



Arrest

nr. 229 622 van 2 december 2019
in de zaak RvV X / VIII

In zake: 1. X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat S. VANBESIEN
St. Guibertusplein 14
2222 ITEGEM

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die beiden verklaren van Armeense nationaliteit te zijn, op 19 augustus 2019 hebben 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 13 juni 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en van de beslissingen van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 13 juni 2019 tot afgifte van bevelen om het grondgebied te verlaten (bijlagen 13).

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 17 september 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 9 oktober 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. VERHAERT.

Gehoord de opmerkingen van advocaat S. VANBESIEN, die verschijnt voor de verzoekende partijen en van advocaat J. TASSENOY, 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. Verzoekers dienden op 13 september 2010 een verzoek om internationale bescherming in. De Commissaris-generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen nam op 10 november 2010 een beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en weigering van de subsidiaire beschermingsstatus. De Raad

voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) weigerde in beroep aan verzoekers beide statussen op 24 februari 2011.

1.2. Verzoekers dienden op 28 januari 2011 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). De aanvraag werd op 8 juni 2011 ontvankelijk verklaard en op 5 december 2012 ongegrond. Die beslissing werd op 29 januari 2013 ingetrokken.

1.3. Met een beslissing van 19 augustus 2013 werd de aanvraag van 28 januari 2011 ongegrond verklaard. Bij arrest nr. 174 517 van 12 september 2016 vernietigde de Raad die beslissing.

1.4. Op 3 mei 2017 nam de gemachtigde van de toenmalig bevoegde staatssecretaris een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag ongegrond werd verklaard. Op dezelfde dag werden verzoekers eveneens bevolen om het grondgebied te verlaten (bijlagen 13). Deze beslissingen werden vernietigd met de arresten van de Raad van 5 december 2017 met nrs. 196 122 en 196 124.

1.5. Op 20 februari 2018 nam de verwerende partij een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf ontvankelijk, doch ongegrond werd verklaard. Deze beslissing werd op 18 april 2018 door de verwerende partij ingetrokken.

1.6. Op 22 mei 2018 werd de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet opnieuw ongegrond verklaard. Op dezelfde dag werden verzoekers bevolen om het grondgebied te verlaten (bijlagen 13). Op 26 oktober 2018 vernietigde de Raad, bij arrest nr. 211 656, deze beslissingen.

1.7. Op 11 maart 2019 werd de aanvraag opnieuw ongegrond verklaard. Deze beslissing werd op 21 mei 2019 ingetrokken.

1.8. Op 13 juni 2019 werd de aanvraag wederom ongegrond verklaard. Dit is thans de eerste bestreden beslissing, die als volgt gemotiveerd is:

"(...)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 28.01.2011 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

S., A. (R.R.: ...)

nationaliteit: Armenië

geboren te E. op 29.07.1992

adres: (...)

+moeder A., N. (R.R.: ...) geboren te E. op 19.11.1967

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

Reden(en) :

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

Er werden medische problemen ingeroepen voor S. A. die niet weerhouden werden (zie medisch verslag dd 3.6.2019 onder gesloten omslag)

Derhalve

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

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

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

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

Aangezien betrokkene reeds van ambtswege werd afgevoerd, dient er contact opgenomen te worden met de regionale directie van het Rijksregister om de afvoering wegens verlies verblijfsrecht te realiseren.
(...)"

1.9. Op dezelfde datum wordt aan eerste verzoeker een bevel om het grondgebied te verlaten afgegeven. Dit is de tweede bestreden beslissing, die als volgt gemotiveerd is:

"(...)
De heer, die verklaart te heten:
Naam + voornaam: S., A.
geboortedatum: 29.07.1992
geboorteplaats: E.
nationaliteit: Armenië

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,

binnen ...30... dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: niet in het bezit van een geldig visum.
(...)"

1.10. Ten aanzien van verzoekers moeder, tweede verzoekster, luidt de derde bestreden beslissing als volgt:

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

Naam + voornaam: A., N.
geboortedatum: 19.11.1967
geboorteplaats: E.
nationaliteit: Armenië

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen ...30... dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: niet in het bezit van een geldig visum. (...)"

2. Onderzoek van het beroep

2.1.1. Verzoekers voeren een eerste middel aan, dat zij uiteenzetten als volgt:

"Eerste Middel

Niet naleving van substantiële of op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen, met name de schending van artikelen 9ter en 62 §2 van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980;

Schending van art. 4 §1 van het KB 17/05/2007 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; Schending van art. 3 van de Wet van 29/07/1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen.

Schending van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, waaronder het zorgvuldigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel.

Artikel 62 §2 lid van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980 schrijft voor dat de administratieve beslissingen met redenen omkleed moeten worden.

Artikel 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen bepaalt dat de opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moet vermelden die ten grondslag liggen aan die beslissing en dat de gegeven motivering afdoende dient te zijn.

Artikel 4 §1 van het KB 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 handelt over de mogelijke deskundigen waaraan de arts-adviseur een bijkomend advies kan vragen.

De bestreden beslissing stelt het volgende:

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

Er worden medische elementen aangehaald voor S., A.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 04.03.2019 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Armenië.

De huidige beslissing betreft de aanvraag 9ter dd. 28.1.2011, die betrekking heeft op de medische toestand van S. A.

Betrokkenen hebben echter na de indiening van de aanvraag medische attesten voorgelegd op naam van A. N.; deze laatste kunnen niet in overweging worden genomen in het kader van de huidige beslissing.

Het staat betrokkenen echter vrij een nieuwe aanvraag conform art. 9ter in te dienen opdat deze medische elementen op naam van A. N. eveneens in overweging zouden genomen worden.

Derhalve

- 1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of
- 2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.

Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)."

Het verslag van de arts-adviseur stelt het volgende:

"Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- Laboresultaten d.d. 15/11/2010: te hoog cholesterol, licht gestoorde levertesten;
- Verslag OT-schedel d.d. 22/11/2010: geen posttraumatisch letsel
- Medisch attest del. 13/12/2010 van Dr. D.: Kan geen psychodiagnostiek geven
- Medische attesten d.d. 24/01/2011, 19/12/2011 én 07/05/2012 van Dr. H.: obesitas, PTSD, angststoornis: geen hospitalisaties
- Medische attesten d.d. 08/09/2011 en 18/02/2013 van Dr. L. V. O. (internist-gastro-enteroloog): betrokkene "woont 1 jaar in België, zit continu thuis en eet de hele dag, neemt geen beweging - moet dieet volgen; waarschijnlijk genetisch bepaalde mentale retardatie
- Verslag kinesitherapie d.d. 14/05/2012: waarvan akte
- Afspraakbevestiging d.d. 13/07/2012 bij Dr C. te Leuven
- Medische attesten d.d. 04/03/2013 en 14/01/2018 van Dr. P. H. (psychiater): betrokkene kwam naar de raadpleging, mentale retardatie en gedragsstoornissen, waarschijnlijk als kind van de 3e verdieping gevallen, er waren geen hospitalisaties noch acute opstoten
- Attest van aanwezigheid op de raadpleging d.d. 09/07/2013 van Dr. A. V. (psychiater), d.d. 06/08/2012, 13/05/2013, 01/07/2013 van Dr. P. H. (psychiater)
- SMG d.d. 29/12/2017 van Dr. K. W. (huisarts): genetische afwijking met mentale retardatie, psychiatrische stoornis, autisme, dysmorphie; leversteatose = leververvetting (NAFLD - non-alcoholic fatty liver disease) — medicatie: Escitalopram, Totalip en Orap)
- Consultatieverslag d.d. 15/12/2017 van Dr. L. V. O. (internist-gastro-enteroloog): Totalipid mag gestopt worden gezien prima evolutie door verandering van levensstijl met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c
- Consultatieverslag d.d. 10/11/2017 en 15/12/2017 van Dr. B. T. (internist-neuroloog): tics goed onder controle met medicatie - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip; betrokkene zou om de 6 maanden pro forma een neuroloog zien die echter niets kan doen aan de mentale retardatie
- Attest d.d. 10/11/2017 van Dr. B. T.
- SMG d.d. 20/12/2011 en 09/02/2018 van Dr. K. W.: behandeling wegens een huidinfectie, mentale retardatie wegens een chromosoomafwijking = syndromale afwijking met ASS-gedragsstoornissen, NASH (niet-alcoholische steohepatitis) — medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip
- Beëdigde vertaling van Armeens naar Nederlands d.d. 11/01/2017 door Mevr. A. D. van de directeur van het psychiatrisch centrum kien te Yerevan d.d. 25/10/2017: betrokkene zou sinds 2011 een gevaar geweest zijn voor zijn naasten die in dezelfde woonplaats verblijven

En van de medische stukken ons spontaan overgemaakt door betrokkene:

- Attest van aanwezigheid op de raadpleging van Dr. P. H. (psychiater) d.d. 23/04/2018, 04/06/2018, 30/07/2018, 01/10/2018, 27/08/2018 en 05/11/2018, 22 en 29/07/2013 — van Dr. D. C. (internist) op 13/07/2012, 15/11/2012
- Medisch attest d.d. 20/04/2018 van Dr. B. T. (neuroloog): mentale retardatie en gedragsstoornissen met autistische kenmerken niet in staat zich zelfstandig in de maatschappij te handhaven en

toezicht (door naaste familie) strikt noodzakelijk, zijn vader wordt zelf begeleid oww psychiatrische problematiek en kan niet zorgen voor A.

- Verwijsbrief d.d. 03/05/2012 van Dr. K. W. (huisarts) voor advies ivm leverlijden en obesitas problematiek
- Verwijsbrief d.d. 24/09/2012 van Dr. W. V. (psychiater) voor overdracht van betrokkene aan collega Jorens: mentale handicap met gedragsproblemen, overdreven kwaad, omkering slaap-waak-ritme, obesitas met complicaties, vader zou vermoedelijk een pycchose gehad hebben - medicatie: Fluvoxamine
- SMG d.d. 24/01/2011 van Dr. P. H.: start Sertraline
- obesitas met respiratoire problemen, hypercholesterolemie en leverfunctiestoornissen
- angststoornis (differentieel diagnose: PTSS of prepsychose)
- Onleesbaar "Geneesmiddelenvoorschrift" d.d. 2017 van Dr. L. V. O. (gastro-enteroloog)
- Medisch attest dd. 21/10/2016 van dr. K. W. (huisarts): moet medisch multidisciplinair opgevolgd worden;
- Consultatieverslag d.d. 18/10/2016 van Dr. L. V. O.: in totaal 22kg vermagerd, volledig genormaliseerde transaminasen en gunstig lipiden profiel, start D-Cure
- Medisch attest d.d. 24/10/2016 van Dr. P. H.: psychotische gedragsstoornissen tgv hebefrene schizofrenie en mentale retardatie die enkel gestabiliseerd ken worden, niet genezen; leven zonder toezicht is niet mogelijk — medicatie: Citalopram, Orap
- Consultatieverslag d.d. 26/04/2016 en controleconsultatie op 18/10/2016 van Dr. L. V. O.: start revalidatieprogramma om gestructureerd te bewegen en advies tot verderzetting hiervan
- Consultatieverslag d.d. 26/03/2016 van Dr. B. T. van de raadpleging op 09/03/2016 en bijgeschreven op 13/10/2016: gedragsproblemen en motorische tics, forse dyslipidemie, depressieve stemming en overschakelen van Venlafaxine naar Escitalopram — afgevallen van 126kg (met kleding aan) naar 106,5kg, nog steeds depressieve gedachten, gekende mentale retardatie — medicatie: Citalopram en Orap ongewijzigd verder
- Medisch attest d.d. 10/11/2017 van Dr. B. T.: verdere regelmatige neurologisch opvolging is noodzakelijk
- Consultatieverslag d.d. 10/11/2017 van Dr. B. T.: tics goed onder controle, huidige medicatie ongewijzigd verder (Escitalopram, Orap en Totalip)
- Medisch attest d.d. 16/03/2018 van Dr. K. W.: medische toestand spectaculair verbeterd dankzij enorme inspanningen van moeder en broer, gedragsproblemen zijn toegenomen, document uit Armenië betreft de vader van betrokkene
- Medisch attest d.d. 26/03/2018 van Dr. P. H.: volgt betrokkene sinds januari 2011, diagnose van chronische ongedifferentieerde hebefrene schizofrenie — medicatie: Escitalopram en Orap, erkenning handicap bij F0D-S2 van 01/06/2017-31/10/2019 (minder dan 1/3e verdienvermogen en 9ptn verminderde zelfredzaamheid), mantelzorg voorzien door familie
- Onvolledig consultatieverslag d.d. 12/06/2018 van Dr. <onbekend> zonder de laboresultaten: blijft stabiel op 94kg (komt van max 126kg), normale levertesten, normaal HbA1c, gunstig lipidenprofiel, lichte homogene leversteatose en normale elastografie — medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip.

