



Arrest

nr. 245 345 van 1 december 2020
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat K. VERSTREPEN
Rotterdamstraat 53
2060 ANTWERPEN

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Togolese nationaliteit te zijn, op 18 augustus 2020 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 7 juli 2020, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met 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 ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard en van de beslissing van 7 juli 2020 houdende een bevel om het grondgebied te verlaten.

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 2 oktober 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 28 oktober 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat A. HAEGEMAN, die *loco* advocaat K. VERSTREPEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat M. MISSEGHERS, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 15 februari 2012 dient verzoeker voor een derde keer een aanvraag in om machtiging tot verblijf met 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 (hierna de vreemdelingenwet). Op 20 december 2012 wordt de aanvraag onontvankelijk verklaard, samen met een bevel om het grondgebied te verlaten. Tegen voormelde beslissingen dient verzoeker een

annulatieberoep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna de Raad) die bij arrest nr. 153 097 van 23 september 2015 het beroep verwerpt.

Op 3 mei 2016 dient verzoeker wederom een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Op 30 juni 2017 neemt de gemachtigde van de minister de beslissing waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard, samen met een bevel om het grondgebied te verlaten. Beide beslissingen worden vervolgens ingetrokken. Op 12 september 2017 neemt de gemachtigde van de minister een nieuwe beslissing waarbij de aanvraag ongegrond wordt verklaard, samen met een bevel om het grondgebied te verlaten. Tegen voormelde beslissingen dient verzoeker een annulatieberoep in bij de Raad die bij arrest nr. 199 184 van 2 februari 2018 het beroep verwerpt.

Op 12 juni 2020 dient verzoeker opnieuw een aanvraag in om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Op 7 juli 2020 neemt de gemachtigde van de minister de beslissing waarbij de aanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard, aan verzoeker ter kennis gebracht op 27 juli 2020. Dit is de eerste bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 12.06.2020 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

M., K. F. (R.R.: ...) nationaliteit: Togo geboren te Porto-Seguro op (...)1972 adres: (...)

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

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 elementen aangehaald door M. K. F. die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 30.06.2020)

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.*

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.”

Op 7 juli 2020 neemt de gemachtigde van de minister tevens de beslissing houdende een bevel om het grondgebied te verlaten, aan verzoeker ter kennis gebracht op 27 juli 2020. Dit is de tweede bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

“BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

*De heer Naam + voornaam: M., K. F. geboortedatum: (...)1972
geboorteplaats: Porto-Seguro nationaliteit: Togo*

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

binnen 30 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

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

2. Onderzoek van het beroep

2.1 In het enig middel voert verzoeker de schending aan van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen en als beginsel van behoorlijk bestuur, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM) en van het zorgvuldigheids- en redelijkheidsbeginsel als beginselen van behoorlijk bestuur.

Ter adstruering van het middel zet verzoeker het volgende uiteen:

"1.

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet vraagt niet enkel dat er gekeken wordt naar de beschikbaarheid van de nodige zorgen in het land van herkomst, ook de toegankelijkheid van deze zorgen moet onderzocht worden. Volgens de Raad van State is het noodzakelijk om daarbij eveneens rekening te houden met de financiële toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst. De Raad van State oordeelde als volgt in dit verband:

"Les soins qui doivent être prodigués au requérant peuvent l'être au XXX, pour autant que celui-ci, compte tenu de ce que ce pays ne dispose pas d'un système de sécurité sociale couvrant les soins de santé, dispose de ressources financières suffisantes." (R.v.St. 18 maart 1998, nr. 72.594, RDE 2002 N° 119)

Met betrekking tot de toegankelijkheid van de medische zorgen in Togo wordt in de bestreden beslissing enkel op heel algemene wijze een argumentering opgenomen. Zo stelt de arts-adviseur dat:

[...]

(stuk 1)

In de bestreden beslissing valt dus duidelijk te lezen dat voor chronisch zieken, zoals verzoeker, slechts een beperkt deel van de medicatie wordt toebedeeld, en dat zij alvorens aanspraak te kunnen maken op dergelijke medicatie een certificaat dienen aan te vragen dat slechts drie maanden geldig is. Daarnaast kan slechts een erg beperkt percentage van de bevolking aanspraak maken op deze verzekering. Ondanks deze erg verontrustende informatie die meer dan relevant is voor verzoeker gezien zijn chronische ziektebeeld, gaat de bestreden beslissing op geen enkel moment concreet in op de toegankelijkheid in hoofde van verzoeker tot deze nodige zorgen.

Verwerende partij maakt zich ervan af met het summiere en ontoereikend argument dat verzoeker niet aanbrengt dat hij arbeidsongeschikt is en dus wel zal kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp gezien hij toegang zal kunnen hebben tot de arbeidsmarkt en zo tot een ziekteverzekering als werknemer. Echter, zelfs al zou verzoeker aanspraak kunnen maken op een ziekteverzekering als werknemer (quod non), dan nog wil dit niet zeggen dat hij zal kunnen voorzien in zijn noden als chronisch zieke gezien bovenstaand vermelde serieuze beperkingen tot zorg en medicatie voor chronisch zieken.

