



Arrest

nr. 230 748 van 20 december 2019
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaten D. ANDRIEN en J. JANSSENS
Rue Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Georgische nationaliteit te zijn, op 12 augustus 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 1 juli 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

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

Gelet op de beschikking van 20 september 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 16 oktober 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat BRAUN, die *loco* advocaten D. ANDRIEN en J. JANSSENS verschijnt voor de verzoekende partij en van attaché T. VERSCHUEREN, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 13 mei 2019 dient verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet). Op 1 juli 2019 wordt voormelde aanvraag ontvankelijk doch ongegrond verklaard. Deze beslissing wordt op 11 juli 2019 ter kennis gebracht aan verzoeker en betreft de bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 13.05.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

L., R. (R.R.: ...)

nationaliteit: Georgië geboren te Ochamchire op (...)1956 adres: (...) BÜLLINGEN

Gelet op de aanvraag om machtiging tot verblijf door betrokkene ingediend overeenkomstig artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en gezien de asielaanvraag van betrokkenen op genoemde datum nog in behandeling was en gezien de genoemde datum binnen een termijn van zes maanden valt, volgend op de afloop van zijn asielprocedure werd voor onderhavige beslissing gebruik gemaakt van de taal die voor deze asielprocedure gekozen / bepaald werd, te weten het Nederlands (Toepassing van artikel 51 / 4§3 van de wet van 15 december 1980).

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 worden medische elementen aangehaald voor L., R. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 24.06.2019 (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, Georgië.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te 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)."

2. Over de rechtspleging

Artikel 39/72, § 1 samengelezen met artikel 39/81, tweede lid van de vreemdelingenwet schrijft voor dat de verwerende partij binnen acht dagen na de kennisgeving van het beroep, het administratief dossier indient waarbij ze een nota met opmerkingen kan voegen.

Artikel 39/59, § 1 van de vreemdelingenwet bepaalt: "Wanneer de verwerende partij het administratief dossier niet binnen de vastgestelde termijn toestuurde, worden de door de verzoekende partij vermelde feiten als bewezen geacht, tenzij deze feiten kennelijk onjuist zijn. Dit vermoeden is niet van toepassing in het geval van tussenkomst bedoeld in artikel 39/72, § 2. (...)".

Verweerder werd op 19 augustus 2019 per bode in kennis gesteld van het verzoekschrift en werd verzocht om het administratief dossier en een nota in te dienen.

Er werd geen nota en geen administratief dossier ingediend.

3. Onderzoek van het beroep

3.1 In het enige middel voert verzoeker de schending aan van artikel 3 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens van 4 november 1950, goedgekeurd door de wet van 13 mei 1955, van de artikelen 5 en 13 van de Richtlijn 2008/115/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16

december 2008 over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven, van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 35 en 113 van de Code voor de Medische Ethiek, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur dat vereist dat de beslissingen op basis van alle elementen van de zaak worden genomen, van de zorgvuldigheidsplicht en van het recht om gehoord te worden. Tevens voert verzoeker een manifeste appreciatiefout aan.

Hij betoogt als volgt:

“Voor de regularisatieaanvraag ongegrond te hebben verklaard, heeft de verwerende partij erkend dat het ontvankelijk is (artikel 9 ter, §3, 4° a contrario). Ze aanvaardt derhalve dat de pathologie waaraan de heer L. lijdt is een ziekte als bedoeld in artikel 9 ter, §1er, lid 1, d.w.z. een ziekte die « een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling ». Ze beweert echter dat de zorgen toegankelijk en beschikbaar in Georgië zijn.

Volgens artikel 9ter, §1er, lid. 1 van de Vreemdelingenwet: « §1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde ».

Zoals het Europees Hof voor de rechten van de mens opmerkt:

« 107. L'interprétation « autonome » de l'article 9ter représente l'actuel état du droit positif belge. Les arrêts précités du CCE (voir paragraphe 106, ci-dessus) envisagent deux hypothèses dans lesquelles une maladie peut justifier l'octroi d'une autorisation de séjour. Soit l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. Soit l'étranger risque de subir un traitement inhumain et dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans le pays de destination. Dans ce dernier cas, même s'il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

« 187. Lorsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Sufi et Elmi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011, HirsiJamaa et autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108, El-Masri, précité, § 213, et Tarakhel, précité, § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphe 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade. 188. Ainsi que la Cour l'a rappelé ci-dessus (voir paragraphe 173), se trouve en jeu ici l'obligation négative de ne pas exposer quelqu'un à un risque de mauvais traitements prohibés par l'article 3. Il s'ensuit que les conséquences du renvoi sur l'intéressé doivent être évaluées en comparant son état de santé avant l'éloignement avec celui qui serait le sien dans l'État de destination après y avoir été envoyé. 189. S'agissant des facteurs à prendre en considération, il y a lieu pour les autorités de l'État de renvoi de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3 (voir paragraphe 183, ci-dessus). Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'État de renvoi ; il ne s'agit pas, en effet, de savoir si les soins dans l'État de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'État de renvoi. Il ne saurait pas non plus être déduit de l'article 3 un droit à bénéficier dans l'État de destination d'un traitement particulier qui ne serait pas disponible pour le reste de la population. 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé

d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France [déc.], n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie [déc.], précitée) » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

Er werd door Uw Raad beoordeeld dat : «Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le 'traitement adéquat' mentionné dans cette disposition vise 'un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour', et que l'examen de cette question doit se faire 'au cas par cas, en tenant compte de la situation individuelle de la requérante' (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 ; voir également : Rapport, Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08, p.9).

Il en résulte que pour être 'adéquats' au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence des requérants doivent être non seulement 'appropriés' à la pathologie concernée, mais également 'suffisamment accessibles' aux intéressés dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande » (RvV, arrest n°54648 van 20 januari 2011 ; RvV, arrest n°48809 van 30 september 2010).

In tegenstelling tot wat de verwerende partij beweert, blijkt uit verschillende en betrouwbare bronnen dat de zorgen die de heer L. nodig heeft zeer slecht beschikbaar en toegankelijk of vaak afwezig in Georgië zijn. Bijgevolg maakt de tegenpartij een manifeste appreciatie fout en schendt de in de middelen genoemde bepalingen door te concluderen dat een adequate medische behandeling beschikbaar en toegankelijk in Georgië is.

Eerste grief: Aangaande de MedCOI-databank

De arts-adviseur verklaart, uitsluitend op basis van de informatie in de MedCOI-databank, dat de medische opvolging en de aan de heer L. voorgeschreven geneesmiddelen in Georgië beschikbaar zijn (medisch verslag van de arts-adviseur, pp.2-3). In de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project staat dat echter uitdrukkelijk vermeld dat: « De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst » (medisch verslag van de arts-adviseur, p. 2).

Deze disclaimer toont aan dat het MedCOI-project de beschikbaarheid van zorgen in het land van herkomst alleen analyseert op basis van informatie die in het algemeen in één zorginstelling wordt verzameld.

Dergelijke informatie doet terecht twijfels rijzen over de serieusheid van deze studie, die bedoeld is om de beschikbaarheid van zorgen op nationaal niveau te beoordelen: het feit dat een medisch centrum over de vereiste zorgen beschikt, betekent niet dat deze beschikbaar zijn op het niveau van de nationale vraag. De informatie verstrekt immers door de verzoeker in zijn verzoek wijst op dat de vraag naar zorg veel groter is dan het aanbod van zorg. Bovendien is de zorginstelling in dit geval een privé instelling, die de beschikbaarheid van de zorgen in openbare instellingen niet adequaat weergeeft.