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 26-jarige man met een genetische afwijking (duplicatie van 882kb op de lange arm van chromosoom 1) die aanleiding geeft tot mentale retardatie, macrocephalie (groot hoofd), psychiatrische stoornissen, autisme en een beperkte dysmorphie (abnormale lichaams- en/of gelaatsvorm).

Uit de voorgelegde medische stukken blijken de psychiatrische en gedragsstoornissen te behoren tot de autismespectrum stoornis (ASS) en sinds oktober 2016 wordt de diagnose gesteld van hebefrene schizofrenie.

Mr. S. werd in het kader 'aan zijn gedragsstoornissen zeer zwaarlijvig door zich te overeten (boulimie) in combinatie meteen gebrek aan beweging, waardoor ook zijn lever vervet was (leversteatose, NAFLD = Non Alcoholic Fatty Liver Disease) en zijn levertesten lichtjes gestoord waren.

Op een echografie in september 2011 (vermeld in de medische voorgeschiedenis d.d. 10/11/2017, 15/12/2017) zou er ook een vermoeden geweest zijn van een chronische pancreasontsteking (pancreatitis). Het verslag van deze echografie wordt niet voorgelegd. Deze pathologie wordt in voorliggend medisch dossier niet verder geobjectiveerd, noch bevestigd, noch behandeld.

Gedurende de voorbije 3 jaar was er een aanzienlijke verbetering in de toestand van de lever van betrokkene door aanpassingen aan zijn levensstijl (gewichtsverlies en lichaamsbeweging), waardoor er een normalisatie is opgetreden van de levertesten, er opnieuw een gunstig lipidenprofiel is (cholesterol is verlaagd) en het HbA1c (maat voor insulineresistentie en beginnende ontwikkeling van diabetes) zich genormaliseerd heeft. De elastografie is normaal, wat betekent dat er geen leverfibrose (verharding van de lever) aanwezig is. Dit alles heeft tot gevolg gehad dat de cholesterolverlagende medicatie, atorvastatine (Totalip) gestopt kon worden vanaf 15/12/2017. Waarom deze nog vermeld wordt als (indicatie voor opnieuw opstarten?) medicatie in het meest recente consultatieverslag d.d. 12/06/2018 wordt niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier.

De diagnose van NASH (SMG d.d. 09/02/2018) = Non Alcoholic Steo-Hepatitis (niet-alcoholische leververvetting en ontsteking), een verergering van een NAFLD wordt echter niet gestaafd in voorliggend medisch dossier met een anatomopathologisch verslag van een histologisch onderzoek van een leverbiopsie (= enige manier om een leverontsteking te objectiveren), noch wordt een eventuele nieuwe achteruitgang van de leverfunctie van betrokkene door een ontsteking gestaafd met laboresultaten (levertesten).

Op 19/02/2018 werd Mr S. onderzocht door collega Dr. J. M. van de Dienst Vreemdelingenzaken in aanwezigheid van zijn broer en moeder, die goed Nederlands spreken, en in aanwezigheid van een tolk. Hieruit bleek dat betrokkene zeker niet volledig ongeletterd is, gezien hij zowel Armeens als Russisch kan lezen en schrijven, maar geen diploma behaald heeft.

- Op 2-jarige leeftijd emigreerde de familie met betrokkene naar Rusland waar zij 13 jaar gewoond hebben en 7 jaar geleden zijn ze terug in Armenië gaan wonen.
- Tijdens zijn kinderjaren had hij enkel problemen met de sinussen die in Rusland verzorgd werden, viel hij op 8-jarige leeftijd van een trap en hij zou in zijn (linker?) bil gebeten geweest zijn door een hond, waardoor hij nog steeds schrik heeft van honden.
- Reeds als kind werd er een mentale retardatie vastgesteld, zo stelt hij wel 15x na elkaar dezelfde vraag (als het antwoord hem niet bevalt).
- In 2010 zijn zijn moeder, hijzelf en zijn broer met het vliegtuig naar België gekomen.
- Zijn grootste probleem was een eetstoornis, boulimie, zodat hij op zeker moment méér dan 126kg woog, maar nu is hij zeer goed vermagerd tot 92kg,
- Het klinisch onderzoek was volledig normaal (bloeddruk 120/80, normaal sinusaal hartritme 60/min, soepele buik, geen bewegingsbeperkingen, normale reflexen), er werden geen karakteriële stoornissen vastgesteld en betrokkene kon goed antwoorden op de vragen die hem via de tolk gesteld werden.
- Hij bevestigt dat zijn problemen met de lever (leververvetting, leverontsteking) zich genormaliseerd hebben tijdens het vermageren.
- Volgens zijn broer haalt de voorgeschreven medicatie helemaal niets uit, en is zeker niet in staat de mentale retardatie te genezen.
- Betrokkene gaat nu naar een i(bezigheidscentrum " in Mechelen, waar hij o.a. tekeningen maakt.
- Zijn vader woont nog steeds in Armenië.

Als actuele medicatie weerhoud ik;

- Escitalopram (Escitalopram), een antidepressivum van het type selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) dat ook gebruikt wordt bij obsessieve compulsieve stoornissen (b.v. dezelfde zinnen/dezelfde handelingen blijven herhalen)
- Pimozide (Orap), een antipsychoticum gebruikt bij schizofrenie
- Atorvastatine (Totalip), een "cholesterol verlagend" middel

Volgens de attesterende arts is opvolging en behandeling hij een neuroloog en internist-gastro-enteroloog/hepatoloog aangewezen, evenals regelmatige kine/fysiotherapie (bewegen!).

Uit het voorgelegde medische dossier blijken geen medische contra-indicaties om te reizen.

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

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

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

Aanvraag Medcoi van 10/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10849
- Aanvraag Medcoi van 13/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10724
- Aanvraag Medcoi van 26/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10919
- Aanvraag Medcoi van 18/10/2018 met het unieke referentienummer BMA 11684
- Aanvraag Medcoi van 27/11/2018 met het unieke referentienummer BMA 11778
- Aanvraag Medcoi van 12/09/2017 met het unieke referentienummer BMA 10054

2. Overzicht met in Armenië beschikbare medicatie voor Mr. S. volgens recente MedCOI-dossiers

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling hij een internist (met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog en hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist zijn beschikbaar.

Thuisverpleging voor hulp met mantelzorg voor betrokkene is beschikbaar, evenals dagopvang van 09-16u en kortdurende en langdurende psychiatrische hospitalisatie voor patiënten met chronische schizofrenie.

Escitalopram en atorvastatine zijn beschikbaar in Armenië.

Pimozide is niet beschikbaar in Armenië, maar therapeutische equivalenten die pimozide kunnen vervangen zijn dat wel nl. haloperidol, quetiapine, risperidon, olanzapine, aripiprazol, paliperidon, clozapine en sulpiride.

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

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

Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen.

Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend.

Het kan om een privésysteem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds....

Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen.

Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat.

Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België.

Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De gezondheidszorg in Armenië is georganiseerd op de gebruikelijke 3 niveaus: de primaire, secundaire en tertiaire zorg.

Het ministerie van Volksgezondheid ziet toe en controleert de publieke gezondheidszorg op de drie niveaus.

Desondanks valt het merendeel van de centra en de ziekenhuizen onder de regionale besturen.

In 1997 werd de Basic Benefit Package geïntroduceerd.

Dit is een geheel van basiszorgen die gratis zijn voor de hele bevolking (zoals de bredere primaire zorgen, bepaalde gezondheids- en epidemiologische diensten en de behandeling van een 200tal sociaal belangrijke ziekten).

Het pakket stipuleert ook voor welke bevolkingsgroepen bepaalde zorgen gratis zijn.

Alle gezondheidszorgen op primair niveau zijn gratis voor alle Armeense burgers, of men nu tot een sociaal kwetsbare groep behoort of niet.

Om toegang tot deze diensten te krijgen, moet men het Armeens burgerschap bezitten en geregistreerd zijn.

Sociaal kwetsbare groepen krijgen extra gratis zorgen.

*Zo krijgen zij gespecialiseerde zorgen en de benodigde medicijnen gratis.
Tot deze groep behoren arme families, kinderen en gehandicapten.*

Bovenstaande geldt echter niet automatisch voor personen met mentale problemen die gratis psychiatrische zorg krijgen via de overheid.

Zij dienen hiervoor te beschikken over een certificaat dat bevestigt dat zij een handicap hebben.

Maar in het algemeen is de psychiatrische zorg voor mensen met mentale problemen gratis.

Deze zorg wordt gesubsidieerd door een overheidsfonds, in overeenstemming met de wet inzake psychiatrische zorg, ingevoerd in het jaar 2004.

De meditatie is gratis op voorwaarde dat betrokkene over een voorschrift van een psychiater beschikt.

Psychiatrische zorg is gedekt door het BBP wanneer deze verschaft worden in publieke en private medische centra aangesloten bij de State Health Agency voor dit type van zorg.

Er bestaat een invaliditeitspensioen.

De uitkering hangt af van de graad van invaliditeit

Voor arme families is er een familiale sociale uitkering.

De uitkering wordt aangepast aan de graad van armoede en de samenstelling van het gezin.

Hoe moeilijker de situatie, hoe hoger de uitkering.

Ook wordt er maandelijks een zorgbijslag betaald voor elk kind jonger dan 2 jaar en hij de geboorte wordt eenmalig een som uitgekeerd.

Voor elk kind tot de leeftijd van 18 jaar ontvangen de ouders kindergeld

Betrokkene krijgt hier de dagelijkse zorg door zijn moeder, A. N. (OV 6686720) en zijn broer S. V. (OV 6686720).

Bijgevolg kunnen zijn moeder en zijn broer deze zorg verder zetten in het land van herkomst.

Verder leggen zijn moeder en broer geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zijn moeder en zijn broer geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong.

Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele extra kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons.Nerenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, §131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, §68)

Niets verhindert verzoeker derhalve om terug te keren.

Het staat hem vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (10M) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis.

Ook beschikt de 10M over een Re-integratiefonds 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-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de aangeboren mentale retardatie met autismespectrum stoornis en een beperkte dysmorphie en de NAFLD geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. Sargsyan, noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Armenië.

Derhalve is er vanuit medisch oogpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf, met name Armenië."

Verzoekers kunnen met deze argumentatie niet akkoord gaan.

1. Het onterecht selecteren en negeren van medische attesten

Verzoekers stellen vast dat de verwerende partij nog steeds selectief is in haar verwijzingen en naar de door haar aangehaalde medische attesten.

Sommige attesten worden wel vermeld, terwijl andere gewoonweg niet worden vermeld.

Het verslag van de arts-adviseur vermeldde voorheen het volgende attest niet:

- Attest dd. 21 oktober 2016 van dr. W. (stuk 3 huidig verzoekschrift 3 huidig verzoekschrift ~ stuk 11 verzoekschrift dd. 24 juli 2018 ~ stuk 11 verzoekschrift dd. 15 juni 2017);

Evenwel wordt dit attest nu wel toegevoegd, terwijl de vorige beslissing integraal en woordelijk wordt overgenomen.

Er is bijgevolg geen nieuwe beslissing genomen, enkel heeft de Dienst Vreemdelingenzaken de vorige beslissing dd. 11 april 2019, welke werd ingetrokken, nu letterlijk, woord per woord, herhaald.

Dergelijke manier van handelen is ongezien in een medisch dossier.

Hierdoor schendt verwerende partij de hierboven vermelde rechtsregels evenals de algemene rechtsbeginselen en dan met name het motiveringsbeginsel, vervat in de artikelen 3 van de Wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de Vreemdelingenwet en art. 9ter van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980.

2. De psychiatrische problematiek van eerste verzoeker

Het feit dat er sprake is bij verzoekende partij van een medische problematiek wordt door verwerende partij erkend, maar zij stelt wel, volledig onterecht, dat indien deze medische problematiek niet behandeld zou worden, dit geen enkel risico inhoudt voor de fysieke integriteit of het leven van verzoekende partij.

Dit gaat eerst en vooral lijnrecht in tegen de verklaringen van de verschillende betrokken geneesheren, maar druist daarnaast ook in tegen de algemene kennis.