Daarnaast maakt verwerende partij er zich snel van af door te veronderstellen dat verzoeker meteen toegang tot de arbeidsmarkt zal hebben waardoor hij dan ook zal kunnen voorzien in zijn ziektenoden vanwege een ziekteverzekering. Dit is echter een louter uit de lucht gegrepen veronderstelling die niet gestoeld is op enige objectieve informatie. Verwerende partij houdt hierbij geen rekening met de realiteit: verzoeker zal ten eerste niet gelijk welk werk kunnen uitoefenen omwille van zijn chronisch ziektebeeld waardoor het aanbod sterk vermindert, hij leeft al 12 jaar niet meer in Togo en beschikt over geen enkel netwerk om op die manier werk te vinden, én het overgrote merendeel van de jobs bevindt zich in de

informele sector waar geen sociale zekerheid (noch ziekteverzekering) voorhanden is. Zo levert een snelle opzoeking de volgende informatie op:

"In Togo, the informal sector accounts for 84% of the workforce with an annual growth rate of 5%. Despite the importance of the informal sector workers in the Togolese productive activity, they do not benefit from social protection. To address this situation, Act No. 2011-006 was adopted by the Togolese National Assembly in 2011 to provide social security to informal sector workers. However, this was not applied, which means they are still not covered by social protection. "

(stuk 2)

Verwerende partij baseert zich op veronderstellingen en hypothesen. Uit bovenstaande informatie blijkt duidelijk dat de toegang tot de arbeidsmarkt verre van evident is en er op geen enkele manier kan gegarandeerd worden dat verzoekers behandeling niet zal worden onderbroken.

Verwerende partij rept daarnaast met geen woord over de concrete kostprijs van de nodige medische zorgen in Togo. Zonder te weten wat de kosten in concreto zijn voor verzoeker, kan men louter op basis van het bestaan van de veronderstelling meteen toegang te vinden tot de arbeidsmarkt onmogelijk concluderen dat de nodige zorgen financieel toegankelijk zijn.

Verwerende partij verwijst louter naar het bestaan van een paar verzekeringen, maar laat volledig na om te onderzoeken of verzoeker als effectief in aanmerking komt voor deze bijstand na een verblijf van meer dan 12 jaar in het buitenland (quod non), noch of redelijkerwijze van hem kan worden verwacht om met deze bedragen in het levensonderhoud te voorzien van zichzelf en daarbovenop de medische behandeling te financieren. Zelfs indien hij in staat is om aan de voorwaarden te voldoen, zal dit erg veel tijd in beslag nemen waardoor de continuïteit van de behandeling in het gedrang komt.

Bijvoorbeeld: verwerende partij haalt in de bestreden beslissing TPC aan (Chronic Disease's Treatment Certificate) aan en argumenteert "Chronisch zieken kunnen een certificaat aanvragen (TPC) dat een garantie geeft op de voorziening van medicatie voor 3 maanden. Een beperkt deel van de medicatie wordt aan chronisch zieken bedeed door het INAM" Wat verwerende partij echter niet vermeld is dat hierdoor zelfs verzekerde chronisch zieke mensen soms hun eigen voorgeschreven medicatie moeten betalen (stuk 3 p.3). Daarnaast zijn er nog andere beperkingen van dit certificaat:

« Information aux assurés sous traitement de pathologies chroniques - TPC

- Une prescription ou délivrance de médicaments TPC peut couvrir un (01) à trois (03) mois de traitement.
- Un assuré ne peut bénéficier que d'une seule attestation couvrant une ou plusieurs affections de longue durée,
- LTNAM accorde un nombre limité de médicaments par affection de longue durée, l'assuré peut au besoin être amené à acheter lui-même certains médicaments prescrits par son médecin traitant.
- Signaler les cas suivants : changement de médicament, médicament accordé par excès, nombre de boîtes accordé par excès, anomalie constatée, décès du bénéficiaire,
- A la pharmacie, le porteur de l'ordonnance doit se présenter avec la carte INAM et une attestation TPC en cours de validité
- En cas de rupture d'un médicament, le pharmacien est autorisé à le substituer par un équivalent dont la base de remboursement est inférieure ou égale à celle du médicament en rupture,
- Tout abus ou fraude avec cette attestation de traitement de pathologies chroniques est passible de sanction. » (stuk 5)

Bijvoorbeeld: verwerende partij verwijst in de bestreden beslissing naar het bestaan van de vrijwillige verzekering CNCMUT. Zij laat echter na mee te geven dat de 'observation period for curative care' 2-3 maanden is (stuk 3 p. 7-9), hetgeen wil zeggen dat de terugbetaling van zorgen in die periode (nog) niet mogelijk is.