Bovendien is het voldoende om de regularisatieaanvraag te lezen om op te merken dat de verzoeker een schat aan informatie heeft verstrekt over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgen in Georgië. Er werd een zorgvuldige studie van het gezondheidsstelsel uitgevoerd en aan de verwerende partij toegezonden voordat de bestreden beslissing werd genomen. In de bestreden beslissing, wordt er een melding gemaakt van deze informatie, zonder echter uitleggen hoe de generaal informatie gebruikt door de arts-adviseur meer van toepassing is aan de betrokkene dan de informatie gehaald door de verzoeker in zijn 9ter-verzoek, in strijd met artikel 62 van de Vreemdelingenwet.

Tweede: Onbeschikbaarheid van voorgeschreven medische behandeling

Ten eerste herkent de arts-adviseur dat de Genvoya niet beschikbaar is in Georgië maar concludeert dat: « Lercanidipine, Methadon, Tamsulosine, Emtricitabine, Elvitegravir, Cobicistat en Tenofovir zijn

beschikbaar in Georgië » (advies van de arts-adviseur, p. 3). Genvoya bestaat immers uit een combinatie van elvitegravir, cobicistat, emtricitabine en tenofovir alafenamide.

De bijzondere van Genvoya bestaat uit de samenstelling van drie specifieke moleculen in één tablet, namelijk de Elvitegravir, de Emtricitabine en de Tenofovir Alafenamide (TAF). TAF is een alternatief voor TDF, waarvoor nier- en bottoxiciteit is aangetoond (stuk 5: "Tenofovir alafenamide (TAF) en trithérapie à comprimé unique (STR) en initiation de traitement pour le VIH-1 », 2015, beschikbaar op <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI15/2015-JNI-VIHMolina.pdf>).

Uit blijkt echter uit de MedCoi document dat wat beschikbaar is een "Alternative Medication" is, voor de vier moleculen. De arts-adviseur geeft echter niet aan wat deze equivalenten zouden zijn.

Gezien verzoekers ziekte en de voorgeschreven behandeling kan de verwerende partij niet tevreden zijn met de beschikbaarheid van een andere behandeling dan de voorgeschreven behandeling, zonder zelfs maar na te gaan wat er daadwerkelijk beschikbaar is in Georgië (wat is de naam van deze "alternatieve medicatie" die beschikbaar zou zijn?). Bij gebreke van een precieze indicatie moet worden erkend dat de verwerende partij geen beoordeling overeenkomstig artikel 9 ter, lid 5, van de wet van 15 december 1980 heeft uitgevoerd. Het ontbreken van een preciezere vermelding dat "alternatieve geneesmiddelen" ook leidt tot een schending van de verplichting om beslissingen correct te motiveren, in strijd met artikel 62 van de Vreemdelingenwet.

Bovendien, in de document genoemd "Beschikbaar medicatie in Georgië volgens het Ministerie..." uit de administratieve dossier, is alleen Tenofovir Disproxil beschikbaar, maar niet Tenofovir Alafenamide. De verwerende partij maakt geen grondig analysis van de nodige behandeling in Georgië, omdat het niet de juiste molecule is. Aldus heeft de verwerende partij artikel 9ter, vijfde lid, van de wet van 15 december 1980 geschonden. Bovendien geeft de arts-adviseur niet aan waarom hij van mening is dat hij de beschikbaarheid in Georgië van een andere molecule dan die van de Genvoya moet analyseren. De verwerende partij motiveert de bestreden beslissing niet juist. De verwerende partij heeft daarbij de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 geschonden.

Uw Raad heeft reeds beoordeeld: « En outre, à supposer que les molécules prises séparément puissent convenir comme traitement à la requérante, à la lecture de l'avis médical et du dossier administratif, rien ne permet au Conseil de comprendre si les molécules composant l'Odefsey et reprises par le médecin-conseil dans la partie « Historique Clinique et attestations déposées » sont bien disponibles au Cameroun ou si ce sont des « Alternative Medication » qui le sont. Le Conseil observe en effet que les résultats de l'analyse de la disponibilité des soins ne sont pas très clairs à cet égard. En outre, si ce sont bien des « Alternative Medication » qui sont disponibles, force est de constater que la partie défenderesse ne les nomme pas toujours en sorte que la requérante n'est pas en mesure de savoir quel traitement sera disponible au pays d'origine. Enfin, quand les « Alternative Medication » sont clairement mentionnées dans l'avis, rien ne permet non plus au Conseil d'affirmer que celles-ci sont bien des molécules équivalentes à celles composant l'Odefsey. [...] Dans cette perspective, le Conseil ne saurait considérer qu'il est établi que le « rilpivirine 25 mg » est disponible au Cameroun. En effet, le Conseil ne peut substituer son appréciation à celle de la partie défenderesse - d'autant plus dans un cas d'application de l'article 9ter de la Loi, qui nécessite des compétences en matière de médecine -, il n'en reste pas moins qu'il appartient à cette dernière de permettre, d'une part, au destinataire de la décision de comprendre les justifications de celle-ci et de pouvoir les contester dans le cadre du présent recours, et, d'autre part, au Conseil, d'exercer son contrôle à ce sujet. Cette exigence prend ainsi une signification particulière dans le cas d'une appréciation médicale, dont les conclusions doivent être rendues compréhensibles pour le profane, ce qui n'est pas le cas in specie (en ce sens, voir CCE n°194 879 du 10 novembre 2017) » (CCE, arrêt n° 221 461 du 21 mai 2019).

Er dient te worden opgemerkt dat de arts-adviseur een analyse uitvoert van de beschikbaarheid van moleculen die niet de huidige behandeling van de heer L. vormen, zonder contact op te nemen met Dr. Boulanger. Door zich te onthouden om zijn collega-specialiste te raadplegen, heeft de arts-adviseur zijn bevoegdheid overschreden door geen rekening te houden met het advies van een specialist en heeft hij inbreuk gemaakt op artikel 35 van de Code voor de Medische Ethiek en op advies nr. 65 van de Belgische Adviescommissie voor de Bio-ethiek.

Ten tweede, heeft de verzoeker nodig van een klinische en biologische follow-up een tot twee keer per maand. De verwerende partij heeft de beschikbaarheid van de "CD4-telling en HIV-virale lading" geanalyseerd. De verwerende partij heeft echter niet geverifieerd dat deze controle een tot twee keer

per maand zal worden uitgevoerd, zoals in de medische attest (stuk 3) en het verzoek voor een verblijfsvergunning is bepaald. De bestreden beslissing stelt alleen vast dat: "Patiënten zien hun dokter elke 3 maanden" (medische advies van de arts-adviseur, blz.3). De verwerende partij heeft artikel 9 ter, lid 5, van de wet geschonden door niet de noodzakelijk frequentie van medische follow-up te beoordelen, zoals aangegeven in het standaard medisch getuigschrift. De verzoeker had echter in zijn verzoek om regularisatie verwijst naar de onvoldoende zorg en medische follow-up in Georgië, zoals het feit dat de vraag naar zorg veel groter dan het aanbod is, wat de toegang naar de noodzakelijke zorgen kan beperken:

(...)