Het is immers algemeen geweten dat een psychiatrische problematiek een ernstige aandoening is dewelke ook adequaat opgevolgd dient te worden, daar dit een zware impact heeft op zowel de patiënt als diens omgeving.

Daar de arts-adviseur zijn mening hieromtrent op geen enkele manier staakt, kunnen verzoekers ook niet begrijpen of nagaan hoe en waarom hij tot zulke conclusies komt.

Indien immers volgens de arts-adviseur een mentale retardatie met karakterstoornissen onbehandeld geen enkel risico vormt voor de fysieke integriteit, het leven of op het ondergaan van een vernederende of onmenselijke behandeling, dient hiertoe immers enige vorm van bewijs te worden voorgebracht, quod non in casu.

Daarnaast is het toch verwonderlijk te noemen dat de arts-adviseur op geen enkel ogenblik enige hulp heeft gevraagd aan een collega gespecialiseerd in psychiatrische aandoeningen.

Het valt immers te betwijfelen dat elke arts steeds de nodige expertise en kennis heeft aangaande de psychiatrische ziektebeelden.

Hierbij dient te worden benadrukt dat er bij eerste verzoeker sprake is van een grote verscheidenheid aan psychiatrische ziektebeelden die allen ook (on)rechtstreeks elkaar beïnvloeden.

Het onderzoek dd. 19 februari 2018 heeft daarenboven slechts een half uur in beslag genomen en bestond vreemd genoeg enkel uit een klinisch onderzoek.

Op dergelijke tijdsspanne kan men nooit een correcte inschatting maken over de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker.

Het enige wat ook gesteld wordt de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker tijdens dit onderzoek is het volgende:

"Reeds als kind werd er een mentale retardatie vastgesteld, zo stelt hij wel 15x na elkaar dezelfde vraag (als het antwoord hem niet bevalt). "

(Verslag arts-adviseur dd. 4 maart 2019 p. 3)

Dit ondanks het feit dat verzoekers doorheen de jaren én procedure herhaaldelijk erop hebben gewezen dat er in casu sprake is van een ernstige psychiatrische problematiek en dat dit door een gespecialiseerd arts dient te worden onderzocht.

Dit is des te meer urgent daar de bevindingen van de arts-adviseur regelrecht ingaan tegen de bevindingen van de gespecialiseerde artsen in deze materie.

Doorheen het advies van de arts-adviseur wordt er daarenboven wel ingegaan op het gevoerd klinisch onderzoek en de obesitas van eerste verzoeker, doch over zijn psychiatrische problematiek wordt verder met geen woord gerept door de arts-adviseur.

Het enige wat hierover wordt gesteld door de arts-adviseur is dat uit de stukken blijkt dat er sprake is van een duidelijke psychiatrische problematiek onder meer bestaande uit mentale retardatie, psychiatrische stoornissen, autisme, hebefrene schizofrenie en een beperkte dysmorphie.

Ondanks dat er aldus duidelijk sprake is van een uitgebreid psychiatrisch ziektebeeld, gaat verwerende partij hier verder niet op in, hetgeen ook niet mag verbazen.

Zoals aangehaald is de arts-adviseur geen psychiater en is het voor hem niet mogelijk om hieromtrent de nodige vaststellingen te doen.

De arts-adviseur had dan ook beroep dienen te doen op een arts gespecialiseerd in deze materie conform art. 4 §1 KB van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15/09/2006 tot wijziging van de wet van 15/12/1980.

Deze beslissing schendt bijgevolg de algemene rechtsbeginselen zoals het motiveringsbeginsel, vervat in de artikelen 3 van de Wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de Vreemdelingenwet, art. 9 ter van de Vreemdelingenwet en art. 4 §1 KB van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15/09/2006 tot wijziging van de wet van 15/12/1980.

3. De beschikbaarheid van de zorgen en opvolging in Armenië

3.1. Gespecialiseerde psychiatrische zorg is niet nagegaan in Armenië

Het is duidelijk dat er bij eerste verzoeker sprake is van een zeer ernstige en uitgebreide psychiatrische problematiek.

Het is duidelijk dat deze jongen zonder hulp en behandeling niet kan overleven en dat er toch zeker een enorm risico is voor zijn fysieke integriteit.

Zoals hoger vermeld gaan de artsen er immers vanuit dat eerste verzoeker zal evolueren richting psychose bij gebrek aan een behandeling (stukken 4 en 5).

Bij behandeling bestaand uit psychofarmacotherapie en psychotherapie (of aanvankelijk ondersteunende en supportieve psychosociale hulp) zou de aandoening van eerste verzoeker daarentegen geleidelijk aan kunnen verbeteren, aldus dr. P. H. (stuk 6).

Er dient aldus te worden nagegaan of deze behandelingen beschikbaar zijn in het land van herkomst, doch dit is niet door verwerende partij gebeurd.

Verwerende partij gaat enkel na of bepaalde gespecialiseerde artsen aangaande het klinisch (fysiek) ziektebeeld van eerste verzoeker beschikbaar zijn.

Het is niettemin duidelijk en herhaaldelijk bevestigd door verzoekers dat de problematiek in huidig dossier van psychiatrische aard is.

Niettemin heeft verwerende partij nagelaten om na te gaan of er al dan niet gespecialiseerde psychiatrische hulp voorhanden is in Armenië.

Verwerende partij blijft hier zéér algemeen over, ondanks de duidelijke en gerichte medische stukken die verzoekers doorheen de jaren hebben bijgebracht.

Verwerende partij stelt enkel dat er in het algemeen psychiaters en psychologen in Armenië zouden zijn, doch gaat niet na of de bovenvermelde specifieke en noodzakelijke behandelingen aangaande de psychiatrische problematiek beschikbaar zouden zijn.

Dit terwijl dit duidelijk onvoldoende is en eerste verzoeker nood heeft aan gerichte en gespecialiseerde psychiatrische hulp.

Op het vlak van de psychiatrische aandoeningen van eerste verzoeker stelt verwerende partij enkel het volgende:

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling hij een internist (met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog en hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist zijn beschikbaar.

Thuisverpleging voor hulp met mantelzorg voor betrokkene is beschikbaar, evenals dagopvang van 09-16u en kortdurende en langdurende psychiatrische hospitalisatie voor patiënten met chronische schizofrenie.

(Verslag arts-adviseur dd. 4 maart 2019 p. 4)

Dit terwijl de revalidatiebehandeling, dewelke onder meer bestaat uit psychofarmacotherapie en psychotherapie (of aanvankelijk ondersteunende en supportieve psychosociale hulp), duidelijk dient te worden volgehouden.

Er kan onmogelijk van worden uitgegaan dat zulke gespecialiseerde hulp overal vrij te vinden is, laat staan dat elke psychiater of psycholoog hiermee gekend zou zijn.

Het gaat hier immers duidelijk om een gespecialiseerde behandeling die door een specialist met kennis van zaken dient te worden gedaan.

Dit wordt ook nog eens bevestigd door het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten:

"Controle bij deze patiënt met NAFLD, tevens mentale retardatie.

Met verandering van de levensstijl en vooral ten gevolge van de continue begeleiding van de kine-revalidatie, is er verder een prima evolutie met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c.

De vrees bestaat, dat bij het stoppen van de revalidatie programma, er terug een recidief zal optreden van het overgewicht en het leverlijden. We hopen dan ook, dat een uitwijzing kan vermeden worden (ikv lopende asiel aanvraag)."

(stuk 7)

Hieruit blijkt opnieuw ten overvloede, zoals reeds herhaaldelijk door verzoekende partij is aangehaald, dat de kern van de problemen de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker betreft.

Diens verdere klinische problemen zijn voornamelijk een gevolg hiervan en het feit dat deze klinische problematiek meer onder controle is, zoals door de arts-adviseur wordt opgemerkt, is enkel en alleen het gevolg van het feit dat er een zware revalidatiebehandeling gaande is om de psychiatrische problematiek van eerste verzoeker te controleren en beperken.

Het is duidelijk dat deze behandeling niet kan worden stopgezet.

3.2. Gespecialiseerde psychiatrische zorg is niet aanwezig in Armenië

In Armenië is de benodigde gespecialiseerde behandeling echter niet aanwezig.

"The existing "state order" provision of free-of-charge health care thus remains more declarative than factual. The population, especially those in need and/or with the least means, meet with limited access to basic and specialized health care services."

(CARITAS INTERNATIONAL, Country sheet Armenia,

[http://www.reintegrationcaritas.be/fileadmin/user_upload/Fichiers/CS/Armenia/CS_ARMENI_A_UPDATE_JANUARI_2010_ENGLISH_VERSION .pdf](http://www.reintegrationcaritas.be/fileadmin/user_upload/Fichiers/CS/Armenia/CS_ARMENI_A_UPDATE_JANUARI_2010_ENGLISH_VERSION.pdf). 2010, 124.)

Dit wordt ook bevestigd in andere bronnen:

"The population, especially those in need, has limited access to health services. The services delivered are sometimes of questionable quality. Many health facilities, especially in rural areas, lack modern medical technology and human resources."

(A. SOGHOYAN, A. HAKOBYAN, H. DAVTYAN, M. KHURSHUDYAN en K. GASPARYAN, Mental Health in Armenia, <http://www.rcpsvch.ac.uk/pdf/1Pc6n3.pdf>, 2009, 61.)

"Policy on mental health is still not well developed and there is no governmentally approved and adopted mental health programme in Armenia. General approaches to mental health require modernisation, as some strategies and practices have been retained from the Soviet period."

[...]

"Mental health services in Armenia are lacking and those available are poorly integrated into the primary care system. The current system focuses on in-patient care. There is a lack of trained social workers and other mental health professionals, which limits the potential for service provision at community level."

(A. SOGHOYAN, A. HAKOBYAN, H. DAVTYAN, M. KHURSHUDYAN en K. GASPARYAN, o.c., 62.)

"Psychiatric institutions in Armenia provide poor treatment of patients, serve inadequate food, and lack meaningful activities. Another major problem is that the heads of the institutions were educated during Soviet times. Both methods of treatment and values underlying the operation of the institutions need substantial reforms. There is also a serious lack of transparency in the functioning of the institutions, which seldom provide patients and close relatives sufficient information on diagnosis and treatment methods. The staff is casually acquainted with the law on psychiatry aid."

(CARITAS INTERNATIONAL, o.c., 139.)

"Psychiatry service in Armenia is currently in restructuring and transition. But it faces many problems. On one hand there are a lot of problems inherited from the Soviet system, on the other hand there is necessity to accept and implement values of modern psychiatry and human rights. "

(CARITAS INTERNATIONAL, o.c. 9 141)

"The authorities in Armenia need to step up their efforts to address challenges and inequalities in the country's healthcare system, a UN human rights expert has concluded at the end of his first official visit. Armenia has made commendable reforms, but people's enjoyment of the right to physical and mental health still faces serious barriers linked to an outdated approach to healthcare and persistent inequalities, said the Special Rapporteur on the right to health, Dainius Pūras, in a statement at the end of his mission.

He said Armenia had good opportunities for making progress, but highlighted structural and systemic challenges, both in law and practice.

"Public expenditure in health is below 2% of GDP, one of the lowest in the world," said Mr Pūras.

"The country is moving towards a mandatory health insurance scheme which will involve private insurers as third-party administrators for certain sectors of the population, mainly civil servants and socially disadvantaged groups.

This could have significant implications regarding eligibility, coverage and financing, and could potentially create inequities and inefficiencies if strong oversight and transparency are not ensured."

(United Nations, UN expert calls for modern approaches to transform Armenia healthcare and address inequalities, 2017, <http://www.un.am/en/news/640>)

"The current mental health system focuses on inpatient care. There is limited potential for providing services at the community level. Essentially, psychiatric care is still exclusively provided in specialized mental health institutions. Psychosocial rehabilitation is underrepresented in mental hospitals. Few

patients in mental hospitals received one or more psychosocial interventions in the last year. There are no day treatment facilities or even inpatient care for children and adolescents. In general in Armenia, mental health and mental disorders among children and adolescents are not regarded with anything like the same importance as physical health. Continuous medical education for mental health professionals is lacking. Only 17% of psychiatrists had re-fresher training on the rational use of psychotropic drugs. None of the mental health care staff received at least two days of refresher training in the rational use of drugs, psychosocial interventions and child/adolescent mental health issues during past last year. The government supports professional training once in every five years.

The research area is still underdeveloped and lacking financial governmental support. There is some research based on interests of donor organizations. Currently, the mental health system in Armenia is still lacking resources and positive reforms that should be done on individual, governmental and political levels."