Bijvoorbeeld: verwerende partij haalt de verzekering COOPASIV-Togo aan, de verzekering voor kwetsbare personen en mensen uit de informele sector. Maar ook hier wordt geen enkele rekening gehouden met het feit dat effectieve hulp of terugbetalingen pas plaatsvinden vanaf de 4de maand na aansluiting (stuk 6). Daarnaast is het zo dat chirurgische ingrepen en chronische ziekten niet inbegrepen zijn (stuk 6). Verzoeker zal voor zijn ziektebeeld dus niet effectief beroep kunnen doen op deze verzekering. Verwerende partij verwijst dus foutief naar deze verzekering als mogelijk soelaas voor verzoeker.

Verder verwijst verwerende partij naar het feit dat er verschillende NGO's werkzaam zijn in Togo ter ondersteuning van de gezondheidszorg. Het is op zijn minst frappant te noemen dat deze NGO's niet geconcretiseerd worden op de situatie en aandoeningen van verzoeker, én dat verwerende partij (weer) veronderstelt dat een chronisch zieke persoon met multipel ziektebeeld zich op duurzame wijze zou kunnen laten bijstaan door NGO's, waarvan in het algemeen geweten is dat zij grotendeels werken op grond van giften en vrijwilligers.

Gezien het voorgaande kan men dus niet zomaar automatisch aannemen dat de nodige zorgen (financieel) toegankelijk zijn voor verzoeker. Er werd door verwerende partij geen diepgaand onderzoek gevoerd, waardoor de conclusies in de bestreden beslissing dan ook voorbarig vallen te noemen.

Verzoeker trekt dan ook graag uw aandacht op arrest nr. 96 043 van 29 januari 2013, waarin uw Raad oordeelde dat de DVZ voor de toegankelijkheid van de vereiste behandeling niet kan verwijzen naar de ziekteverzekering in Kameroen die enkel voor werknemers tussenkomt, als een medisch attest bevat aanwijzingen dat de betrokkene, ondanks de behandeling, arbeidsongeschikt is omwille van een chronische ziekte. In dat geval moet de DVZ moet motiveren waarom er geen tegenindicaties tot tewerkstelling zijn.

Verwerende partij maakt veronderstellingen en toetst dus de effectieve toegankelijkheid van de zorgen niet concreet af en gaat daarbij voorbij aan motiveringsplicht. Met dergelijke algemene en summiere motivering gaat verwerende partij volledig voorbij aan de realiteit voor chronisch zieke personen in Togo, en de informatie die hierover werd opgenomen in het verzoekschrift.

2.

Verder is de algemene beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige zorgen in Togo erg problematisch. Verzoeker heeft in het verzoekschrift verschillende elementen aangehaald die de toegang tot gezondheidszorg in zijn hoofde ernstig belemmeren. Verwerende partij neemt hierover geen enkele motivering op in de bestreden beslissing. Daarnaast beperkt verwerende partij zich tot enkele algemene stellingen over de gezondheidszorg in Togo, maar laat zij volledig na om de situatie van verzoeker in concreto te onderzoeken.

Graag zou ik uw aandacht willen vestigen op het RvV arrest nr. 187 083 van 19 mei 2017, dat het EHRM haar rechtspraak aangaande ernstig zieke vreemdelingen op een fundamentele wijze heeft toegelicht. Vooral het arrest van het EHRM van 13 december 2016, Paposhvili t. België (GK), nr 41738/10, par. 183) is daarbij relevant.

Het EHRM heeft verhelderd in het Grote Kamer arrest van Paposhvili t. België dat onder uitzonderlijke gevallen, niet alleen worden begrepen situaties van verwijdering van ernstig zieke personen waar er sprake is van een onmiddellijk en nakend levensgevaar, maar dat ook ernstig zieke personen bij wie er ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of een aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland dienen begrepen te worden.

Wat betreft het vereiste onderzoek onder artikel 3 EVRM dient volgens het EHRM de impact van de verwijdering van een persoon worden beoordeeld door een vergelijking te maken van de gezondheidstoestand voor de verwijdering en hoe deze zou evolueren na de transfer naar het ontvangende land. Het risico op een schending van artikel 3 EVRM moet worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie aldaar en de individuele omstandigheden van de betrokken persoon. Daarbij moet voor elke afzonderlijke zaak worden nagegaan of de zorg algemeen beschikbaar is in de ontvangende staat, in de praktijk voldoende en geschikt is voor de behandeling van de ziekte van de betrokken persoon om te vermijden dat hij wordt blootgesteld aan een behandeling in strijd met artikel 3 EVRM.

