is.

Het klopt dat in de aanvraag van 19 december 2018 ook de medische toestand van tweede verzoekende partij werd aangeraakt, maar dit kaderde binnen de rol die tweede verzoekende partij voor haar zoon vervult.

“Tweede verzoekster legt een psychologisch attest voor aangaande haar medische toestand (stuk 6). Dit om eveneens te belichten welke oorzaak en weerslag de medische situatie van eerste verzoekende partij heeft op tweede verzoekster. Dit illustreert hoe sterk beiden elkaar nodig hebben.

Tweede verzoekster heeft een symptomatisch, psychotraumatisch ziektebeeld. Psycholoog mevrouw Kara Khanian beschrijft dat tweede verzoekster vaak herinneringen aanhaalt die gerelateerd zijn aan gebeurtenissen uit het verleden, tweede verzoekster heeft voortdurend vervolging gevoelens.

Verder benadrukt psycholoog mevrouw Kara Khanian dat de therapeutische steun en de psychiatrische behandeling zich moeten voortzetten voor een onbepaalde duur in Namen.

Indien de therapeutische relatie onderbroken zou worden is dit niet zonder risico op een enorme instorting van tweede verzoekster.

Psychologe mevrouw Kara Khanian is formeel dat het verlaten van het centrum een extra beperking zou creëren voor tweede verzoekster en eerste verzoekende partij. Een transfer naar een terugkeercentrum zou traumatisch zijn met een risico op een decompensatie.”

(stuk 4, verzoekende partijen zetten vet)

De zeer reële problemen die ook tweede verzoekende partij ondervindt, zijn niet meer, maar zeker ook niet minder, dan een zoveelste bewijs dat verzoekende partijen nood hebben aan een stabiele, omkaderde omgeving.

Deze omgeving, is, zoals door verzoekende partijen uitvoerig werd aangetoond, niet aanwezig in Georgië.

Huidig middel is bijgevolg gegrond.”

2.2.2. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de bestreden beslissing ten gronde liggen en dit op afdoende wijze. Het afdoend 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, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

De belangrijkste bestaansreden van deze uitdrukkelijk motiveringsplicht bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan of de overheid is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan binnen de perken van de redelijkheid tot haar beslissing is gekomen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 30 oktober 2014, nr. 228.963; RvS 17 december 2014, nr. 229.582).

De materiële motiveringsplicht 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 14 juli 2008, nr. 185.388; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 5 december 2011, nr. 216.669).

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheidsplicht legt de overheid onder meer op om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat

de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 november 2012, nr. 221 475).

Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

De verzoekende partijen stellen in hun tweede middel in essentie dat de verwerende partij volledig de mist in gaat waar zij de rol van tweede verzoekende partij als mantelzorger voor eerste verzoekende partij volledig miskent. De medische problemen die voor tweede verzoekende partij werden opgeworpen hebben volgens de verzoekende partijen hoofdzakelijk belang in die zin dat zij de nodige omkadering voor de tweede verzoekende partij noodzakelijk maken voor wat betreft de mantelzorg aan haar zoon. Het verzoek van de eerste verzoekende partij kan volgens de verzoekende partijen onmogelijk losgekoppeld worden van dat van haar moeder, van wie zij volledig afhankelijk is. Het klopt volgens de verzoekende partijen dat in de aanvraag van 19 december 2018 ook de medische toestand van tweede verzoekende partij werd aangeraakt, maar dit kaderde binnen de rol die de tweede verzoekende partij voor haar zoon vervult.

De Raad stelt vast dat het tweede middel betrekking heeft op de tweede bestreden beslissing, die werd genomen ten aanzien van mevrouw.

De tweede bestreden beslissing werd genomen op grond van artikel 9ter, § 3, 3°, van de vreemdelingenwet.

Deze bepaling luidt als volgt:

“De gemachtigde van de minister verklaart de aanvraag onontvankelijk:

(...)

3° indien het standaard medisch getuigschrift niet wordt voorgelegd bij de aanvraag of indien het standaard medisch getuigschrift niet beantwoordt aan de voorwaarden voorzien in § 1, vierde lid;”

Het determinerend motief van de tweede bestreden beslissing luidt als volgt: *“(...) we merken op dat een medisch getuigschrift dient opgesteld en ondertekend te worden door een dokter in de geneeskunde. Dat een psycholoog niet per definitie de titel van dokter in de geneeskunde bezit en diensgevolge kan dit verslag niet aanzien worden als een medisch getuigschrift.”*. Met hun betoog betwisten de verzoekende partijen op geen enkele manier dit determinerend motief van de tweede bestreden beslissing, namelijk dat geen standaard medisch getuigschrift werd voorgelegd bij de aanvraag, en het blijft dan ook overeind. Dat de tweede verzoekende partij in casu mantelzorger zou zijn voor de eerste de verzoekende partij is in deze dan ook niet relevant.

De verzoekende partijen maken niet aannemelijk dat de tweede bestreden beslissing op kennelijk onredelijke wijze werd genomen.

Uit voorgaande bespreking is gebleken dat de verzoekende partijen de schending van de door hen opgeworpen bepalingen en beginselen niet aannemelijk hebben gemaakt, noch hebben zij aannemelijk gemaakt dat de tweede bestreden beslissing op kennelijk onredelijke wijze werd genomen.

Het tweede middel is niet gegrond.

3. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot

nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op acht augustus tweeduizend negentien door:

mevr. J. CAMU, kamervoorzitter,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT, griffier.

De griffier, De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

J. CAMU