*Selon l'European Observatory on Health Systems and Policies*²: "Most recent efforts in public health have focused on strengthening preventive care and treatment for communicable diseases, most notably Hep C, HIV and TB. For vaccine-preventable diseases, official immunization rates were 85% for measles and above 90% for diphtheria, tetanus and pertussis in 2015. As is the case in many countries of Europe, vaccine services have had to deal with public trust issues but in Georgia they have also had to overcome systemic weaknesses in the basic infrastructure (see section 1.4)." (p.69)

"WHO's estimate of the country's public sector health expenditure as a percentage of total health expenditure was 21% in 2014, which was much lower than the averages for the European Region and the CIS. WHO's estimate of Georgia's total health expenditure in PPP (US\$) per capita in 2014 was below the averages for the European Region and the CIS. Georgia's rate of private household out-of-pocket expenditure is one of the highest in the Region: in 2014, it represented 58.5% of total health expenditure." (p. 22-23).

Integendeel verstrekt de tegenpartij geen objectieve informatie die in strijd is met de door verzoeker verstrekte informatie. Bijgevolg in strijd met de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, heeft de tegenpartij haar beslissing niet rechtsgeldig gemotiveerd.

Ten derde beweert de arts-adviseur dat de medische behandeling beschikbaar zijn in Tbilisi, Batumi, Kutaisi, Sukhumi, en Zugdid, wat betreft Hiv-tests, en in Tbilisi, Kutaisi, Telavi, Poti Zugdid en Ozurgeti wat betreft centra waar methadon kan verkrijgen (advies van de arts-adviseur, blz.3-4). In zijn regularisatieaanvraag had verzoeker al bronnen genoemd waaruit de onbeschikbaarheid in werkelijkheid van zorgen in Georgië blijkt. De arts-adviseur heeft op geen enkele wijze rekening gehouden met deze publieke en objectieve informatie en zegt niet op welke manier het niet correct en voldoende zou zijn. De informatie verstrekt door de arts-adviseur over het verbetering van de infrastructuur als de diensten en kwalificaties dateert van 2011, terwijl het verstrekte informatie over het tekortkomingen in de zorgen zowel voor HIV en drugsverslaving door de verzoeker van 2014, 2015 en 2018 dateert:

*Selon l'European Observatory on Health Systems and Policies*³: "Most recent efforts in public health have focused on strengthening preventive care and treatment for communicable diseases, most notably Hep C, HIV and TB. For vaccine-preventable diseases, official immunization rates were 85% for measles and above 90% for diphtheria, tetanus and pertussis in 2015. As is the case in many countries of Europe, vaccine services have had to deal with public trust issues but in Georgia they have also had to overcome systemic weaknesses in the basic infrastructure (see section 1.4)." (p.69)

"WHO's estimate of the country's public sector health expenditure as a percentage of total health expenditure was 21% in 2014, which was much lower than the averages for the European Region and the CIS. WHO's estimate of Georgia's total health expenditure in PPP (US\$) per capita in 2014 was below the averages for the European Region and the CIS. Georgia's rate of private household out-of-pocket expenditure is one of the highest in the Region: in 2014, it represented 58.5% of total health expenditure." (p. 22-23).

En ce qui concerne les soins et le suivi médical des patients atteints de HIV, bien qu'il existe quatre centres de traitement, il apparait que ceux-ci sont insuffisants en l'état actuel des choses :

(...)

Selon l'OMS, « unlike many countries across the WHO European Region, Georgia faces ongoing challenges in the form of high levels of communicable diseases. In recent years, the Government introduced a number of programmes for the prevention and control of these diseases."

Par ailleurs, à l'heure actuelle, ces centres ne traitent qu'environ 35% des personnes atteintes du VIH en Géorgie et le pays bénéficiait, jusqu'en 2019, d'une aide financière importante du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Toutefois, au-delà de 2019, la Géorgie ne

bénéficiera plus de ce financement, ayant par ailleurs été retiré de la liste des pays éligibles à un financement,⁶ et ce alors que le nombre de personnes dépistées ne cesse d'augmenter. Par conséquent, il est à craindre que la Géorgie, qui a investi fortement dans la lutte contre l'hépatite C, n'ait les moyens d'investir dans le développement des centres de traitement du HIV et de pouvoir faire face à la demande grandissante:
(...)

Une des recommandations de l'OMS est d'ailleurs: « Georgia should address: – the need for sustainable financing of government health programmes and further reductions in out-of-pocket costs for the population”.

L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction constate ainsi les ressources limitées mises à disposition par l'Etat pour le traitement des toxicomanes:

« Currently there are four clinics providing residential drug dependence treatment in Georgia, three of which are based in Tbilisi and one in Batumi. The clinics have very limited capacity: there are 60 'addiction beds' that can provide detoxification treatment for about 1 000 patients per year, offering both in-patient and out-patient treatment. There is no mandatory health insurance in Georgia; some commercial insurance schemes cover addiction treatment, but most of the 'basic' ones do not.

Before 2006, a limited number of residential treatment cases were sporadically financed from the State budget, but from 2006–09 the State did not fund any drug treatment case. In 2009, the Ministry of Health resumed funding programmes for a limited number of treatment cases. In 2011, the State programme funded the treatment of 80 patients out of a total of 270 patients treated by the four clinics that are providing addiction treatment in Georgia.

Opioid substitution treatment was initiated in Georgia in 2005, with methadone as the only legal medication. Buprenorphine (under the formulation of Subutex®) was registered for use in substitution treatment in Georgia in 2010. Contrary to abstinence oriented treatment, demand for opioid substitution treatment (OST) and opioid-assisted detoxification is on the rise — there has been a steady increase in the number of patients, expanding geographical coverage and diversified treatment modalities included in the OST programmes. As of January 2012, a project funded by the Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM) has run five OST sites (three in Tbilisi, one in Gori and one in Batumi) that use methadone for treatment; the capacity of these programmes is 450 treatment slots. In 2011, some 474 people (367 males and seven females) received OST at the GFTAM-funded sites. Additionally, the State co-funded 11 OST sites operating in different regions of Georgia, covering the costs of substitution medication, while patients paid approximately EUR 70 per month for services. In 2011, some 1 878 people received services in the frame of the State-funded OST programme with methadone (of which 17 were females).”

Dans le même sens: « According to a study by drug-policy-reform advocates Alternative Georgia, a mere 5 percent of the country's approximate 45,000 drug addicts have access to treatment. The country's sole detoxification center - a one-month, free program located in the capital, Tbilisi -- can only accommodate 23 patients.

A methadone-substitution therapy program covers 1,300 patients in eight towns nationwide, and the government now pays for monthly treatment (110 laris or \$62.14) for a quarter of the patients. But beyond that, the options are few. And the government's effort insufficient, drugreform advocates say.

“There is no huge investment in treatment,” said Levan Baramidze, a former director of the Ministry of Health's drug addiction center who assisted initial planning for reforms to bring Georgia's drug laws into compliance with EU standards. Baramidze attributes the shortfall in funding to a lack of understanding about why treatment should be increased.” Encore dans le même sens : « La substitution souffre de plusieurs handicaps. Le nombre de places disponibles est inférieur à la demande. L'accompagnement est limité aux traitements et au suivi psychologique (peu apprécié des usagers) sans aucun soutien social qui interdit toute réinsertion (stigmatisation de la police, de l'état, des employeurs...) et maintient les usagers sous traitement sans perspectives de sortie. Les travailleurs médicaux, jusqu'à parfois les 7 OMS/Europe, “Highlights on Health and Well-being », p. v, disponible sur [médecins eux-mêmes](#), ne comprennent guère les enjeux de la substitution et s'étonnent de la durée des traitements ».