Tevens moet de mate waarin de betrokken persoon daadwerkelijk toegang heeft tot deze zorg in de ontvangende staat worden onderzocht. In dit kader wijst het EHRM op de noodzaak om de kosten van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk, en de reisafstand tot de benodigde zorgen bij dit toegankelijkheidsonderzoek in rekening te nemen (par 190):

"181. The Court concludes from this recapitulation of the case-law that the application of Article 3 of the Convention only in cases where the person facing expulsion is close to death, which has been its

practice since the judgment in *N. v. the United Kingdom*, has deprived aliens who are seriously ill, but whose condition is less critical, of the benefit of that provision. As a corollary to this, the case-law subsequent to *N. v. the United Kingdom* has not provided more detailed guidance regarding the "very exceptional cases" referred to in *N. v. the United Kingdom*, other than the case contemplated in *D. v. the United Kingdom*.

182. In the light of the foregoing, and reiterating that it is essential that the Convention is interpreted and applied in a manner which renders its rights practical and effective and not theoretical and illusory (see *Airey v. Ireland*, 9 October 1979, § 26, Series A no. 32; *Mamatkulov and Askarov v. Turkey* [GC], nos. 46827/99 and 46951/99, § 121, ECHR 2005-1; and *Hirsi Jamaa and Others v. Italy* [GC], no. 27765/09, § 175, ECHR 2012), the Court is of the view that the approach adopted hitherto should be clarified.

183. The Court considers that the "other very exceptional cases" within the meaning of the judgment in *N. v. the United Kingdom* (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of

the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.

(...)

186. In the context of these procedures, it is for the applicants to adduce evidence capable of demonstrating that there are substantial grounds for believing that, if the measure complained of were to be implemented, they would be exposed to a real risk of being subjected to treatment contrary to Article 3 (see *Saadi*, cited above, § 129, and *F.G. v. Sweden*, cited above, § 120). In this connection it should be observed that a certain degree of speculation is inherent in the preventive purpose of Article 3 and that it is not a matter of requiring the persons concerned to provide dear proof of their claim that they would be exposed to proscribed treatment (see, in particular, *Trabelsi v. Belgium*, no. 140/10, § 130, ECHR 2014 (extracts)).

187. Where such evidence is adduced, it is for the authorities of the returning State, in the context of domestic procedures, to dispel any doubts raised by it (see *Saadi*, cited above, § 129, and *F.G. v. Sweden*, cited above, § 120). The risk alleged must be subjected to close scrutiny (see *Saadi*, cited above, § 128; *Sufi and Elmi v. the United Kingdom*, nos. 8319/07 and 11449/07, § 214, 28 June 2011; *Hirsi Jamaa and Others*, cited above, § 116; and *Tarakhel*, cited above, § 104) in the course of which the authorities in the returning State must consider the foreseeable consequences of removal for the individual concerned in the receiving State, in the light of the general situation there and the individual's personal circumstances (see *Vilvarajah and Others*, cited above, § 108; *El-Masri*, cited above, § 213; and *Tarakhel*, cited above, § 105). The assessment of the risk as defined above (see paragraphs 183-84) must therefore take into consideration general sources such as reports of the World Health Organisation or of reputable non-governmental organisations and the medical certificates concerning the person in question.

188. As the Court has observed above (see paragraph 173), what is in issue here is the negative obligation not to expose persons to a risk of ill-treatment proscribed by Article 3. It follows that the impact of removal on the person concerned must be assessed by comparing his or her state of health prior to removal and how it would evolve after transfer to the receiving State.

As regards the factors to be taken into consideration, the authorities in the returning State must verify on a case-by-case basis whether the care generally available in the receiving State is sufficient and appropriate in practice for the treatment of the applicant's illness so as to prevent him or her being exposed to treatment contrary to Article 3 (see paragraph 183 above). The benchmark is not the level of care existing in the returning State; it is not a question of ascertaining whether the care in the receiving State would be equivalent or inferior to that provided by the health-care system in the returning State. Nor is it possible to derive from Article 3 a right to receive specific treatment in the receiving State which is not available to the rest of the population.

190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, § 55, and *Tatar*, cited above, §§ 47- 49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see *Karagoz v. France* (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001; *N. v. the United Kingdom*, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and *E.O. v. Italy* (dec.), cited above).

191. Where, after the relevant information has been examined, serious doubts persist regarding the impact of removal on the persons concerned - on account of the general situation in the receiving country and/or their individual situation - the returning State must obtain individual and sufficient assurances from the receiving State, as a precondition for removal, that appropriate treatment will be available and accessible to the persons concerned so that they do not find themselves in a situation contrary to Article 3 (on the subject of individual assurances, see *Tarakhel*, cited above, § 120)."