(World Health Organization, WHO-AIMS Report on Mental Health System in Armenia, 2009-, http://www.who.int/mental_health/armenia_who_aims_report.pdf)

"Patients with no mental-health problems have been "tied up, faced violence, gotten injections of drugs," she alleged. "People were beaten with blankets covering their faces to avoid bruises." (Eurasianet, Armenia: Report Details Psychiatric Hospital Abuses, 2014, <https://eurasianet.org/s/armenia-report-details-psychiatric-hospital-abuses>)

However, when people finally decide to look for treatment, they face the reality that treatment hard to find. State funding is insufficient to assure guaranteed free services for vulnerable groups and medical staff supplement their meagre wages with 'under-the-table' fees before providing services. The financial resources of most hospitals and institutions are not sufficient to provide even the most basic services or to pay qualified personnel. Medication, if available, is expensive and self-medication is widespread.

(PDF) Mental health problems in Armenia: Low demand, high needs. Available from: https://www.researchgate.net/publication/8Q63481_Mental_health_problems_in_Armenia_Low_demand_high_needs [accessed Jul 11 2018].

"The Open Society Foundations-Armenia supported a group of human rights experts to visit and monitor conditions inside psychiatric hospitals. Their reports read like horror stories, detailing the lives of people left to the mercy of fate:

"A male nurse beat a patient who tried to run away. Even in the presence of the monitoring group he continued to abuse the patient."

"One of the patients was tied up for two days. The hospital staff informed us that they gave food and water to the patient, but the monitors didn't witness it."

"Many patients are subjected to physical abuse, they are forced to clean the rooms and wash toilets, take care of other patients... do the work that the clinic staff should do."

"In the yard of a hospital, under heavy rain, a barefoot patient washed the car of a hospital employee."

Listening to these reports, we have to ask: Are medical professionals causing more trauma for their patients rather than providing actual treatment? Do hospital employees see people with mental health issues as problems and not as patients?"

(Open Society Foundations, Sanctioned Abuse in Armenia's Hospitals, 2010, <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/sanctioned-abuse-armenia-s-hospitals>)

The Human Rights Defender as National Preventive Mechanism has prepared and published an ad hoc report on Ensuring rights of persons with mental health issues in psychiatric institutions The report presents in a systemized way the gross violations identified during the unannounced visits to psychiatric institutions conducted by the NPM subdivision and experts (lawyers, psychologist, psychiatrist, physicians and sociologist) in 2017. Namely, the following issues have been raised in the report:

- Although psychiatric healthcare is free, cases of paid psychiatric services have been detected. Mental healthcare services are inaccessible at community level.
- There are a number of legislative and practical issues related to compulsory treatment provided by the Criminal and Civil Procedure Codes of the Republic of Armenia.
- Means of restraint not envisaged by the law have been used and procedural violations in this regard have been detected.
- The number of the medical staff in psychiatric institutions is inadequate.
- In a number of cases there are no narrowly focused specialists (e.g. pediatric psychiatrist).

- There are no psychiatrists on duty at nighttime and the number of the middle-level medical staff involved in night shift is inadequate, including in Yerevan.
- Expired medication and medical supplies, improper maintenance and disposal of medication have been detected.
- Cases of improper management of record-books on registration and provision of psychotropic medication have been revealed.
- There are no mechanisms for transferring a person to a psychiatric institution and providing adequate medical assistance and service in cases of need of urgent stationary psychiatric assistance and service.
- Except medication treatment, there is a shortage of alternative medical treatment methods.
- Cases of overcrowding in psychiatric institutions have been detected.
- There are issues concerning the separation of women and men's wards in some psychiatric institutions.
- In a number of cases there is a discriminatory approach to persons with mental health issues.
- There is a necessity of renovation and improvement of living conditions, including sanitary and hygiene.
- There are issues with regard to adequate variety and sufficient quantity of nutrition.
- The right to outdoor exercise of persons with mental health issues is not properly maintained.
- There are no mechanisms on the provision of pensions to persons with mental health issues and on their independent management.

(International Ombudsman Institute, Armenia. Human Rights Defender publishes report on right of persons with mental health issues in psychiatric institutions, 2018, <http://www.theioi.org/ioi-news/current-news/human-rights-defender-publishes-report-on-rights-of-persons-with-mental-health-issues-in-psychiatric-institutions>)

Hieruit blijkt duidelijk dat er dus geen zorgen en opvolging in Armenië beschikbaar zijn op gespecialiseerd psychiatrisch niveau.

Door met deze elementen geen rekening te houden, schendt verwerende partij dan ook de hoger vermelde rechtsregels en algemene rechtsbeginselen.

4. De toegankelijkheid van de zorgen en opvolging in Armenië

Verzoekers ontkennen niet dat er in Armenië theoretisch gezien een systeem zou opgesteld moeten worden dat gratis en/of goedkopere gezondheidsvoorzieningen voorziet.

In de praktijk is dit echter alles behalve het geval, hetgeen ook duidelijk naar voor komt in de rechtsleer:

"Private financing constitutes about half of total health expenditures in Armenia and most of that comes directly out of the consumer's pocket. In the current economic downturn, fewer and fewer people can afford it.

...

To address this, the ministry of health has implemented several programmes since independence in 1991 including a Basic Benefits Package (BBP) established in 1999. The package provides specific health-care services, including medicines, at no charge to vulnerable segments of the population, including children, the elderly and disabled, impoverished people and injured military personnel.

Since 2006, primary health care services have been free of charge under the BBP.

But, of course, being eligible is not the same as being covered. And concern about the BBP being stretched a little thin is expressed in the highest places: "Each year the number of people included on the 'vulnerable' list is increased by the Armenian authorities and as a consequence, the money attributed to each individual decreases," explains Babloyan. In concrete terms this means that people like Naira Thovmasian, a 34-year-old woman living in Yerevan, who since 1999 has needed dialysis to compensate for her failing kidneys, cannot always get the medicines they need. "By law, the hospital has to provide the medicines for me, but what happens if they don't have them? Thovmasian asks. When the hospital can't provide them, Thovmasian has to pay. And she is not alone. Elizabeth Danielyan, head of the World Health Organization's (WHO) Armenia country office, notes private financing constitutes about 50% of total health expenditures in Armenia, with 84% of that coming directly out of the consumer's pocket according to the national health accounts monitoring project." (World Health Organization, Armenians struggle for health care and medicines, 2009, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/09-010709/enA>)

"Armenia has made commendable reforms, but people's enjoyment of the right to physical and mental health still faces serious barriers linked to an outdated approach to healthcare and persistent inequalities, said the Special Rapporteur on the right to health, Dainius Pūras, in a statement at the end of his mission.

He said Armenia had good opportunities for making progress, but highlighted structural and systemic challenges, both in law and practice.

"Public expenditure in health is below 2% of GDP, one of the lowest in the world," said Mr Pūras.

"The country is moving towards a mandatory health insurance scheme which will involve private insurers as third-party administrators for certain sectors of the population, mainly civil servants and socially disadvantaged groups.

This could have significant implications regarding eligibility, coverage and financing, and could potentially create inequities and inefficiencies if strong oversight and transparency are not ensured. (United Nations, UN Expert calls for modern approaches to transform Armenia healthcare and address inequalities, 2017, <http://www.un.am/en/news/640>)

The Armenian government has continued to face difficulty in meeting its budgetary commitments to the health care sector. In response to this shortage of public funds, Armenia introduced the Basic Benefits Package (BBP), which includes official charges to patients for services. The BBP is both a package of specific services that are theoretically guaranteed to be free of charge and a list of vulnerable population groups who are entitled to receive all available medical treatment at no cost. All other Armenian residents not in this group must pay out of pocket, at point of use, for all treatment and pharmaceuticals not listed in the BBP. In practice however, due to the widespread system of informal payments and limited resources, even those vulnerable groups entitled to free health care are frequently asked to pay for services. Out-of-pocket payments are the major source of financing for the health care system in Armenia, at an estimated 65% of all medical expenditure; the majority of these are informal. The very low prices paid by the state to publicly funded facilities do not cover actual service costs and have worked to increase the amount of under-the-table payments. Access to primary care has become a major problem as a large segment of the Armenian population cannot afford even these basic expenses. Many people avoid medical treatment until it is the last resort.

(Pacific Prime, Armenia Health Insurance. Medical insurance for those living or working in Armenia. Customized Armenia health insurance plans and quotes available. <https://www.pacificprime.com/country/euroDe/armenia-health-insurance-pacific-prime-international/>)

"While the Armenian government continues to suggest reforms emphasizing improved state budget financing and more efficient use of resources, the majority of financing for public health care institutions continues to come from payments both formal (such as fees for medical services set by law and paid to the hospital) and informal (such as out-of-pocket payments made as "gratuities" to doctors).³ Moreover, a number of Armenian medical institutions have become privatized in response to the lack of centralized funding, forcing them to compete with other private and state facilities in charging for their health care services. As a result, full access to quality health care remains out of reach for much of the Armenian population, not least its socially marginalized groups, such as people with mental disabilities, people living with HIV/AIDS, and palliative care patients.

...

As well, in many cases, persons with disabilities have been denied access to free medical care even though they are enumerated in the 2004 decree; also, diabetes patients have been obliged to pay for drugs that are guaranteed free of charge.¹⁵ The economic burden of such health problems is devastating to endure; reasonable government investment in health care services could easily contribute to better living conditions for all Armenians. Violating the financial component of the right to access medical services is both a cause and a consequence of poverty, and certainly it results from inadequate state budget allocations.

...

Overall while many layers of domestic legislation guarantee all Armenians the right to access medical services, large segments of the population still face serious financial, geographic, and discriminatory barriers."

(Health and Human Rights Journal, Identifying the gaps: Armenian health care legislation and human rights in patient care protections, 2013, <https://www.hhrijournal.org/2013/12/identifying-the-gaps-armenian-health-care-legislation-and-human-rights-in-patient-care-protections/>)

The utilization of health care services was low, particularly in rural areas. This under-utilization of services correlated with low income of the population surveyed. The state funded health care services are inadequate to ensure availability of free-of-charge services even to economically disadvantaged

groups. Continued reliance on direct out-of pocket and illicit payments, for medical services, are serious issues which plague healthcare, pharmaceutical and medical technology sectors of Armenia.

(International Journal Equity Health, "Health inequalities in Armenia - analysis of survey results", 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430552/>)

"Accessibility of the most essential services has become a very serious problem mainly for socially vulnerable groups in the population. Low purchasing power, absence of state medical insurance, the introduction of out-of-pocket payments and the increase in informal payments have resulted in sharp a decrease in timely referrals to doctors. The practice of informal payments at health institution means that Armenians have to pay even for the few medical services that are officially free of charge. That includes prophylactic treatment of oncologic, cardiac, infectious and psychiatric diseases. The informal payments typically range from 1,000 to 50,000 drams (\$100)."

(Gov.uk, Guidance. Living in Armenia, 2013, <https://www.gov.Uk/guidance/living-in-armenia#health>)

"Almost half of patients in Armenia still pay for intensive cure services even though they are free of charge, says an analysis of the health care service co-funding program."

(Information Company, Patients in Armenia still pay for free health care services, 2013, <http://arminfo.info/index.cfm?objectid=75d74aa0-dd97-lle2-bbc80eb7c0d21663>)

"Implemented reforms have separated the institutions of the public payer and the providers, but did not manage to change the model of financing to be based on compulsory insurance. The level of financing is similar to the average in Central and Eastern Europe, but is based mainly on out-of-pocket payments contributing to about 80% of all system resources. The informal payments reach even 45% of expenditures. "

(Journal of Public Health, The Armenian healthcare system: recent changes and challenges, 2008, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-007-0160-v>)

"Armenia's recently appointed Health Minister Levon Altunian has called for the legalization of informal payments to medical staff that have long been made by patients in the country.

Armenians visiting doctors at hospitals or state-run polyclinics responsible for primary healthcare routinely pay them for medical aid or a consultation which is often supposed to be provided free of charge."

(Arus Hakobian, Minister wants to tax informal payments to doctors, 2016, <http://www.azatutvun.am/a/28172178.html>)

"Several household and patient surveys indicate a high level of unmet need for healthcare (39.5% of sick people report not seeking medical assistance because of financial constraints). Informal payments for many state guaranteed free-of-charge healthcare services (21.5% of women paid out-of-pocket money for state-funded pregnancy and delivery care) is still practiced despite the recent substantial increase of the state reimbursement rates for these services."