Dit verstrekte informatie toont duidelijk aan dat er geen zekerheid over de beschikbaarheid van de nodige zorgen is vanwege beperkte middelen. Bijgevolg in strijd met de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, heeft de verwerende partij zijn beslissing niet rechtsgeldig gemotiveerd.

Derde grief: Toegankelijkheid van de nodige behandeling

Zoals uitgelegd in het 9ter verzoek, zijn medicamenten en medische behandelingen voor HIV in Georgië echt duur en vallen niet onder de UHCP, de Georgische universele verzekeringssysteem. Echter, volgens de arts-adviseur, kan de verzoeker financiële toegang krijgen tot de nodige behandelingen.

Ten eerste stelt de arts-adviseur vast dat “geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land” (advies, blz. 4). In tegendeel tot wat de verwerende partij beweert, zal het erg moeilijk zijn voor verzoeker om een werk in Georgië te vinden. De heer L. is afkomstig uit Ochamchire, die van Abchazië deel uitmaakt, en hij lijdt aan HIV. Echter bestaat op de arbeidsmarkt een discriminatie ten aanzien van deze twee categorieën:

- “According to survey results, unemployment among interviewed IDPs is high at 40.3%. The total number of employed respondents is only 22.8%. [...] respondents were asked to select among problematic and most problematic issues among the listed problems. 24 The most problematic issues for IDPs are the lack of employment (32.5%), sub-standard housing conditions (27.9%), payment of bank loans/credits (9.8%) and access to medication (8.9%). Issues related to the educational system and school supplies are not of great concern to IDPs.” (stuk 7: UNHCR, “Intentions Survey On Durable Solutions: Voices Of Internally Displaced Persons In Georgia”, Juni 2015, blz.32-33, beschikbaar op <https://www.refworld.org/country,,UNHCR,,GEO,,55e575924,0.html>).

- “In terms of socio-economic integration, the majority of IDPs are much more vulnerable than the general population, mainly due to their protracted displacement and availability for them of more limited opportunities for sustainable income generation. As time passed, IDPs’ dependency on the minimal external assistance increased along with their passivity. Their lack of self-reliance has especially affected the self-esteem of IDP men who generally find it more difficult to find employment, partially because they are less willing than women to do menial work. Women in Georgia still tend to be trapped in low-paying and low-skilled positions, regardless of their professional and academic qualifications. Protracted despair would lead to further degradation of their coping skills and productive assets which leads to exclusion.” (stuk 9: UNHCR, “Protection of Internally Displaced Persons in Georgia: A Gap Analysis”, July 2009, blz.29, beschikbaar op <https://www.unhcr.org/4ad827f59.pdf>).

- “Le Centre du VIH explique que certains toxicomanes séropositifs préfèrent parfois se rendre dans des centres associatifs ciblant les usagers de drogues afin d’éviter d’être assimilés à la communauté LGBTI³⁶². La Verulashvili note que le VIH reste en effet souvent associé à la communauté homosexuelle³⁶³. Le Centre du VIH souligne que, d’une manière générale, une personne séropositive parle peu de sa séropositivité à son entourage, et que les personnes LGBTI séropositives sont victimes d’une stigmatisation conséquente³⁶⁴. La Verulashvili souligne que certains centres de santé redoutent de perdre leurs patients si la séropositivité de l’un d’entre eux venait à être révélée³⁶⁵. Le Centre du VIH fait valoir que certains membres du personnel médical et/ou dentaire peuvent ainsi refuser de traiter un patient ayant fait état de sa séropositivité. Il indique en revanche n’avoir pas eu connaissance d’enfants renvoyés de leur établissement scolaire pour cette raison³⁶⁶. » (stuk 8 : OPFRA, « Rapport de mission en Géorgie », 2018, blz. 53, beschikbaar op https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/190220_geo_rapport_mission_0.pdf).

- Volgens het verslag van OPFRA, « La situation des personnes séropositives », 19 mars 2018¹¹ (stuk 6): (...)

Voorts is Meneer L. 63 jaar oud; binnenkort zal hij niet langer de werkende leeftijd hebben. Maar de verzoeker heeft nooit in Georgië gewerkt, als hij gedurende zijn hele leven tot 2016 in Abchazië heeft gewoond. Bijgevolg zal hij geen pensioen ontvangen om het gebrek aan inkomsten te compenseren. Voor deze redenen, is hij afhankelijk van de verzekering systeem om zijn zorgen te betalen. Door geen rekening te houden met deze elementen, schendt de verwerende partij zijn zorgvuldigheidsplicht.

Ten tweede beweert de arts-adviseur dat “zijn alle andere HIV-tests en behandelingen kosteloos, gezien deze betaald worden door het Global Funds”. Om deze bewering te onderbouwen, baseert de arts-adviseur zich op een verslag van 2014. In zijn verzoek had de verzoeker informatie verstrekt over de intrekking van het Globale Fonds in 2019 en het huidige onvermogen van de Georgische autoriteiten om het over te nemen:

Selon l’European Observatory on Health Systems and Policies: “Most recent efforts in public health have focused on strengthening preventive care and treatment for communicable diseases, most notably Hep C, HIV and TB. For vaccine-preventable diseases, official immunization rates were 85% for measles and above 90% for diphtheria, tetanus and pertussis in 2015. As is the case in many countries of Europe, vaccine services have had to deal with public trust issues but in Georgia they have also had to overcome systemic weaknesses in the basic infrastructure (see section 1.4).” (p.69)

“WHO’s estimate of the country’s public sector health expenditure as a percentage of total health expenditure was 21% in 2014, which was much lower than the averages for the European Region and the CIS. WHO’s estimate of Georgia’s total health expenditure in PPP (US\$) per capita in 2014 was below the averages for the European Region and the CIS. Georgia’s rate of private household out-of-pocket expenditure is one of the highest in the Region: in 2014, it represented 58.5% of total health expenditure.” (p. 22-23).

Par ailleurs, à l’heure actuelle, ces centres ne traitent qu’environ 35% des personnes atteintes du VIH en Géorgie et le pays bénéficiait, jusqu’en 2019, d’une aide financière importante du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Toutefois, au-delà de 2019, la Géorgie ne bénéficiera plus de ce financement, ayant par ailleurs été retiré de la liste des pays éligibles à un financement,¹³ et ce alors que le nombre de personnes dépistées ne cesse d’augmenter. Par conséquent, il est à craindre que la Géorgie, qui a investi fortement dans la lutte contre l’hépatite C, n’ait les moyens d’investir dans le développement des centres de traitement du HIV et de pouvoir faire face à la demande grandissante:
(...)

Une des recommandations de l’OMS est d’ailleurs: « Georgia should address: – the need for sustainable financing of government health programmes and further reductions in out-of-pocket costs for the population”.
[...]

En 2015, l’OMS recommandait ainsi le financement du traitement du VIH: “HIV patients need financial protection. The State Universal Health Care Programme, the main source of public health care financing for access and coverage of health care services, should be encouraged to expand the implementation of the financial protection to HIV patients both for general health care services and for specific services related to their condition of HIV patients.”

Ook hier heeft de arts-adviseur op geen enkele wijze rekening gehouden met deze publieke en objectieve informatie en zegt niet op welke manier het niet correct en voldoende zou zijn. Bijgevolg is de bestreden beslissing in strijd met de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en de artikelen 9 ter en 62 van de wet van 15 december 1980 niet naar behoren gemotiveerd.