Verzoeker gaf vooreerst aan dat de toegang tot gezondheidszorg belemmerd wordt door een ernstig gebrek aan middelen. Uit een officieel rapport van de Togolese overheid zelf blijkt dat bijna de helft van de gezondheidsinstanties te kampen heeft met onderbrekingen in stock van essentiële medicatie. In het verzoekschrift werd op de volgende informatie gewezen :

"En matière de disponibilité des médicaments essentiels, plus de la moitié des formations sanitaires (54,4%) n'ont pas connu de rupture de stocks pendant les trois derniers mois de l'année 2018"

"Malgré cette amélioration, il existe de nombreuses difficultés parmi lesquelles on note : i) la non disponibilité de tous les produits à la CAMEG-TOGO, ii) le nonrespect des ordinogrammes par les prescripteurs qui contraignent les formations sanitaires à acquérir des produits de spécialités auprès des grossistes privés qui polarisent plus de 70% du marché des médicaments, iii) l'absence de contrôles et d'inspections réguliers des formations sanitaires pour veiller à l'application scrupuleuse des dispositions réglementaires du système national d'approvisionnement pharmaceutique (SNAP). Le non-respect des dispositions du SNAP participe ainsi aux dysfonctionnements du système de santé, et constitue un facteur limitant l'accès aux produits de santé jusqu'au dernier kilomètre (formation sanitaire), sans compter le fardeau (dépenses de santé) qu'il représente pour les ménages." (stuk 6 verzoekschrift)

Verwerende partij stelt dat voor de geneesmiddelen die verzoeker nodig heeft en die niet voorhanden zijn in Togo, alternatieven bestaan. Doch, zij houdt hierbij geen rekening met het falende gezondheidssysteem in Togo dat niet ononderbroken kan voorzien in deze geneesmiddelen (of de alternatieven).

De informatiebron van verwerende partij, namelijk het MedCOI verslag, vermeldt eveneens dat de aankoop van reguliere medicijnen vaak te duur is of dat deze medicijnen niet voorhanden zijn:

"(...) for many patients, drugs from conventional pharmacies are often too expensive. For this reason, and also because conventional pharmacies regularly run out of stock for some drugs, the population of Togo buy counterfeit drugs for a third or a quarter of the price. " (stuk 4)

Hierdoor zijn Togolezen genoodzaakt zich te wenden tot de irreguliere of zwarte markt voor deze producten. Echter, het duurzaam karakter of de kwaliteit van deze (namaak) geneesmiddelen via deze weg is allesbehalve gewaarborgd. Met name gezien de insulineafhankelijkheid van verzoeker die maakt dat de dagelijkse dosis insuline voor verzoeker levensnoodzakelijk is, kan dan ook niet gesteld worden dat verzoeker op een duurzame manier zal kunnen voldoen aan zijn medische noden in Togo. Door hier geen rekening mee te houden en hieromtrent niet te motiveren, gaat verwerende partij voorbij aan haar plicht om de bestreden beslissing 'afdoende' te motiveren zoals bepaald in artikel 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen.

Het is dan ook niet duidelijk of de behandeling die verzoeker nodig heeft ook duurzaam door dit systeem zal worden ondersteund. Verzoeker heeft namelijk levenslange medische zorgen nodig. Hierover wordt wederom geen motivering opgenomen in de bestreden beslissing.

In deze wenst verzoeker dan ook uw aandacht te vestigen op arrest nr. 200.210 van 23 februari 2018 waarin uw Raad besliste dat moet worden onderzocht of betrokkene in zijn individuele situatie toegang

heeft tot de verzekering en dat op individuele manier moet worden nagegaan wat de kosten zijn van verzoekers behandeling, bv. insuline. Hoewel uw Raad begrip heeft voor het feit dat dergelijke informatie niet steeds voorhanden is, oordeelde uw Raad wel dat de hoge kostprijs van insuline in de praktijk de toegankelijkheid van de zorgen belemmert. Er moet kunnen worden nagegaan of verzoeker niet slechts een theoretische toegankelijkheid heeft tot insuline omwille van de hoge kostprijs. Dat heeft verwerende partij nagelaten in casu.

3.

Zoals hoger en in het medisch verslag aangegeven, kampt verzoeker onder andere met depressie en is hij insuline afhankelijk. In de bestreden beslissing staat echter het volgende omtrent de bespreking van verzoekers aandoeningen:

"4) Diabetes mellitus type 2 (niet-insuline afhankelijke suikerziekte) met slecht gecontroleerde bloedsuikerwaarden (glycemieën), zodat de bloedsuiker verlagende medicatie sinds eind januari moet worden aangevuld met insuline"

Van verwerende partij kan verwacht worden dat zij de aandoeningen waaraan een verzoeker lijdt grondig onder de loep neemt om vervolgens te gaan bepalen of behandeling voorhanden is in het land van herkomst. Hier gaat verwerende partij echter onzorgvuldig te werk en gaat uit van een verkeerd ziektebeeld, namelijk een waarbij verzoeker niet insulineafhankelijk is. Dit is echter wel het geval en wel sinds februari 2020. Dit werd meermaals vermeld én benadrukt in het verzoekschrift.