(Geneva Health Forum Archive, More healthcare providers: A Crisis in Armenia's Health System, 2012, <http://ghf.g2hp.net/2012/11/12/more-healthcare-providers-a-crisis-in-armenias-health-svstem/>)

"In many developing countries, making informal payments to health care workers is common. Lewis (2000) estimates the frequency of informal payments in selected Asian and Central/Eastern European countries as:

Armenia: 91%."

(Shafrin J., Health care workers and Informal Payments, 2014, <https://www.healthcare-economist.com/2014/02/Q4/health-care-workers-and-informal-payments/>)

"The four domains that provided most of the relevant information for the study included financial access, commodities in hospital, medical staff qualifications and attitudes, overall satisfaction of patients and relatives. These domains expressed the main concerns that participants had with care, and that influenced their patients' /caregivers' satisfaction the most. They also provided the information that was most helpful for the improvement of the quality of care in mental health care in both countries. Due to the similarities in overall country profiles and mental healthcare systems, most of the findings were similar for Armenia and Moldova. The financial aspect seemed to be similarly viewed in both countries, with equal importance attributed to the state support and free medication.

Informal payments were mentioned as a problem during the in-depth interviews in both countries. This could be explained by the low salaries offered to the hospital and dispensary personnel and the stressful working conditions the doctors and administrator were working under."

(Balteanu D., A comparative study of patiënt satisfaction with mental health services in Armenia and Moldavia ,2011,19, <https://aia.am/chsr/UserFiles/File/new/Domnica%20Balteanu.pdf>)

Uit de rechtsleer blijkt overduidelijk dat de toegankelijkheid van de medische sector in Armenië zeer verschillend is wat betreft de theorie en de praktijk.

In theorie is er sprake van gratis voorzieningen en medicijnen enerzijds en van tussenkomst van de overheid anderzijds.

In de praktijk blijkt hier echter niets van waar te zijn en dienen de Armeniërs zelf alles te financieren via zogenaamde hoge 'out-of-pocket payments'.

Hoewel dit verschil tussen theorie en praktijk duidelijk gedocumenteerd is in allerhande bronnen, gaat verwerende partij hier niet op in.

Verwerende partij beperkt zich eenvoudigweg tot een theoretische wetstechnische benadering van het systeem van de medische sector in Armenië.

Dit terwijl natuurlijk de effectieve toegankelijkheid in de praktijk dient onderzocht te worden:

"Het begrip "adequate behandeling" slaat zowel op het voorhanden zijn in het land van herkomst of van verblijf van de nodige medische infrastructuur en van de geneesmiddelen als op de mogelijkheid voor de betrokken vreemdeling om daar concreet toegang toe te hebben, gelet op o.m. zijn financiële middelen. Dit is ook het geval voor mantelzorg. Bij het onderzoek naar het bestaan van een adequate behandeling dient onderzocht te worden, op grond van recente gegevens, of de daar beschikbare medicatie en medische behandeling en opvolging toereikend/beschikbaar en toegankelijk zijn, rekening houdend met de individuele toestand van de aanvrager, o.a. zijn etnische afkomst."

(DENYS L., Handboek voor de advocaat-stagiair 2016-2017. Vreemdelingenrecht, 2016, Orde van Vlaamse Balies, 179-180.)

Daarenboven dient er op te worden gewezen dat verzoekers doorheen de procedure er herhaaldelijk op hebben gewezen de medische sector in Armenië in de praktijk ontoegankelijk is.

Hoewel deze problematiek enerzijds duidelijk vermeld is door verzoekers doorheen de procedure en anderzijds eenvoudig terug te vinden is en duidelijk gedocumenteerd is, gaat verwerende partij hier niet op in.

Verwerende partij stelt immers wel dat de vereiste medicatie voor eerste verzoeker beschikbaar zou zijn in Armenië, doch gaat nergens in op de toegankelijkheid hieromtrent.

In de toegankelijkheid gaat verwerende partij daarnaast voornamelijk in op de medische voorzieningen en niet op de gespecialiseerde psychiatrische voorzieningen die eerste verzoeker niettemin nodig heeft.

Het enige wat verwerende partij hieromtrent stelt is dat personen met mentale problemen géén beroep kunnen doen op gratis psychiatrische zorg tenzij wanneer zij een certificaat beschikken.

Verwerende partij gaat echter niet in op de vereisten noch de manieren om dit certificaat te verkrijgen, terwijl dit niettemin wel essentieel is.

Verzoeker wijst erop dat hij daarenboven opgeroepen is om zijn legerdienst te vervoegen en dit ondanks zijn medische situatie (stuk 10).

Het is dan ook duidelijk dat verzoeker dit attest blijkbaar niet eenvoudig kan krijgen, daar tot op heden Armenië stelt dat verzoeker nog steeds medisch in orde is om zijn legerdienst te vervullen, met alle gevolgen van dien.

Verwerende partij gaat aldus niet na of de nodige medicatie en voorzieningen voor eerste verzoeker in Armenië toegankelijk zijn.

Daarnaast stelt verwerende partij expliciet dat de psychiatrische zorg niet gratis is, doch dat een aantal diensten hieromtrent wel gratis zijn indien men over een speciaal attest beschikt.

Doch verwerende partij laat na om hier dieper op in te gaan en te stellen op basis van bv. welke voorwaarden men zulk een attest kan krijgen, hoewel deze vraag gelet op de convocatie tot vervullen dienstplicht wel pertinent is.

Deze houding van verwerende partij kan niet gehonoreerd worden.

Daarbij wijzen verzoekers erop dat S. A. ook continu gespecialiseerde zorg en gespecialiseerde begeleiding nodig heeft.

Het is duidelijk dat gelet op deze specifieke problematiek van S. A. waar hij non-stop gespecialiseerde begeleiding nodig heeft en er in Armenië een praktijk is waarbij er steeds zware 'out of pocket payments' dienen te gebeuren, dat de medische zorgen in Armenië voor verzoekers dan ook onbetaalbaar zijn.

Ten overvloede wenst verzoeker nog het volgende aan te duiden.

Verwerende partij haalt aan dat met name tweede verzoekster mevrouw A. N., de moeder van eerste verzoeker, de zorg als mantelverzorger kan verderzetten in het land van herkomst en dat zij ook toegang kunnen krijgen tot de arbeidsmarkt.

Deze houding van verwerende partij is onbegrijpelijk gelet op het feit dat doorheen de procedure verzoekers de nodige stukken hebben neergelegd om de psychische toestand van tweede verzoekster, mevrouw A. N., te duiden.

Het is duidelijk dat zij het heden zeer moeilijk heeft en niet in staat is om te werken, hetgeen duidelijk af te leiden valt uit de medische stukken in het algemeen.

Verwerende partij stelt in haar beslissing dd. 11 maart 2019 dat de beslissing niet op mevrouw A. N. van toepassing zou zijn, omdat zij geen eigen aanvraag 9ter heeft ingediend.

Zij erkent weliswaar heden geen aanvraag 9ter te hebben ingediend, doch de stukken die zij heeft binnengebracht dienen wel degelijk te worden nagegaan in het kader van de aanvraag 9ter van eerste verzoeker.

Als voornaamste mantelverzorger is dit immers van belang.

Hierbij is het opmerkelijk dat door verwerende partij noch door de arts-adviseur met de bijhorende stukken hieromtrent geen enkele rekening is gehouden, ook al was zij hiervan duidelijk op de hoogte (stukken 8 en 9).

Verwerende partij besloot alzo ten onrechte tot de ongegrondheid van de aanvraag dd. 28 januari 2011 tot medische regularisatie conform art.9ter Vreemdelingenwet.

Het is dan ook duidelijk dat verwerende partij door op deze manier te oordelen de hierboven vermelde rechtsregels en algemene beginselen heeft geschonden, minstens dat zij in deze zeer onzorgvuldig is tewerk gegaan.

5. De benodigde medische voorzieningen zijn in België beschikbaar én effectief

De medische hulp die eerste verzoeker in België krijgt is daarenboven effectief en essentieel om het ziektebeeld van eerste verzoeker terug te dringen en onder controle te houden.

Dit blijkt duidelijk uit de verschillende verslagen van de betrokken geneesheren:

"Ondergetekende verklaart dat bovenvermeld patiënt met ernstige medische aandoening regelmatig op controle komt.

Dankzij multidisciplinaire samenwerking met diëtist, revalidatie arts gaat het op het fysieke vlak beter met Arthur, hij is 20 kg vermagerd en zijn conditie is goed verbeterd.

Op het psychische vlak blijft het heel erg moeilijk: donkere gedachten, moeilijke daginvulling, gedragsstoornissen.

Het is voor A. erg belangrijk dat hij medische zeer nauwkeurig en multidisciplinair opgevolgd wordt."

(Stuk 3: medisch attest dr. W. dd. 21 oktober 2016)

Hoewel de toestand van eerste verzoeker dankzij de medische zorgen reeds is vooruitgegaan, is het essentieel dat deze medische zorgen verder worden gezet:

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

1. Ernstige gedragsproblemen
2. Leverfibrose + levercirrose

Evolutie en prognose van de aandoeningen waarvan sprake onder rubriek B:

1. Idem
2. Achteruitgang indien voldoende dieetmaatregelen

F. Indien van toepassing: zijn er specifieke noden in verband met de medische opvolging? Is mantelzorg medisch vereist?

Patiënt heeft continu toezicht nodig.

(Stuk 4: medisch getuigschrift dd. 29 december 2017 van dr. W. K.)

Het is dan ook duidelijk dat de behandeling die eerste verzoeker hier in België heeft kunnen ondergaan, en daarenboven in Armenië ook niet voorhanden is, reeds vruchten heeft afgeworpen.

Het is echter niet mogelijk voor eerste verzoeker om deze behandelingen momenteel stop te zetten, daar deze voor hem medisch noodzakelijk zijn (stukken 4 en 7).

Door ditgeen te miskennen, schendt de verwerende partij de hierboven vermelde rechtsregels evenals algemene rechtsbeginselen.

6. De gevolgen van de convocatie tot het vervullen van de dienstplicht

Daarbovenop ontving eerste verzoeker nog een convocatie om zijn dienstplicht te vervullen in Armenië (stuk 10).

Hij dreigt dus verplicht te worden het Armeense leger te vervoegen, onafhankelijk van zijn medische toestand, wat zijn situatie uiteraard allerminst ten goede zal komen.

De kans is zelfs reëel dat eerste verzoeker gearresteerd wordt op het moment dat hij Armenië terug binnenkomt.

De Nederlandse staat vermeldt het volgende omtrent de rekrutering en toestand in het Armeense leger:

"Er zijn veel problemen op dat gebied, omdat het ministerie van Defensie moeite heeft om aan de quota te voldoen. Daarom komt het voor dat mensen met gezondheidsproblemen toch moeten dienen.

[...]

Een dienstplichtige die uit het buitenland naar Armenië terugkeert, en nog niet in het leger heeft gediend, kan arrestatie aan de grens voorkomen door de autoriteiten voor aankomst te laten weten dat hij alsnog bereid is zijn dienstplicht te vervullen. Het succesvol bewandelen van deze weg is in de praktijk echter afhankelijk van de welwillendheid van de autoriteiten.

[...]

Elk jaar vallen er dodelijke slachtoffers als gevolg van geweld binnen het leger. In het Armeense leger is nog steeds sprake van grove ontgroeningsmethoden, pesterijen en gewelddadige omgangsvormen.

De ontgroeningspraktijken gaan veelal gepaard met geweld, vaak onder het voorwendsel van disciplinehandhaving. De meeste zelfmoorden in het leger zijn vermoedelijk moorden."

(RIJKSOVERHEID, Algemeen ambtsbericht Armenië,
<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/ambtsberichten/2010/08/27/armenie-02-08-2010/aab-armenie-2010-definitieve-versie-justitie.pdf>. 46-49)

Het is hierbij overduidelijk dat indien eerste verzoeker terugkeert naar Armenië hij geen enkele opvang noch begeleiding zal krijgen, maar waarschijnlijk zelfs wordt opgesloten in de gevangenis of verplicht in het leger dient te gaan.

Het behoeft geen betoog dat wanneer iemand met een psychiatrische problematiek, zoals in het geval van eerste verzoeker, wordt opgenomen in de gevangenis of in het leger zonder enige vorm van behandeling of omkadering, dit een duidelijk gevaar vormt voor diens fysieke integriteit en een risico vormt op een onmenselijke behandeling.