Ten derde, volgens de arts-adviseur, « het staat haar vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis » (medisch verslag, blz.3). Er wordt geen echte website vermeld en de relevante passages van die website die de redenen voor de beslissing zouden bevestigen worden niet genoemd. Een eenvoudige verwijzing naar « IOM International Organization for Migration » zonder dat de relevante delen van de website worden geciteerd en gereproduceerd, kan geen toereikende motivering zijn.

Ook het feit dat de verwerende partij beweert dat NGO's medische zorg verlenen (medische verslag van de arts-adviseur, p.3), betekent niet dat Meneer L. er daadwerkelijk toegang toe zal hebben, aangezien de vraag naar zorg veel groter is dan het aanbod van zorg.

Bijgevolg is de bestreden beslissing in strijd met de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en de artikelen 9 ter en 62 van de wet van 15 december 1980 niet naar behoren gemotiveerd.

Ten vierde heeft de verwerende partij geen rekening gehouden met het onzekerheid reeds vastgesteld in het 9ter verzoek over de continuïteit van de zorgen. De verwerende partij betwist niet dat de patiënten geregistreerd moeten zijn om de behandeling gratis te genieten. In geval van terugkeer is het echter onwaarschijnlijk Meneer L. direct een job zal hebben of geregistreerd zal zijn. Bijgevolg zal er een onderbreking van de behandeling in de zorg zijn, aangezien Meneer L. momenteel niet over de financiële middelen beschikt om zijn zorg te betalen. Bovendien had de verzoeker informatieve in zijn verzoek verstrekt over de complexiteit van het medische systeem: “The fragmentation of the health-care system and the existence of parallel health service delivery systems (vertical programmes and universal health coverage) make navigating the system difficult for patients. Patient pathways for maternal and child health services are among the clearest, but for all other conditions patients need to navigate a complex system of different and distant points of care and administrative procedures. For example, until recently, patients who visited rural doctors needed to then be referred to a universal health coverage

provider to obtain affordable medicines" (WHO, « Quality of Primary Health Care in Georgia», 2018, p. 10, disponible sur http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/373737/geo-qocphc-eng.pdf?ua=1). Als ethische regel is het de plicht om de continuïteit van de zorg te waarborgen het vermelden waard. Artikel 113 van de Code of Medical Ethics is duidelijk: « Assurer la continuité des soins est un devoir déontologique ». Et l'article 114 dudit Code de poursuivre : « Il appartient à chaque médecin de prendre les mesures nécessaires suivant les cas, afin d'assurer cette continuité à ses malades ». 71. La question se pose dès lors de savoir si et comment la continuité des soins médicaux est assurée lorsque l'administration procède à l'exécution de la mesure d'éloignement... Dans cet exemple, le médecin-conseiller n'a pas évalué la manière dont la continuité des soins médicaux pourra être assurée à l'arrivée dans le pays d'origine et n'a pris aucune mesure utile à cet effet (pas de contact avec les instances sanitaires sur place, pas de coordination avec les services de l'Office des étrangers chargés d'encadrer le retour de la personne gravement malade dans le pays d'origine, etc.). ». Door geen rekening te houden met de noodzaak van continuïteit in de zorgen, schendt de verwerende partij Artikel 113 van de Code of Medical Ethics en artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet.

In het licht van deze elementen kon de tegenpartij, zonder een manifeste appreciatiefout te begaan of de artikelen 9 ter van de wet van 15 december 1980 en 3 EVRM te schenden, niet besluiten dat de heer L., rekening houdend met haar gezondheidstoestand en de specifieke follow-up die hij nodig heeft, niet aan onmenselijke en vernederende behandeling zou worden onderworpen in geval van haar terugkeer naar Georgië.

Vierde grief: schending van de recht om gehoord te worden en de zorgvuldigheidsbeginsel

De arts-adviseur concludeert dat, hoewel Genvoya niet beschikbaar is in Georgië, er andere behandelingen beschikbaar zijn die dezelfde functies vervullen als Genvoya zonder Meneer L. te hebben gehoord.

Voor het Hof van Justitie van de Europese Unie maakt het recht om te worden gehoord vóór de vaststelling van een beslissing dat de belangen van de verzoeker kan schaden, deel uit van de rechten van de verdediging die een algemeen beginsel van het recht van de Europese Unie zijn (HvJ, C-249/13 van 11 december 2014, Khaled Boudjlida, punt 34). Dit recht om te worden gehoord waarborgt aan iedereen de mogelijkheid om tijdens de administratieve procedure en vóór het nemen van een beslissing dat zijn belangen kan schaden, zijn standpunt op nuttige en doeltreffende wijze kenbaar te maken. De regel dat degene tot wie het beslissing is gericht, in de gelegenheid moet worden gesteld om opmerkingen te maken voordat het wordt genomen, is bedoeld om de bevoegde autoriteit in staat te stellen om rekening te houden met alle relevante factoren. Het recht om te worden gehoord voordat een dergelijk beslissing wordt genomen, moet de bevoegde nationale instantie in staat stellen de zaak op een zodanige wijze te onderzoeken dat zij met kennis van zaken een beslissing kan nemen en deze naar behoren kan motiveren, zodat de betrokkene in voorkomend geval zijn recht van beroep op geldige wijze kan uitoefenen (Conseil d'Etat, besluit nr. 230.257 van 19 februari 2015).

Door de heer L. niet te onderzoeken, heeft de arts-adviseur geen zorgvuldig en grondig onderzoek van zijn situatie vermeden. Indien de arts-adviseur verzoeker had gevraagd naar de mogelijkheid om zijn behandeling te wijzigen, zou hij hebben vernomen dat de verzoeker de behandeling die hij in Georgië onderging, na uitslag, slaapproblemen en medische complicaties, had moeten stopzetten.

Verzoekster geniet echter de bescherming van artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002, dat bepaalt dat: «De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.».

Volgens het Grondwettelijke Hof: « B.15. Rien n'indique que le législateur ait, dans ce cadre, entendu déroger aux droits du patient qui sont consacrés par la loi du 22 août 2002. En outre, tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir, sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins, y compris les règles d'indépendance et d'éthique qui y sont prescrites (...)».

(C.Const., 28 juin 2012, arrêt n°82/2012).

Volgens de federaalombudsman: « 106. S'il est vrai qu'il n'appartient pas à l'Office des étrangers d'interpeller ex nihilo le demandeur, il en va autrement lorsque l'administration « a fondé sa décision sur des informations qu'elle a, d'initiative, recueillies »59. A cet égard, le droit d'être entendu consacré par

la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne doit être considéré comme une « composante des principes généraux de droit régissant la pratique administrative »60 belge.» (Rapport du médiateur fédéral – La régularisation médicale, p.46). Om dezelfde reden miskent de verwerende partij ook haar verplichting tot zorgvuldigheid, die deel uitmaakt van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en die de autoriteit verplicht om de feiten grondig te onderzoeken, de nodige informatie te verzamelen om de beslissing te kunnen nemen en rekening te houden met alle elementen van de zaak, zodat zij met volledige kennis van zaken en na een redelijke beoordeling van alle elementen die relevant zijn voor de oplossing van de zaak, haar beslissing kan nemen (arrêt n° 216.987 du 21.12.2011).

De arts-adviseur heeft ook geen analyse gemaakt van de gevolgen die een wijziging van de behandeling zou hebben voor de gezondheid van de heer L., die dus niet gegarandeerd is dat hij bij haar terugkeer kan worden behandeld zonder zijn lichamelijke integriteit te schaden. De verwerende partij schendt daarmee artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en de zorgvuldigheidsbeginsel.”