Daarnaast gaat verwerende partij te kort door de bocht omtrent de depressie waar verzoeker mee kampt. Ook daaromtrent is hetgeen te lezen valt in de bestreden beslissing op zijn minst frappant te noemen:

"8) Depressie deze diagnose wordt in het voorgelegde medische dossier niet gestaafd noch psychiatrisch opgevolgd. De medicamenteuze behandeling is niet gewijzigd sinds de aanvraag 9ter dd 03/05/2016. Depressieve gevoelens zijn tegelijk oorzaak en gevolg van te weinig bewegen (wandelen) in de buitenlucht. een ongestructureerd verloop van de dag en weinig tot geen sociale contacten. "

Verwerende partij doet afbreuk aan de medische vaststelling dat verzoeker aan een depressie lijdt, ondanks het feit dat hij hiervoor al sinds 2016 medicamenteus opgevolgd wordt, en dit zonder zelf verzoeker ooit gesproken te hebben. Door de aandoening van verzoeker te minimaliseren, wordt er geen rekening gehouden met de effectieve realiteit: dat in Togo geestelijke gezondheidszorg quasi onbestaande is.

Door te stellen dat verzoekers depressieve gevoelens zowel de oorzaak als het gevolg zijn van te weinig bewegen in open lucht, een ongestructureerd leven en weinig tot geen sociale contacten, lijkt verwerende partij dan ook te impliceren dat indien verzoeker hieraan zelf veranderingen toebrenkt, dat zijn depressieve gevoelens zullen verdwijnen. Vanuit dat (foutief) perspectief hoeft verwerende partij dan ook niet aan te tonen dat er wel mentale gezondheidszorg beschikbaar en toegankelijk is voor verzoeker in Togo (quod non).

Door de oorzaak van de depressie van verzoeker impliciet bij verzoeker zelf te leggen, wendt verwerende partij haar verplichting tot onderzoek én motivatie af.

4.

In het verzoekschrift haalde verzoeker de huidige COVID-19 pandemie aan als bijkomende belemmering om in Togo de nodige zorgen te kunnen verkrijgen gezien de druk die deze pandemie op gezondheidssystemen legt. In het verzoekschrift werd het volgende geargumenteed:

"Tot slot dient eraan herinnerd te worden dat er momenteel een globale pandemie is uitgebroken, COVID-19, die geleid heeft tot het stopzetten van het meeste luchtverkeer.

De gezondheidszorg in Togo is niet in staat om de nodige zorg te verlenen aan mensen die besmet raken met het virus. Zo zijn er in Togo slechts 3 gezondheidswerkers beschikbaar per 10.000 mensen (stuk 8). Togo is nauwelijks in staat essentiële zorgen te bieden in 'normale tijden', dus allesbehalve in staat om intensieve zorgen te kunnen bieden in crisistijden zoals vandaag het geval is met COVID-19.

Personen met een arteriële hypertensie, insulineafhankelijke diabetes, chronische nierinsufficiëntie en dyslipidémie zoals verzoeker lopen daarnaast ook een veel hoger risico op infectie en overlijden door COVID-19. Moest verzoeker het virus oplopen, dan zal hij in Togo niet de nodige verzorging kunnen krijgen. Verzoeker terugsturen naar zijn land van herkomst zou dan ook een duidelijke schending van artikel 3 EVRM uitmaken." (p.6 verzoekschrift)

Verwerende partij rept in de bestreden beslissing echter met geen woord hieromtrent. Niet alleen laat schendt zij hierdoor haar zorgvuldigheidsplicht, zij gaat hierdoor ook voorbij aan haar motiveringsplicht daar dit argument expliciet werd opgenomen in het verzoekschrift.

Hierbij dient nogmaals verwezen te worden naar de plicht van DVZ tot nauwkeurig en grondig onderzoek naar de actuele behandelingsmogelijkheden in het herkomstland, zoals voorgeschreven door het Grote Kamer arrest Paposhvili t. België van het EHRM (zie supra).

Conclusie

Verwerende partij gaat volledig voorbij aan de informatie die werd uiteengezet in het verzoekschrift. Nochtans was zij hier onmiskenbaar van op de hoogte. Daarnaast maakt zij een manifest foutieve inschatting van verzoekers situatie en de realiteit waarmee hij als chronisch zieke zonder werk of netwerk in Togo zou worden geconfronteerd.

Het zorgvuldigheidsbeginsel werd geschonden doordat verwerende partij op basis van onvolledige en zelfs foutieve informatie concludeerde dat verzoeker niet in aanmerking komt voor een machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Uit artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 blijkt dat de administratieve overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen dient op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen, en dit op een afdoende wijze. Verzoeker kan niet uit de bestreden beslissing, noch uit het administratief dossier begrijpen waarom een adequate medische behandeling toegankelijk en beschikbaar zou zijn in Togo voor iemand met zijn ziektebeeld. Het opnemen van een aantal algemene vaststellingen over Togo volstaat immers niet als motivering, en kan geenszins als een objectieve fundering van de bestreden beslissing beschouwd worden.

Zonder toegang tot de levensnoodzakelijke behandeling (o.a. insuline) en opvolging door specialisten zal verzoekers gezondheid er zwaar op achteruit gaan. Een gedwongen terugkeer van verzoeker zou daarom ook een onmenselijke en vernederende behandeling uitmaken, zoals bepaald door artikel 3 EVRM.