The first medical examination with the aim to identify prisoners with mental health problems upon admission is not ensured in the majority of the prisons. Out of 12 prisons in RA only two benefit from a regular psychiatrist's presence. None of the prisons employs clinical psychologist. The treatment offered to inmates suffering from mental disorders is mainly based on pharmacotherapy, namely the therapeutic, rehabilitative and recreational activities are not carried out. Prisoners in need of in-patient care are transferred to hospital facility with significant delay. The situation is even worse for juveniles and female prisoners in need of inpatient treatment due to lack of accommodation in the "Prisoners' Hospital". No additional steps are taken to help life-sentenced prisoners to overcome a range of psychological problems that they might experience during imprisonment. The "Prisoners' Hospital" does not provide a therapeutic environment. There is no multidisciplinary staff and the individual treatment plans adapted to individual needs of patients are not made. In the "Nubarashen Psychiatric Hospital" the staff is not trained how to handle patients who display auto and hetero-aggressive tendencies. Moreover, the use of means of restraint is not properly stipulated in the corresponding law. The national and international consultants are very grateful to all those who supported their work and hope that the recommendations made will serve the beneficiary in strengthening mental health care in penitentiary institutions.

(Simonyan G. en Vulic O., Report on Mental Healthcare Issues in the Penitentiary Institutions of the Republic of Armenia, 2017, <https://rm.coe.int/report-on-mental-healthcare/1680780339>)

Op dit aspect wordt ook door verwerende partij op geen enkel moment ingegaan, hoewel dit ook duidelijk doorheen de procedure is aangegeven.

Daarenboven is het wel zo dat de arts-adviseur wel degelijk kennis heeft genomen van dit stuk, doch op geen enkele manier hierop ingaat.

Zo wordt er ook zelfs niet nagegaan door de arts-adviseur of er al dan niet een behandeling voorzien is in het leger of in de gevangenis, hoewel dit wel een belangrijke vraag is in het geval van eerste verzoeker!

Van een terugkeer van verzoekers naar Armenië kan bijgevolg absoluut geen sprake zijn en door hier anders over te oordelen begaat de verwerende partij een schending van de hierboven vermelde rechtsregels evenals algemene rechtsbeginselen."

2.2.1. Verzoekers voeren in hun eerste middel onder meer de schending aan van de motiveringsplicht, zoals vervat in artikel 62 van de vreemdelingenwet en in artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, en van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

De motieven van de eerste bestreden beslissing steunen *in casu* op het advies van de arts-adviseur T.d.W. van 3 juni 2019 waarnaar in de eerste bestreden beslissing wordt verwezen en waarbij de bestreden beslissing zich aansluit. Dit advies luidt als volgt:

"(...)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. S. A. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 28.01.2011.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Laboresultaten d.d. 15/11 /2010: te hoog cholesterol, licht gestoorde levertesten*
- *Verslag CT-schedei d.d. 22/11/2010: geen posttraumatisch letsel*
- *Medisch attest d.d. 13/12/2010 van Dr. D.: kan geen "psychodiagnostiek" geven*
- *Medische attesten d.d. 24/01/2011, 19/12/2011 en 07/05/2012 van Dr. H.: obesitas, PTSD, angststoornis; geen hospitalisaties*
- *Medische attesten d.d. 08/09/2011 en 18/02/2013 van Dr. L. V. O. (internist-gastro- enteroloog): betrokkene "woont 1 jaar in België, zit continu thuis en eet de hele dag, neemt geen beweging - moet dieet volgen!; waarschijnlijk genetisch bepaalde mentale retardatie*
- *Verslag kinesitherapie d.d. 14/05/2012: waarvan akte*
- *Afspraakbevestiging d.d. 13/07/2012 bij Dr. C. te Leuven • o Medische attesten d.d. 04/03/2013 en 14/01/2018 van Dr. P. H. (psychiater): betrokkene kwam naar de raadpleging, mentale retardatie en gedragsstoornissen, waarschijnlijk als kind van de 3 e verdieping gevallen, er waren geen hospitalisaties noch acute opstoten*

- Attest van aanwezigheid op de raadpleging d.d. 09/07/2013 van Dr. A. V. (psychiater), d.d. 06/08/2012, 13/05/2013, 01/07/2013 van Dr. P. H. (psychiater)
- SMG d.d. 29/12/2017 van Dr. K. W. (huisarts): genetische afwijking met mentale retardatie, psychiatrische stoornis, autisme, dysmorphie; leversteatose - leververvetting (NAFLD = non-alcoholic fatty liver disease) - medicatie: Escitalopram, Totalip en Orap
- Consultatieverslag d.d. 15/12/2017 van Dr. L. V. O. (internist-gastroënteroloog): Totalip mag gestopt worden gezien prima evolutie door verandering van levensstijl met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c
- Consultatieverslag d.d. 10/11/2017 en 15/12/2017 van Dr. B. T. (internist-neuroloog): tics goed onder controle met medicatie - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip; betrokkene zou om de 6 maanden "pro forma" een neuroloog zien die echter niets kan doen aan de mentale retardatie
- Attest d.d. 10/11/2017 van Dr. B. T.
- SMG d.d. 20/12/2011 en 09/02/2018 van Dr. K. W.: behandeling wegens een huidinfectie, mentale retardatie wegens een chromosoomafwijking - syndromale afwijking met ASS- gedragsstoornissen, NASH (niet-alcoholische steohepatitis) - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip
- Beëdigde vertaling van Armeens naar Nederlands d.d. 11/01/2017 door Mevr. A. D. van de directeur van het psychiatrisch centrum Avan te Yerevan d.d. 25/10/2017: betrokkene zou sinds 2011 een gevaar geweest zijn voor zijn naasten die in dezelfde woonplaats verblijven"

En van de medische stukken ons spontaan overgemaakt door betrokkene:

- Attest van aanwezigheid op de raadpleging van Dr. P. H. (psychiater) d.d. 23/04/2018, 04/06/2018, 30/07/2018, 01/10/2018, 27/08/2018 en 05/11/2018, 22 en 29/07/2013 - van Df. D. C. (internist) op 13/07/2012, 15/11/2012
- Medisch attest d.d. 20/04/2018 van Dr. B. T. (neuroloog): mentale retardatie en gedragsstoornissen met autistische kenmerken niet in staat zich zelfstandig in de maatschappij te handhaven en toezicht (door naaste familie) strikt noodzakelijk, zijn vader wordt zelf begeleid ovw psychiatrische problematiek en kan niet zorgen voor A.' .
- Verwijsbrief d.d. 03/05/2012 van Dr. K. W. (huisarts) voor advies ivm levertijden en obesitas problematiek
- Verwijsbrief d.d. 24/09/2012 van Dr. W. V. (psychiater) voor overdracht van betrokkene aan collega Jorens: mentale handicap met gedragsproblemen, overdreven kwaad, omkering slaap-waak-ritme, obesitas met complicaties, vader zou vermoedelijk een psychose gehad hebben - medicatie: Fluvoxamine
- SMG d.d. 24/01/2011 van Dr. P. H.: start Sertraline
 - obesitas met respiratoire problemen, hypercholesterolemie en leverfunctiestoornissen
 - angststoornis (differentieel diagnose: PTSS of prepsychose)
- Onleesbaar "Geneesmiddelenvoorschrift" d.d. 2017 van Dr. L. V. O. (gastro-enteroloog)
- Medisch attest d.d. 21/10/2016 van Dr. K. W. (huisarts): moet medisch multidisciplinair opgevolgd worden
- Consultatieverslag d.d. 18/10/2016 van Dr. L. V. O.: .in totaal 22kg vermagerd, volledig genormaliseerde transaminasen en gunstig lipiden profiel, start D-Cure
- Medisch attest d.d. 24/10/2016 van Dr. P. H.: psychotische gedragsstoornissen tgv hebefrene schizofrenie en mentale retardatie die enkel gestabiliseerd kan worden, niet genezen; leven zonder toezicht is niet mogelijk- medicatie: Citalopram, Orap
- Consultatieverslag d.d. 26/04/2016 en controleconsultatie op 18/10/2016 van Dr. L. V. O. Start revalidatieprogramma om gestructureerd te bewegen en advies tot verderzetting hiervan
- Consultatieverslag d.d. 26/03/2016 van Dr. B. T. van de raadpleging op 09/03/2016 en bijgeschreven op 13/10/2016: gedragsproblemen en motorische tics, forse dyslipidemie, depressieve stemming en overschakelen van Venlafaxine naar Escitalopram - afgevallen van 126kg (met kleding aan) naar 106,5kg, nog steeds depressieve gedachten, gekende mentale retardatie- medicatie: Citalopram en Orap ongewijzigd verder
- Medisch attest d.d. 10/11/2017 van Dr. B. T.: verdere regelmatige neurologisch opvolging is noodzakelijk.
- Consultatieverslag d.d. 10/11/2017 van Dr. B. T.: tics goed onder controle, huidige medicatie ongewijzigd verder (Escitalopram, Orap en Totalip)
- Medisch attest d.d. 16/03/2018 van Dr. K. W.: medische toestand spectaculair verbeterd dankzij enorme inspanningen van moeder en broer, gedragsproblemen zijn toegenomen, document uit Armenië betreft de vader van betrokkene ,
- Medisch attest d.d. 26/03/2018 van Dr. P. H.: volgt betrokkene sinds januari 2011, diagnose van chronische ongedifferentieerde hebefrene schizofrenie - medicatie: Escitalopram en Orap,

erkenning handicap bij FOD-S2 van 01/06/2017-31/10/2019 _ (minder dan 1/3de verdienvermogen en 9ptn verminderde zelfredzaamheid), mantelzorg voorzien door familie

- Onvolledig consultatieverslag d.d. 12/06/2018 van Dr. <onbekend> zonderde laboresultaten: blijft stabiel op 94kg (komt van max' 126kg), normale ievertesten, normaal HbA1c, gunstig lipidenprofiel, lichte homogene leversteatose en normale elastografie - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip.

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 26-jarige man met een genetische afwijking (duplicatie van 882kb op de lange arm van chromosoom 1) die aanleiding mentale retardatie, macrocephalie (groot hoofd), psychiatrische stoornissen, autisme en een beperkte dysmorphie (abnormale lichaams- en/of gelaatsvorm).

Uit de voorgelegde medische stukken blijken de psychiatrische en gedragsstoornissen te behoren tot de autismespectrum stoornis (ASS) en sinds oktober 2016 wordt de diagnose gesteld van hebefrene schizofrenie.

Mr. S. werd in het kader van zijn gedragsstoornissen zeer zwaarlijvig door zich te overeten (boulimie) in combinatie met een gebrek aan beweging, waardoor ook zijn lever vervet was (leversteatose, NAFLD – Non Alcoholic Fatty Liver Disease) en zijn levertesten fichtjes gestoord waren.

Op een echografie in september 2011 (vermeld in de medische voorgeschiedenis d.d. 10/11/2017,15/12/2017) zou er ook een vermoeden geweest zijn van een chronische pancreasontsteking (pancreatitis). Het verslag van deze echografie wordt niet voorgelegd. Deze pathologie wordt in voorliggend medisch dossier niet verder geobjectiveerd, noch bevestigd, noch behandeld.

Gedurende de voorbije 3 jaar was er een aanzienlijke verbetering in de toestand van de lever van betrokkene door aanpassingen aan zijn levensstijl (gewichtsverlies en lichaamsbeweging), waardoor er een normalisatie is opgetreden van de levertesten, er opnieuw een gunstig lipidenprofiel is (cholesterol is verlaagd) en het HbA1c (maat voor insulineresistentie en beginnende ontwikkeling van diabetes) zich genormaliseerd heeft. De elastografie is normaal, wat betekent dat er geen leverfibrose (verharding van de lever) aanwezig is. Dit alles heeft tot gevolg gehad dat de cholesterolverlagende medicatie, atorvastatine (Totalip) gestopt kon worden vanaf 15/12/2017. Waarom deze nog vermeld wordt als (indicatie voor opnieuw opstarten?) medicatie in het meest recente consultatieverslag d.d. 12/06/2018 wordt niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier.

De diagnose van NASH (SMG d.d. 09/02/2018) = Non Alcoholic Steo-Hepatitis (niet-alcoholische leververvetting en ontsteking), een verergering van een NAFLD wordt niet gestaafd in voorliggend medisch dossier met een anatomopathologisch verslag van een histologisch onderzoek van een leverbiopsie (= enige manier om een leverontsteking te objectiveren), noch wordt een eventuele nieuwe achteruitgang van de leverfunctie van betrokkene door een ontsteking gestaafd met laboresultaten (levertesten).