3.2 Artikel 62 van de vreemdelingenwet en de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen verplichten de overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dat op een “afdoende” wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben en draagkrachtig moet zijn, dit wil zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen. De belangrijkste bestaansredenen van de motiveringsplicht, zoals die wordt opgelegd door de voormelde wet van 29 juli 1991, bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan of de overheid is uitgegaan van gegevens die in rechte en in feite juist zijn, of zij die gegevens correct heeft beoordeeld, en of zij op grond daarvan in redelijkheid tot haar beslissing is kunnen komen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden.

Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, waarvan verzoeker eveneens de schending aanvoert, behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen om zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij haar beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen. Waar verzoeker de schending van het zorgvuldigheidsbeginsel aanvoert, duidt de Raad dat het zorgvuldigheidsbeginsel de overheid de verplichting oplegt om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Voormelde beoordeling vindt plaats in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, waarvan verzoeker eveneens de schending aanvoert en waarop de bestreden beslissing wordt gesteund.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

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

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in

dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

Het vijfde lid van voormelde bepaling luidt als volgt:

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

De Raad benadrukt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens uitsluitend tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer behoren en het de Raad niet toekomt de medische beoordeling van de ambtenaar-geneesheer te betwisten (RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)).

Uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt dat het advies van de ambtenaar-geneesheer, waarin deze vaststelt dat de ziekte niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1 van deze bepaling, beslissend is voor het ongegrond verklaren van de betreffende aanvraag om machtiging tot verblijf. Indien zou blijken dat aan het advies van de arts-adviseur een motiverings- en/of zorgvuldigheidsgebrek kleeft en de aanvraag ongegrond wordt verklaard op basis van dit advies, dan zal het motiverings- en/of zorgvuldigheidsgebrek in dit advies bijgevolg noodzakelijkerwijze leiden tot de vernietiging van de beslissing tot ongegrondheid van de verblijfsaanvraag. Het is toegelaten om de onwettigheden die aan dit advies kleven aan te voeren tegen de uiteindelijk door de gemachtigde genomen beslissing waarbij de verblijfsaanvraag ongegrond wordt verklaard (cf. RvS 13 oktober 2006, nr. 163.590; RvS 5 juli 2007, nr. 173.201; RvS 28 juni 2011, nr. 214.213).

In casu verklaart de gemachtigde de aanvraag tot verblijfsmachtiging van verzoeker ontvankelijk doch ongegrond met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9ter van de vreemdelingenwet geduid dat het aangehaalde medisch probleem niet kan weerhouden worden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Hij verwijst vervolgens uitdrukkelijk naar het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 24 juni 2019 en besluit dat derhalve uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of dat hij 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.

Voormeld medisch advies van 24 juni 2019 luidt als volgt:

“NAAM: L., R. (R R: ...)

Mannelijk nationaliteit: Georgië geboren te Ochamchire op (...)1956 adres: (...) LUIK

ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. L. R. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 13.05.2019

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- SMG (slecht leesbars gedeelten!) d.d. 03/05/2019 van Dr. K. B. (huisarts): HIV1 gediagnosticeerd op 01/07/2000 en opvolging voor stop heroïneverslaving, prostatitis en arteriële hypertensie - medicatie: Genvoya, Methadone, Lercanidipine en Tamsulosine
- Consultatieverslag d.d. 06/12/2018 van Dr. M. L. (internist-infectioloog): HIV1 infectie (met virale lading 23.500/ml en C04-telling 217,6/μl), Hep C werd niet bevestigd - medicatie: Genvoya en profylactisch Bactrim F 3x/week
- SMG d.d. 21/01/2019 van Dr. <onleesbaar> (aan de handtekening te zien Dr. M. L.): HIV1 –infectie gediagnosticeerd in Georgië in 2010, toxicomaan onder Methadon - medicatie: Genvoya, Methadone
- Consultatieverslag d.d., 21/01/2019 van Dr. M. L.: goede evolutie na 6 weken ARV met val van de virale lading en stabilisering van de CD4 (virale lading 38/ml, CD4 419,9/pi) - Genvoya verder, Bactrim STOP
- Ongedateerd medisch verslag van Dr. B.n D. (internist in opleiding) onder supervisie van Dr. F. M. (infectioloog): hospitalisatie wegens een longontsteking met Influenza A gesurinflecteerd met

pseudomonas bij gekende HIV en Hep C patiënt, gastroscopie toont een banale gastritis zonder tekens van portale hypertensie, axillair lipoma zonder medische repercussies, nicotinepatch voor hulp bij rookstop, arteriële hypertensie onder medicamenteuze controle - medicatie: Genvoya, Methadone, Bactrim, Tamsulosine, Dafalgan, Niquitin, Combivent en Zandip

- Hospitalisatieverslag d.d. 19/04/2019 van Dr. F. M. van de opname van 13-19/04/2019: (recidief?) bronchopneumonie basaal rechts met Pseudomonas Aeruginosa bij gekende HIV patiënt (stadium B3, (CD4 170:µl, virale lading niet detecteerbaar begin april), gunstige evolutie onder antibiotica – medicatie bij ontslag: Tamsulosine, Lercanidipine, Genvoya, Methadone en Ciproxine (stop rond 24/04/2019)

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 62-jarige man, heroïnomaan/toxicomane (drugsverslaving), met een HIV1-Infectie, en arteriële hypertensie (hoge bloeddruk).

Mr. L. werd gehospitaliseerd: 2 episodes van een longontsteking (bronchopneumonie) met Pseudomonas aeruginosa in het eerste kwartaal van 2019 werden curatief behandeld met antibiotica.

Een infectie met het hepatitis C virus wordt in voorliggend medisch dossier niet geobjectiveerd. Er werd ook geen medicamenteuze behandeling ingesteld.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Elvitegravir+emtricitabine+tenofovir+cobicistat (Genvoya), een combinatiepreparaat van 3 antiretrovirale middelen tegen HIV en cobicistat (verhoogt de biodisponibiliteit van Elvitegravir)*
- Methadon (Methadone), een opioïde gebruikt als substitutie bij een heroïneverslaving/opioïdeafhankelijkheid*
- Lercanidipine (Lercanidipine), een Calciumantagonist die de bloeddruk verlaagt*
- Tamsulosine (Tamsulosine), een alfa1-blokker gebruikt bij goedaardige prostaatvergroting (benigne prostaathypertrofie) die ook een bloeddruk verlagende werking heeft*

Hoge bloeddruk en HIV1 infectie onder medicamenteuze controle vormen geen beletsel om te reizen. Het voorliggend medisch dossier bevat geen medische indicatie voor werkonbekwaamheid, noch een nood aan medische mantelzorg.

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 20/01/2019 met het unieke referentienummer BMA 12001*
- Aanvraag Medcoi van 25/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10927*

2. Beschikbare medicatie in Georgië volgens het Ministerie van Volksgezondheid van Georgië:

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist al dan niet met subspecialisatie als infectioloog beschikbaar is in Georgië, evenals het bepalen van de virale lading van het HIV en een CD4-telling.

Opvolging en behandeling van de toxicomanie met methadon is beschikbaar in Georgië.

Lercanidipine, Methadon, Tamsulosine, Emtricitabine, Elvitegravir, Cobicistat en Tenofovir zijn beschikbaar in Georgië.

Het combinatiepreparaat Genvoya is niet beschikbaar in Georgië. De afzonderlijke actieve moleculen zijn echter wel beschikbaar: Tenofovir, Emtricitabine, Elvitegravir en Cobicistat. Hierdoor vervalt enkel het gebruiksgemak van de inname van 1 tablet per dag.