Door niet volledig te bekijken of de noodzakelijke behandeling wel degelijk in concreto toegankelijk of beschikbaar is in Togo schendt de bestreden beslissing artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Omwille van alle bovenstaande redenen dient het verzoek tot nietigverklaring en schorsing dan ook ontvankelijk en gegrond verklaard te worden."

2.2 De in artikel 62 van de vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 neergelegde uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

Uit het verzoekschrift blijkt dat verzoeker de motieven van de bestreden beslissing kent, zodat het doel van de uitdrukkelijke motiveringsplicht is bereikt. Verzoeker bekritiseert de bestreden beslissing inhoudelijk en voert aldus de schending aan van de materiële motiveringsplicht, zodat het middel vanuit dat oogpunt zal worden onderzocht. Nazicht van de materiële motivering vergt in voorliggende zaak een onderzoek in het licht van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, op grond waarvan de bestreden beslissing werd genomen en waarvan zij eveneens de schending aanvoert.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen is niet bevoegd 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 beoordeelt op grond van de juiste feitelijke gegevens, of de beoordeling correct is en of het besluit niet kennelijk onredelijk is (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet bepaalt:

“§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde. (...) De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft. Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.”

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen van toepassing is op twee onderscheiden gevallen, met name:

- (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de aanvrager, of
- (2) een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst.

Deze bepaling houdt twee verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, 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).

Artikel 9ter, § 1, laatste lid van de vreemdelingenwet bepaalt verder:

“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 bestreden beslissing stelt dat de medische elementen die werden aangehaald in hoofde van verzoeker niet worden weerhouden, waarbij uitdrukkelijk wordt verwezen naar het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer van 30 juni 2020, dat in gesloten omslag werd gevoegd bij deze beslissing.

Dit medisch advies, dat aan de bestreden beslissing ten grondslag ligt, luidt als volgt:

*“NAAM : M., K. F. (R.R.: ...) Mannelijk nationaliteit: Togo
geboren te Porto-Seguro op (...)1972 adres: (...)”*

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. M. K. F. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 12.06.2020.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

28.04.2020 Advies Dr. PA: Toujeo op 36 E blijven, behalve bij hypoglycémie => glurenorm verminderen afhankelijk van tijdstip en indien hypo 's nachts dan zeker Toujeo verminderen.

16.03.2020

- SMG van Dr. KB: arteriële hypertensie, dyslipidémie, diabetes mellitus type 2 sinds 22/01/2020 behoefte aan insuline (HbA1c 7,9%), depressie, chronische nierinsufficiëntie (eGFR 28 op 22/01/2020)
- Medicatieschema: Alprazolam, Atorvastatin, Efexor, Glurenorm, Moxonidine, Nebivolol, Pantoprazol, Sevkar, Toujeo, Zyloric en Paracetamol bij pijn; voedingssupplement: D-Cure.

02 - 06.2020 Diabetes verpleegplan van het Wit-Gele Kruis

28.01.2020 Consultatieverslag van Dr. PA: medicatie werd aangepast van Galvus en Forxiga naar Glurenorm en Trajenta voor diabetes mellitus type 2 (sinds 2015) met slecht controleerbare glycemieën, congenitale hepatorenale polycystose, arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, reflux en chronische nierinsufficiëntie

- medicatie: Alprazolam, Atorvastatin, Efexor, Glurenorm, Trajenta, Moxonidine, Nebivolol, Pantoprazol, Paracetamol, Sevkar en Zyloric

- 98kg voor 172cm

- bloeddruk: 169/71 mmHg

- slaapt veel

- labo 13/11/2019: HbA1c 9,4%, eGFR 24 ml/min/1,73m², creatinine 2,81 mg/dl

- labo 28/08/2019: HbA1c 9,5%

- labo 24/06/2019: HbA1c 8,4%

=> opnieuw aanpassing medicatie: Trajenta stop en start Toujeo

22.01.2020 Laboresultaten: creatinine 2,47mg/dl, eGFR 28ml/min/1,73m², ureum 65,8mg/dl, discrete hyperkaliëmie, lipiden perfect normaal, levertesten normaal, HbA1c 7,9%, nuchtere glycemie 125mg/dl, schildkliertesten normaal.

25.04.2019 Consultatieverslag van Dr. JS: sinds 04/2017 progressieve nierinsufficiëntie (APKD, diabetes, hypertensie), abdominale obesitas (101 kg), bloeddruk: 150/90mmHg, labo: creatinine 2.05, HbA1c 7.4%, hypovitaminose D, microalbuminurie 16mg/g creat.