Op 19/02/2018 werd Mr. S. onderzocht door collega Dr. J. M. van de Dienst Vreemdelingenzaken in aanwezigheid van zijn broer en moeder, die goed Nederlands spreken, en in aanwezigheid van een tolk. Hieruit bleek dat betrokkene zeker niet volledig ongeletterd is, gezien hij zowel Armeens als Russisch kan lezen en schrijven, maar geen diploma behaald heeft.

- Op 2-jarige leeftijd emigreerde de familie met betrokkene naar Rusland waar zij 13 jaar gewoond hebben en 7 jaar geleden zijn ze terug in Armenië gaan wonen.
- Tijdens zijn kinderjaren had hij enkel problemen met de sinussen, die in Rusland verzorgd werden, viel hij op 8-jarige leeftijd van een trap en hij zou in zijn (linker?) bil gebeten geweest zijn door een hond, waardoor hij nog steeds schrik heeft van honden.
- Reeds als kind werd er een mentale retardatie vastgesteld, zo stelt hij wel 15x na elkaar dezelfde vraag (als het antwoord hem niet bevalt).
- In 2010 zijn zijn moeder, hijzelf en zijn broer met het vliegtuig naar België gekomen.
- Zijn grootste probleem was een eetstoornis, boulimie, zodat hij op zeker moment méér dan 126kg woog, maar nu is hij zeer goed vermagerd tot 92kg.
- Het klinisch onderzoek was volledig normaal (bloeddruk 120/80, normaal sinusaal hartritme 80/min, soepele buik, geen bewegingsbeperkingen, normale reflexen), er werden geen karakteriële stoornissen vastgesteld en betrokkene kon goed antwoorden op de vragen die hem via de tolk gesteld werden.
- Hij bevestigt dat zijn problemen met de lever (leververvetting, leverontsteking) zich genormaliseerd hebben tijdens het vermageren.

- Volgens zijn broer haalt de voorgeschreven medicatie helemaal niets uit, en is zeker niet in staat de mentale retardatie te genezen.
- Betrokkene gaat nu naar een "bezigheidscentrum" in Mechelen, waar hij o.a. tekeningen maakt.
- Zijn vader woont nog steeds in Armenië.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Escitalopram (Escitalopram), een antidepressivum van het type selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) dat ook gebruikt wordt bij obsessieve compulsieve stoornissen (vb. dezelfde zinnen/dezelfde handelingen blijven herhalen)
- Pimozide (Orap), een antipsychoticum gebruikt bij schizofrenie
- Atorvastatine (Totalip), een "cholesterol verlagend" middel

Volgens de attesterende arts is opvolging en behandeling bij een neuroloog, psychiater en internist-gastro- enteroloog/hepatoloog aangewezen, evenals regelmatige kiné/fysiotherapie (bewegen!).

Uit het voorgelegde medische dossier blijken geen medische contra-indicaties om te reizen.

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

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

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

Aanvraag Medcoi van 10/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10849
 Aanvraag Medcoi van 13/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10724
 Aanvraag Medcoi van 26/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10919
 Aanvraag Medcoi van 18/10/2018 met het unieke referentienummer BMA 11684
 Aanvraag Medcoi van 27/11/2018 met het unieke referentienummer BMA 11778
 Aanvraag Medcoi van 12/09/2017 met het unieke referentienummer BMA 10064

2. Overzicht met in Armenië beschikbare medicatie voor Mr. S. volgens recente MedCOI- dossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog en hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist zijn beschikbaar.

Thuisverpleging voor hulp met mantelzorg voor betrokkene is beschikbaar, evenals dagopvang van 09-16u en kortdurende en langdurige psychiatrische hospitalisatie voor patiënten met chronische schizofrenie.

Escitalopram en atorvastatine zijn beschikbaar in Armenië. ..

Pimozide is niet beschikbaar in Armenië, maar therapeutische equivalenten die dat wel, nl.: haloperi dol, quetiapine, risperidon, olanzapine, aniprazol, paliperidon, clozapme en suipiride.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om de 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 dat het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de

belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De gezondheidszorg in Armenië is georganiseerd op de gebruikelijke 3 niveaus: de primaire, secundaire en tertiaire zorg. Het ministerie van Volksgezondheid ziet toe en controleert de publieke gezondheidszorg op de drie niveaus. Desondanks valt het merendeel van de centra en de ziekenhuizen onder de regionale besturen.

In 1997 werd de Basic Benefit Package geïntroduceerd. Dit is een geheel van basiszorgen die gratis zijn voor de hele bevolking (zoals de bredere primaire zorgen, bepaalde gezondheids- en epidemiologische diensten en de behandeling van een 200tal sociaal belangrijke ziekten). Het pakket stipuleert ook voor welke bevolkingsgroepen

Alle gezondheidszorgen op primair niveau zijn gratis voor alle Armeense burgers, of men nu tot een sociaal kwetsbare groep behoort of niet. Om toegang tot deze diensten te krijgen, moet men het Armeens burgerschap bezitten en geregistreerd zijn.

Sociaal kwetsbare groepen krijgen extra gratis zorgen. Zo krijgen zij gespecialiseerde zorgen en de benodigde medicijnen gratis. Tot deze groep behoren arme families, kinderen en gehandicapten.

Bovenstaande geldt echter niet automatisch voor personen met mentale problemen die gratis psychiatrische zorg krijgen via de overheid. Zij dienen hiervoor te beschikken over een certificaat dat bevestigt dat ZIJ een handicap hebben. Maar in het algemeen is de psychiatrische zorg voormensen met mentale problemen gratis. Deze zorg wordt gesubsidieerd door een overheidsfonds, in overeenstemming met de wet inzake psychiatrische zorg, ingevoerd in het jaar 2004. De medicatie is gratis op voorwaarde dat betrokkene over een voorschrift van een psychiater beschikt.

Psychiatrische zorg is gedekt door het BBP wanneer deze verschaft worden in publieke en private medische centra aangesloten bij de State Health Agency voor dit type van zorg.

Er bestaat een invaliditeitspensioen. De uitkering hangt af van de graad van invaliditeit. Voor arme families is er een familiale sociale uitkering. De uitkering wordt aangepast aan de graad van armoede en de samenstelling van het gezin. Hoe moeilijker de situatie, hoe hoger de uitkering. Ook wordt er maandelijks een zorgbijslag betaald voor elk kind jonger dan 2 jaar en bij de geboorte wordt eenmalig een som uitgekeerd. Voor elk kind tot de leeftijd van 18 jaar ontvangen de ouders kindergeld.

Betrokkene krijgt hier de dagelijkse zorg door zijn moeder, A. N. (OV 6686720) en zijn broer S. V. (OV 6686720). Bijgevolg kunnen zijn moeder en zijn broer deze zorg verder zetten in het land van herkomst. Verder leggen zijn moeder en broer geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zijn moeder en zijn broer geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele extra kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008 Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68).

Niets verhindert verzoeker derhalve om terug te keren. Het staat hem vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds 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 om te vinden van inkomsten genererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de aangeboren mentale retardatie met autismespectrum stoornis en een beperkte dysmorphie en de NAFLD geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. Sargsyan, noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Armenië.

Derhalve is er vanuit medisch oogpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van terugname, met name Armenië.”

2.3.1. In een eerste middelonderdeel voeren verzoekers aan dat de arts-adviseur in haar vorige advies met betrekking tot de beslissing van 11 april 2019 – die nadien werd ingetrokken – het attest van 21 oktober 2016 van dr. W. niet heeft vermeld, terwijl in het huidige advies dit medisch attest wél wordt vermeld en de beslissing van 11 april 2019 voor het overige woordelijk wordt overgenomen.

De Raad merkt vooreerst op dat de huidige zaak betrekking heeft op de beslissing van 13 juni 2019 en het daarmee gepaard gaande medisch advies. De intrekkingsbeslissing van 21 mei 2019 vormt niet het voorwerp van het huidige geding. Het enkele feit dat de verwerende partij haar beslissing van 11 april 2019 heeft ingetrokken en vervolgens een nieuwe beslissing heeft genomen die identiek is aan de vorige, met als enige verschil dat het advies van de arts-adviseur het medisch attest van 21 oktober 2016 ditmaal wel vermeldt, hebben verzoekers ook geen schade berokkend. Het komt de verzoekers toe om in het kader van hun vernietigingsberoep aan te duiden waarom zij menen dat de motivering niet afdoende is, hetgeen zij vervolgens ook doen in de verdere middelonderdelen.

Uit het feit dat de verwerende partij haar beslissing heeft ingetrokken om deze te vervangen door een nieuwe beslissing waarbij een aanvulling werd aangebracht, kan enkel worden afgeleid dat zij daarmee een vermeend motiveringsgebrek heeft willen rechtzetten. Dit houdt echter geen schending in van de formele motiveringsplicht, noch van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet. Het eerste onderdeel is ongegrond.

2.3.2. In het tweede onderdeel voeren verzoekers aan dat de arts-adviseur op basis van een te summier onderzoek, in strijd met de neergelegde medische stukken, tot het besluit is gekomen dat verzoekers aandoening, indien deze niet behandeld zou worden, geen enkel risico inhoudt voor de fysieke integriteit of het leven van de betrokkene. Verzoeker legde verschillende stukken neer van artsen-specialisten waaruit niet enkel blijkt dat verzoeker leidt aan obesitas, maar ook aan mentale retardatie, psychiatrische stoornissen, autisme, hebefrene schizofrenie en een beperkte dysmorphie. Verzoekers menen dat de arts-adviseur beroep had moeten doen op een gespecialiseerde arts conform artikel 4, §1, 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.

In tegenstelling tot wat verzoekers voorhouden, leest de Raad echter niet in het medisch advies dat de aandoening van eerste verzoeker, indien deze niet behandeld wordt, geen risico zou inhouden voor de fysieke integriteit of het leven van eerste verzoeker. Integendeel, de arts-adviseur vernoemt de verschillende geneeskundige attesten en aandoeningen waaraan verzoeker lijdt en onderzoekt vervolgens de behandelingsmogelijkheden in Armenië. Pas na tot het besluit te zijn gekomen dat een behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Armenië, oordeelt zij dat de aandoeningen van mentale retardatie met autismespectrumstoornis, beperkte dysmorphie en de NAFLD geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit, noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, precies omdat opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Armenië.

Het tweede middelonderdeel mist dan ook feitelijke grondslag.

2.3.3. In het derde onderdeel betwisten verzoekers dat gespecialiseerde psychiatrische zorg aanwezig zou zijn in Armenië. Zij voeren aan dat eerste verzoeker niet kan overleven zonder hulp of behandeling en dat hij dreigt een psychose te ontwikkelen. Een behandeling met psychofarmacotherapie en psychotherapie zou de aandoening daarentegen kunnen verbeteren. Zij betogen dat dit niet is gebeurd, maar dat enkel werd nagegaan of bepaalde gespecialiseerde artsen aangaande het klinisch (fysiek) ziektebeeld van eerste verzoeker beschikbaar zijn. Er werd echter niet nagegaan of gespecialiseerde psychiatrische hulp voorhanden is, in het bijzonder zou niet zijn nagegaan of psychofarmacotherapie en psychotherapie aanwezig zijn. Het gaat immers om een gespecialiseerde behandeling. Zij wijzen op het medisch attest van het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten, dat stelt dat bij stopzetting van het

revalidatieprogramma er een recidief zal optreden van overwicht en leverlijden. Verzoekers benadrukken dat de essentie van de aandoening psychiatrisch is, en dat de klinische problemen hier een verder gevolg van zijn.

Met betrekking tot de beschikbaarheid van de adequate behandeling vermeldt het medisch advies het volgende:

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

Aanvraag Medcoi van 10/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10849

Aanvraag Medcoi van 13/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10724

Aanvraag Medcoi van 26/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10919

Aanvraag Medcoi van 18/10/2018 met het unieke referentienummer BMA 11684

Aanvraag Medcoi van 27/11/2018 met het unieke referentienummer BMA 11778

Aanvraag Medcoi van 12/09/2017 met het unieke referentienummer BMA 10064

2. Overzicht met in Armenië beschikbare medicatie voor Mr. S. volgens recente MedCOL- dossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog en hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist zijn beschikbaar.

Thuisverpleging voor hulp met mantelzorg voor betrokkene is beschikbaar, evenals dagopvang van 09-16u en kortdurende en langdurige psychiatrische hospitalisatie voor patiënten met chronische schizofrenie.

Escitalopram en atorvastatine zijn beschikbaar in Armenië.