Tenofovir is ook beschikbaar in combinatie met Emtricitabine, zodat betrokkene dan in Georgië maar 3 tabletten/dag hoeft in te nemen in plaats van 4.

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

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend

met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen.

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

Georgië erfde in 1990, bij de val van het communistisch regime, een gezondheidssysteem gestoeld op dat van de Sovjet-Unie. De focus lag op gespecialiseerde zorg door opnames in grote ziekenhuizen. In 2002 stortte dit systeem volledig in. Vanaf 2006 kwamen er hervormingen en kreeg de basisgezondheidszorg meer aandacht.

Huisartsen zouden voortaan het eerste contactpunt moeten zijn, die indien nodig de mensen dan zouden doorverwijzen naar meer gespecialiseerde zorg. Een tweede wijziging gebeurde in de periode 2008-2009 wanneer de overheid van start ging met de privatisering van de gezondheidszorg. Bijna alle medische instellingen zijn vandaag de dag geprivatiseerd in Georgië. Die privatisering zou de kwaliteit van de zorg ten goede moeten komen. Zowel de infrastructuur als de diensten en de kwalificaties van het personeel zijn er enorm op vooruit gegaan de laatste jaren.

De gezondheidszorg is, mede dankzij diverse overheidsprogramma's, voor iedereen toegankelijk. De bedoeling was dat iedereen, dus ook de armere bevolking, toegang heeft tot een ziekteverzekering. Voor mensen die leven onder de armoedegrens is de verzekering gratis, en ook overheidspersoneel kan dergelijke gratis verzekering afsluiten. Mensen die niet in aanmerking komen voor een gratis ziekteverzekering of gratis behandeling kunnen zich aansluiten bij een private verzekeringsmaatschappij, die gesubsidieerd worden door de overheid. De overheid betaalt dan 75% en de patiënt de overige 25%. Inbegrepen in deze verzekering is de ambulante verzorging, tweemaal per jaar een ECG, spoedbehandeling en kortingen bij bepaalde medicijnen. Ook zijn er programma's die ervoor zorgen dat de kosten voor de behandeling van bepaalde ziekten gedekt zijn.

Betrokkene lijdt aan HIV, hypertensie en kampt met een drugsverslaving. Mensen met een HSV-infectie kunnen onderzocht en behandeld worden in 3 faciliteiten, namelijk het National Aids Centre, het National Centre for Disease Control en het Harm Reduction Network, dewelke een NGO is.

Met uitzondering van de eerste HIV-test (die betrokkene al onderging), zijn alle andere HIV-tests en behandelingen kosteloos, gezien deze betaald worden door het Globale Fonds. Het belangrijkste HIV centrum is gevestigd in Tbilisi maar er zijn ook centra in Batumi, Kutaisi, Sukhumi en Zugdidi. Betrokkene is afkomstig van Ochamchire, dat nauwelijks 50km verwijderd is van het HIV-centrum van Zugdidi. Wanneer men als patiënt geregistreerd staat, ra de behandeling gratis. Patiënten zien hun dokter elke 3 maand.⁷ Er zijn ook NGO's actief in de strijd tegen HIV-AIDS. Tanadgoma is hiermee bezig sinds 2000. De organisatie is actief in 5 steden en richt zich op risicogroepen als sekswerkers, homoseksuelen, mensen met HIV en drugsgebruikers. Betrokkene kampt met een drugsverslaving en lijdt aan HIV.

Voor zijn drugsverslaving kan betrokkene terecht in dagcentra. Er zijn 15 drugssubsstitutieprogramma's in 8 regio's in Georgië. Centra waar men Methadon kan verkrijgen vindt men in Tbilisi, Kutaisi, Telavi, Poti, Zugdidi en Ozurgeti. Er zijn programma's die gesubsidieerd worden door het Globale Fonds, en ook programma's die gefinancierd worden door de staat. De staat neemt echter alleen de volledige kosten op zich als de druggebruiker ook lijdt aan een chronische ziekte, wat in het geval van betrokkene met zijn HIV-infectie effectief zo is.

Er zijn ook NGO's die zich focussen op de toegankelijkheid tot medische zorgen voor het armere deel van de bevolking. Dit gebeurt wanneer arme mensen niet weten hoe ze een ziekteverzekering moeten afsluiten of wanneer hun ziekteverzekering hun behandeling niet (volledig) dekt.

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong en op die manier kan inslaan voor eventuele andere kosten die gepaard zouden gaan met de behandeling en opvolging in Georgië.

Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor eert 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 in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan riet 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 HIV infectie, de arteriële hypertensie en de toxicomanie bij Mr. L. geen reëel risico inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Georgië.

Derhalve is er vanuit medisch oogpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van herkomst, nl. Georgië."

3.3 Verzoeker spitst zijn betoog onder meer toe op de beoordeling van de beschikbaarheid van de zorgen in het land van herkomst. Meermaals verwijst hij doorheen zijn verzoekschrift naar informatie die hij zou hebben bijgebracht bij zijn aanvraag en betoogt onder meer:

"Bovendien is het voldoende om de regularisatieaanvraag te lezen om op te merken dat de verzoeker een schat aan informatie heeft verstrekt over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgen in Georgië. Er werd een zorgvuldige studie van het gezondheidstelsel uitgevoerd en aan de verwerende partij toegezonden voordat de bestreden beslissing werd genomen. In de bestreden beslissing, wordt er een melding gemaakt van deze informatie, zonder echter uitleggen hoe de generaal informatie gebruikt door de arts-adviseur meer van toepassing is aan de betrokkene dan de informatie gehaald door de verzoeker in zijn 9ter-verzoek, in strijd met artikel 62 van de Vreemdelingenwet."

Meer specifiek, verwijst verzoeker vervolgens naar het stuk 5 bij zijn verzoekschrift en betoogt:

"Ten eerste herkent de arts-adviseur dat de Genvoya niet beschikbaar is in Georgië maar concludeert dat: « Lercanidipine, Methadon, Tamsulosine, Emtricitabine, Elvitegravir, Cobicistat en Tenofovir zijn beschikbaar in Georgië » (advies van de arts-adviseur, p. 3). Genvoya bestaat immers uit een combinatie van elvitegravir, cobicistat, emtricitabine en tenofovir alafenamide."

De Raad leest in het medisch verslag van 24 juni 2019 inderdaad dat het combinatiepreparaat Genvoya niet beschikbaar is in Georgië, doch dat de afzonderlijk actieve moleculen dat wel zouden zijn, waarna de samenstelling wordt opgesomd:

"Het combinatiepreparaat Ganvoya is niet beschikbaar in Georgië. De afzonderlijke actieve moleculen zijn echter wel beschikbaar: Tenofovir, Emtricitabine, Elvitegravir en Cobicistat. Hierdoor vervalt enkel het gebruiksgemak van de inname van 1 tablet per dag.

Tenofovir is ook beschikbaar in combinatie met Emtricitabine, zodat betrokkene dan in Georgië maar 3 tabletten/dag hoeft in te nemen in plaats van 4."

Verzoeker voert echter op zijn beurt een betoog omtrent de samenstelling van het combinatiepreparaat en concretiseert dat wat "Tenofovir" betreft, het dient te gaan om "Tenofovir Alafenamide":

"De bijzondere van Genvoya bestaat uit de samenstelling van drie specifieke moleculen in één tablet, namelijk de Elvitegravir, de Emtricitabine en de Tenofovir Alafenamide (TAF). TAF is een alternatief voor TDF, waarvoor nier- en bottoxiciteit is aangetoond (stuk 5: "Tenofovir alafenamide (TAF) en trithérapie à comprimé unique (STR) en initiation de traitement pour le VIH-1 », 2015, beschikbaar op <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI15/2015-JNI-VIHMolina.pdf>)."

Verzoeker duidt bijgevolg onder verwijzing naar het stuk 5 dat hij voegt bij zijn verzoekschrift op het verschil tussen "Tenofovir Alafenamide (TAF)" en "Tenofovir Disoproxil (TDF)".

Verder verwijst verzoeker naar documenten die zich in het administratief dossier bevinden zoals de Med-COI documenten waaruit zou blijken dat een alternatieve behandeling beschikbaar zou zijn, maar waarin niet zou zijn gespecificeerd om welke alternatieve behandeling het zou gaan.

Bovendien, zo gaat verzoeker verder, blijkt uit het document "Beschikbaar medicatie in Georgië volgens het ministerie..." dat alleen TDF beschikbaar is, maar TAF niet. Hij besluit op dit punt enerzijds dat geen grondige analyse van de nodige behandeling in Georgië werd gemaakt aangezien het niet de juiste

molecule is en anderzijds dat bovendien door de ambtenaar-geneesheer niet aangegeven wordt waarom hij de beschikbaarheid in Georgië *“van een andere molecule dan die van Genvoya”* moet analyseren.

Wat betreft de motiveringsplicht die rust op de ambtenaar-geneesheer bij het opstellen van een medisch advies verstrekt in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, benadrukt de Raad dat de ambtenaar-geneesheer bij het beoordelen van het in artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet genoemde risico over een vrije beoordelingsbevoegdheid beschikt en de Raad zich wat deze beoordeling betreft niet in diens plaats kan stellen. Er kan van de ambtenaar-geneesheer bij het opstellen van zijn medisch advies niet worden vereist dat hij verwijst naar stavingstukken, noch dat hij zich moet steunen op feitelijke elementen of bijkomende vaststellingen. Evenmin kan de ambtenaar-geneesheer ertoe verplicht worden de beweegredenen voor de vaststellingen in zijn medisch advies te zoeken buiten zijn eigen beoordelingsbevoegdheid (RvS 20 april 2017, nr. 237.959).

Voormelde beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer – en de daaruit voortvloeiende onmogelijkheid om hem opdrachten te geven tot het verrichten van welbepaalde bijkomende handelingen, dan wel het raadplegen van externe bronnen – impliceert evenwel niet dat uit het advies van deze ambtenaar-geneesheer of minstens uit de stukken van het administratief dossier niet zou dienen te blijken waarom laatstgenoemde de aangehaalde medische problematiek, dan wel de vooropgestelde behandeling niet weerhoudt. Het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer een arts is, impliceert immers niet dat er op hem bij het verlenen van zijn advies geen of een verminderde motiveringsplicht zou rusten.

De betreffende beoordelingsvrijheid van de ambtenaar-geneesheer betekent derhalve niet dat diens vaststellingen steeds volstaan als motieven voor een beslissing tot weigering van verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Deze beoordelingsvrijheid doet geen afbreuk aan het feit dat administratieve beslissingen afdoende gemotiveerd moeten zijn, wat onder meer inhoudt dat de rechtsonderhorige moet kunnen nagaan op welke gronden de hem aanbelangende beslissing is gesteund en waarom de door hem aangevoerde concrete en pertinente argumenten niet worden aanvaard (RvS 18 september 2013, nr. 224.723).

In het licht van de aangevoerde schendingen dient dan ook te worden nagegaan of de vaststellingen en het besluit van de ambtenaar-geneesheer afdoende, dit is pertinent en draagkrachtig, zijn in het licht van artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet.

Zoals hoger reeds vastgesteld, staat in het medisch verslag van 24 juni 2019 te lezen: *“Het combinatiepreparaat Ganvoya is niet beschikbaar in Georgië. De afzonderlijke actieve moleculen zijn echter wel beschikbaar: Tenofovir, Emtricitabine, Elvitegravir en Cobicistat. Hierdoor vervalt enkel het gebruiksgemak van de inname van 1 tablet per dag.*

Tenofovir is ook beschikbaar in combinatie met Emtricitabine, zodat betrokkene dan in Georgië maar 3 tabletten/dag hoeft in te nemen in plaats van 4.”

Waar de ambtenaar-geneesheer in voormeld verslag verwijst naar de bron waaruit de beschikbare medicatie en meer bepaald onder meer Tenofovir zou blijken, stelt de Raad vast dat het opgegeven internetadres verwijst naar een website in een voor de Raad vreemde taal. Bij de daaropvolgende vaststellingen van beschikbaarheid wordt verwezen naar documenten die niet worden gevoegd bij het medisch verslag en die, indien deze zich in het administratief dossier zouden bevinden, ook niet raadpleegbaar zijn bij gebreke aan de neerlegging van voormeld dossier.

De Raad kan dan ook slechts vaststellen dat wordt verwezen naar *“Tenofovir”*, daar waar verzoeker onder verwijzing naar het stuk 5 dat hij voegt bij zijn verzoekschrift, wijst op het verschil tussen *“Tenfovir Alafenamide (TAF)”* en *“Tenofovir Disoproxil (TDF)”*. Verzoeker meent dat een meer specifiek onderzoek diende te gebeuren naar de beschikbaarheid van TAF en stelt verder dat uit het document *“Beschikbaar medicatie in Georgië volgens het ministerie...”* blijkt dat alleen TDF beschikbaar is, maar TAF niet. De Raad wijst bij gebreke aan administratief dossier op artikel 39/59, § 1 van de vreemdelingenwet waarin wordt bepaald: *“Wanneer de verwerende partij het administratief dossier niet binnen de vastgestelde termijn toestuurt, worden de door de verzoekende partij vermelde feiten als bewezen geacht, tenzij deze feiten kennelijk onjuist zijn. Dit vermoeden is niet van toepassing in het geval van tussenkomst bedoeld in artikel 39/72, § 2. (...)”*. Bijgevolg dient de Raad ervan uit te gaan dat enkel de beschikbaarheid van *“Tenofovir Disoproxil (TDF)”* werd vastgesteld.

Gelet op hetgeen voorafgaat, blijkt niet dat het gevoerde onderzoek naar het beschikbaar en toegankelijk zijn van een voor verzoeker adequate behandeling in het herkomstland voldoende nauwkeurig is gebeurd. De motieven die zijn opgenomen in het advies van de ambtenaar-geneesheer van 24 juni 2019, kunnen het besluit in de bestreden beslissing dat verzoeker niet lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst, niet afdoende verantwoorden.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel en van de materiële motiveringsplicht in het licht van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet bij de totstandkoming van het advies van de ambtenaar-geneesheer is aannemelijk gemaakt. De bestreden beslissing die, zoals reeds werd gesteld, volledig aan dat advies is opgehangen, is bijgevolg met hetzelfde gebrek behept.

Het besproken onderdeel van het middel is in de aangegeven mate gegrond. Deze vaststelling leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Aangezien de eventuele gegrondheid van de overige onderdelen van het middel niet kan leiden tot een ruimere vernietiging van de bestreden beslissing, dienen deze niet te worden onderzocht (RvS 18 december 1990, nr. 36.050; RvS 24 oktober 2002, nr. 111.881).

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. 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 1 juli 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard, wordt vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

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

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken.

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

N. MOONEN