Pimozide is niet beschikbaar in Armenië, maar therapeutische equivalenten die dat wel, nl.: haloperidol, quetiapine, risperidon, olanzapine, aniprazol, paliperidon, clozapine en suipiride.”

Uit het medisch advies blijkt dat door de arts-adviseur werd vastgesteld dat de noodzakelijke medicatie in Armenië aanwezig is. Dit wordt door verzoekers niet concreet betwist. Psychofarmacotherapie is de behandeling van psycho-medische aandoeningen met geneesmiddelen. Nu door de arts-adviseur werd vastgesteld dat de noodzakelijke geneesmiddelen in Armenië beschikbaar zijn, kunnen verzoekers niet worden bijgetreden waar zij aanvoeren dat de nood aan psychofarmacotherapie niet zou zijn onderzocht. Verzoekers laten zelf ook geheel na aan te duiden ten aanzien van welke psychofarmaca de eerste bestreden beslissing niet afdoende zou zijn gemotiveerd.

Ook waar verzoekers aanvoeren dat de beschikbaarheid van psychotherapie niet zou zijn onderzocht, wordt in het advies duidelijk aangegeven dat een psychiater en psycholoog beschikbaar zijn in Armenië, naast fysiotherapie en diëtisten. Er wordt ook gewezen op het bestaan van thuisverpleging voor hulp met mantelzorg, dagopvang, evenals kortdurende en langdurige psychiatrische hospitalisatie voor patiënten met chronische schizofrenie. Hoe in deze context geen psychotherapie beschikbaar zou zijn, wordt door verzoekers niet verduidelijkt. De arts-adviseur heeft wel degelijk aan de hand van de noodzakelijke behandeling, zoals weergegeven in de neergelegde medische attesten, nagegaan of deze in Armenië beschikbaar zijn. Met de vage bewering dat niet zou zijn nagegaan of psychotherapie mogelijk is, tonen verzoekers het tegendeel niet aan.

Het middelonderdeel is niet gegrond.

2.3.4. Met betrekking tot de toegankelijkheid verwijzen verzoekers naar internetbronnen waaruit blijkt dat de geestelijke gezondheidszorg in Armenië ernstige gebreken vertoont en niet toereikend is. Zij wijzen daarbij op het belang van een blijvende en ononderbroken opvolging en op het geleidelijke karakter van verzoekers therapie. Zo verklaart het attest van het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten duidelijk dat het revalidatieprogramma actueel niet kan worden stopgezet, omdat er een recidief zal ontstaan met betrekking tot het overgewicht en het leverlijden.

Het advies motiveert met betrekking tot de toegankelijkheid van de medische zorg wat volgt:

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om de 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 dat het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De gezondheidszorg in Armenië is georganiseerd op de gebruikelijke 3 niveaus: de primaire, secundair een tertiaire zorg. Het ministerie van Volksgezondheid ziet toe en controleert de publieke gezondheidszorg op de drie niveaus. Desondanks valt het merendeel van de centra en de ziekenhuizen onder de regionale besturen.

In 1997 werd de Basic Benefit Package geïntroduceerd. Dit is een geheel van basiszorgen die gratis zijn voor de hele bevolking (zoals de bredere primaire zorgen, bepaalde gezondheids- en epidemiologische diensten en de behandeling van een 200tal sociaal belangrijke ziekten). Het pakket stipuleert ook voor welke bevolkingsgroepen

Alle gezondheidszorgen op primair niveau zijn gratis voor alle Armeense burgers, of men nu tot een sociaal kwetsbare groep behoort of niet. Om toegang tot deze diensten te krijgen, moet men het Armeens burgerschap bezitten en geregistreerd zijn.

Sociaal kwetsbare groepen krijgen extra gratis zorgen. Zo krijgen zij gespecialiseerde zorgen en de benodigde medicijnen gratis. Tot deze groep behoren arme families, kinderen en gehandicapten.

Bovenstaande geldt echter niet automatisch voor personen met mentale problemen die gratis psychiatrische zorg krijgen via de overheid. Zij dienen hiervoor te beschikken over een certificaat dat bevestigt dat ZIJ een handicap hebben. Maar in het algemeen is de psychiatrische zorg voormensen met mentale problemen gratis. Deze zorg wordt gesubsidieerd door een overheidsfonds, in overeenstemming met de wet inzake psychiatrische zorg, ingevoerd in het jaar 2004. De medicatie is gratis op voorwaarde dat betrokkene over een voorschrift van een psychiater beschikt.

Psychiatrische zorg is gedekt door het BBP wanneer deze verschaft worden in publieke en private medische centra aangesloten bij de State Health Agency voor dit type van zorg.

Er bestaat een invaliditeitspensioen. De uitkering hangt af van de graad van invaliditeit. Voor arme families is er een familiale sociale uitkering. De uitkering wordt aangepast aan de graad van armoede en de samenstelling van het gezin. Hoe moeilijker de situatie, hoe hoger de uitkering. Ook wordt er maandelijks een zorgbijslag betaald voor elk kind jonger dan 2 jaar en bij de geboorte wordt eenmalig een som uitgekeerd. Voor elk kind tot de leeftijd van 18 jaar ontvangen de ouders kindergeld.

Betrokkene krijgt hier de dagelijkse zorg door zijn moeder, A. N. (OV 6686720) en zijn broer S. V. (OV 6686720). Bijgevolg kunnen zijn moeder en zijn broer deze zorg verder zetten in het land van herkomst. Verder leggen zijn moeder en broer geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zijn moeder en zijn broer geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele extra kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval

moeten andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008 Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Muslim/Turkije, § 68).

Niets verhindert verzoeker derhalve om terug te keren. Het staat hem vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM overeen Re-integratiefonds 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-integratiebijstand 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."

Naast een algemene beschrijving van het sociale zekerheidsstelsel van Armenië, wordt in het advies wat betreft de situatie van eerste verzoeker specifiek gemotiveerd dat om toegang te krijgen tot gratis hulp, eerst een certificaat moet worden verkregen waarbij de overheid de mentale handicap erkent.

Verzoekers wijzen er echter op dat eerste verzoeker werd opgeroepen voor de legerdienst. Hieruit blijkt dat verzoekers aandoening in Armenië niet wordt erkend. Hij legde immers een convocatie voor zijn legerdienst neer d.d. 18 september 2013 evenals een "inschrijvingsbewijs" (militair boekje). In hun actualisatie van 23 november 2018 legden verzoekers ook een attest neer van 4 april 2018 waaruit blijkt dat verzoeker inmiddels wordt gezocht door de Armeense politie.

De Raad treedt de verzoekers bij waar zij stellen dat het feit dat verzoeker opgeroepen werd voor militaire dienst en thans door de politie wordt gezocht, minstens een indicatie bevat dat zijn psychische aandoening in Armenië niet wordt erkend. Ook blijkt hieruit dat de noodzakelijk geachte continuïteit van de behandeling niet zal worden gegarandeerd.

Verzoekers halen ook een Algemeen ambtsbericht van de Nederlandse Rijksoverheid aan met betrekking tot Armenië, waaruit blijkt dat het leger rekruteert zonder rekening te houden met de medische toestand en dat er veel dodelijke slachtoffers vallen ten gevolge van veelvuldig geweld en brutaliteiten binnen het leger. Verzoekers hebben dan ook elementen aangebracht die een aanwijzing bevatten dat eerste verzoeker bij een terugkeer naar Armenië zich de toegang tot een verderzetting van zijn medische zorgen zal worden verhinderd, meer nog dat hij ingevolge zijn aandoening het risico loopt in de gevangenis of in het leger bloot te staan aan onmenselijke of vernederende behandelingen.

Uit het medisch advies blijkt niet dat met deze concrete gegevens rekening werd gehouden bij de beoordeling van de toegankelijkheid van de behandeling.

Verzoekers voeren aan dat de oproeping voor het leger aantoont dat eerste verzoekers aandoening in Armenië niet wordt erkend, zodat hij geen gratis toegang krijgt tot de medische zorgen. Daarnaast wordt hij gezocht door de politie wegens het zich niet aanbieden voor de dienstplicht. Op de stukken met betrekking tot de dienstplicht werd in het medisch advies of in de eerste bestreden beslissing niet ingegaan. Verzoekers duiden aldus wel degelijk concrete elementen aan waaruit kan blijken dat de toegankelijkheid wat hen betreft niet vanzelfsprekend is.

Met het algemene antwoord met betrekking tot toegankelijkheid van medische zorgen in Armenië, de omstandigheden waarin deze zorgen gratis verstrekt kunnen worden en het feit dat tweede verzoekster en de broer van eerste verzoeker kunnen werken in Armenië, gaat de verwerende partij voorbij aan de hierboven geschetste specifieke elementen van de zaak.

In de nota met opmerkingen antwoordt de verwerende partij dat niet blijkt dat eerste verzoeker ook effectief zal worden opgeroepen in het kader van de dienstplicht en dat de convocatie niet werd overgemaakt aan het bestuur, zodat hier dan ook geen rekening mee kon worden gehouden.

De Raad merkt vooreerst op dat in het niet geïnventariseerde administratief dossier zich een actualisatie van de aanvraag d.d. 23 april 2018 bevindt, naar aanleiding waarvan de convocatie voor het leger, het militaire boekje en de politiebrieven aan de verwerende partij werden overgemaakt. Daarnaast bevindt zich in het dossier ook het verzoekschrift van 10 mei 2019 dat verzoekers indienden tegen de eerdere weigeringsbeslissing die werd genomen op 11 maart 2019. Deze beslissing werd op 21 mei 2019 ingetrokken en vervangen door de thans eerste bestreden beslissing, wellicht naar aanleiding van het

door verzoekers ingestelde beroep. In dit verzoekschrift werd wel degelijk gewezen op de problematiek van de dienstplicht en werd de convocatie en het militair boekje gevoegd.

Waar de verwerende partij aanvoert dat niet zeker is dat eerste verzoeker daadwerkelijk zal worden opgeroepen, maakt zij een loutere veronderstelling waarmee zij de aanwijzingen die verzoekers verschaffen niet weerleggen. Het kwam de verwerende partij toe deze obstakels met betrekking tot de toegang tot medische zorgen te onderzoeken.

Het middel is in de aangegeven mate gegrond.

2.4.1. Verzoekers voeren een tweede middel aan dat gericht is tegen de tweede en de derde bestreden beslissing, de bevelen om het grondgebied te verlaten. Zij betogen in essentie dat er sprake is van samenhang tussen de eerste bestreden beslissing en het bevel om het grondgebied te verlaten ten aanzien van eerste verzoeker. Het bevel om het grondgebied te verlaten werd immers genomen naar aanleiding van de weigering van de verblijfsmachtigingsaanvraag op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet.

Met betrekking tot tweede verzoekster voeren zij aan dat tweede verzoekster reeds jaren als zorgverstrekker fungeert voor haar zoon. Ook deze beslissing hangt dus samen met de eerste en tweede bestreden beslissing.

In de nota met opmerkingen betoogt de verwerende partij onder meer: *“Verzoekers gaan eraan voorbij dat de bestreden bevelen genomen werden nadat de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet ongegrond werd verklaard.”*

Zij stelt verder: *“Ook blijkt uit de synthesesnota dat voorafgaand aan het nemen van de bijlage 13, een afweging werd gemaakt van de elementen vervat in artikel 74/13 van de vreemdelingenwet. Er werd op gewezen dat de beslissingen gelden voor het hele gezin, dat er geen minderjarige kinderen zijn en dat er geen medische contra-indicaties zijn voor een terugkeer naar het herkomstland.”*

Hieruit blijkt dat de verwerende partij de bevelen heeft afgetoetst aan de elementen bepaald in artikel 74/13 van de vreemdelingenwet, waaronder de gezondheidstoestand en het gezinsleven. Zij heeft met andere woorden ten aanzien van eerste verzoeker besloten tot de afgifte van het bevel nadat zij zich een oordeel had gevormd over diens medische problematiek. Hetzelfde geldt met betrekking tot het bevel ten aanzien van tweede verzoekster, die, als moeder, eerste verzoeker begeleidt en vergezelt.

Vermits uit de bespreking van het eerste middel volgt dat de beoordeling van verzoekers medische problematiek vervalt, komt ook de toetsing van de bevelen aan artikel 74/13 van de vreemdelingenwet te vervallen.

Het middel is dan ook gegrond.

3. Korte debatten

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

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 13 juni 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en de beslissingen van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 13 juni 2019 tot afgifte van bevelen om het grondgebied te verlaten (bijlagen 13) worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op twee december tweeduizend negentien door:

dhr. C. VERHAERT,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

C. VERHAERT