- focus op gewichtscontrole en meer beweging

- bij oplopende glycemieën: stop Uni Damicron en start bv. Glurenorm

Bespreking

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 47-jarige man die lijdt aan:

1) Congenitale hepatorenale polycystose of autosomaal dominante polycystische nierziekte (ADPKD). Dit is een erfelijke aandoening waarbij er met vocht gevulde blaasjes (cysten) in de nieren (en lever) ontstaan, waardoor op termijn de werking van de nieren vermindert.

2) Obesitas: vooral abdominale vetopstapeling, betrokkene is 1m72 lang en weegt 98kg = BMI: 33, met als gevolg zure reflux, snurken, hypercholesterolemie/hyperlipidemie/dyslipidemie en hyperglycemie (diabetes mellitus type 2): verdere gewichtsreductie (diabetesdieet, zout- en vetarm dieet) en dagelijkse matige lichaamsbeweging (30min/dag stappen, liefst in de buitenlucht) is de beste medicijn en kan ervoor zorgen dat de polytherapie voor al de kwalen van Mr. M. afgebouwd en vereenvoudigd kan worden.

3) Arteriële hypertensie (hoge bloeddruk), kan een gevolg van de ADPKD zijn.

4) Diabetes mellitus type 2 (niet-insuline afhankelijke suikerziekte) met slecht gecontroleerde bloedsuikerveelden (glycemieën), zodat de bloedsuiker verlagende medicatie sinds eind januari aangevuld moet worden met insuline.

5) Chronische nierinsufficiëntie ten gevolge van de ADPKD, de arteriële hypertensie en de onregelde diabetes met een eGFR tussen de 24 en de 28ml/min/1,73m² en eiwitverlies in de urine (microalbuminurie)

6) Jicht met een ureumgehalte in het bloed van 65,8mg/dl (hoog normaal = 47)

7) Hypovitaminose D: vitamine D bevindt zich in onze voeding en wordt door onze huid aangemaakt onder invloed van zonlicht. Voor een licht gepigmenteerde persoon, die op de breedtegraad van België verblijft, is 10min blootstelling/dag voldoende, voor een sterk gepigmenteerde persoon is hier een

minimale blootstelling van 30min/dag vereist. Tijdens de wintermaanden heeft bijna iedereen die in België verblijft een tekort aan vitamine D, zeker de personen met een meer gepigmenteerde huid, die, zoals Mr. M. weinig buiten komen (slaapt veel overdag).

8) Depressie: deze diagnose wordt in het voorgelegde medische dossier niet gestaafd noch psychiatrisch opgevolgd. De medicamenteuze behandeling is niet gewijzigd sinds de aanvraag 9ter d.d. 03/05/2016. Depressieve gevoelens zijn tegelijk oorzaak en gevolg van te weinig bewegen (wandelen) in de buitenlucht, een ongestructureerd verloop van de dag en weinig tot geen sociale contacten.

Nogmaals, zich houden aan een aangepast dieet en dagelijkse lichaamsbeweging (liefst in de open lucht), levenshygiënische maatregelen onder controle van Mr. M. zelf, zou een groot deel van zijn kwalen verminderen tot oplossen (obesitas, hyperglycemie, hypercholesterolemie, hypertensie, jicht, depressie, zure reflux, snurken) en dus ook de nood aan zo veel medicatie. Of Mr. M. de meeste medicatie al dan niet levenslang nodig heeft, ligt dus voor een groot deel in zijn eigen handen.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Moxonidine (Moxonidine), een bloeddruk verlagend middel (centraal werkend)
- Nebivolol (Nebivolol), een bloeddruk verlagend middel (bèta-blokker)
- Olmesartan+amlodipine+hydrochloorthiazide (Sevikar/HCT), een combinatie van bloeddruk verlagende middelen (sartaan+calciumantagonist+diureticum)
- Gliquidon (Glurenorm), een bloedsuiker verlagend middel
- Insuline glargine (Toujeo), een langwerkend insuline-analoog
- Atorvastatine (Atorvastatin), een cholesterol verlagend middel
- Allopurinol (Zyloric), een urinezuur verlagend middel (tegen jicht)
- Pantoprazol (Pantoprazol), een maagzuursecretieremmer (tegen zure reflux, brandend maagzuur)
- Venlafaxine (Efexor), een antidepressivum
- Alprazolam (alprazolam), een slaap-/kalmeer-/angst remmend middel
- Paracetamol (Paracetamol), een banale pijnstiller
- C(h)olecalciferol (D-Cure) is vitamine D

De glycemie van Mr. M. moet blijkbaar nog 1x/dag gecontroleerd worden door een verpleegkundige/huisarts voor het eventueel bijstellen van de insuline, hoewel die in mei en juni constant op 34 E(enheden) is gebleven.

1 x/week worden zijn voeten gecontroleerd op wondjes.

Maandelijks controle bij een huisarts/generalist is aangewezen.

Om de 4 maanden is controle bij een internist' (endocrinoloog, nefroloog) vereist met een bloedonderzoek.

Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische tegenindicatie om te reizen noch een medische indicatie voor werkonbekwaamheid.

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):

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

Aanvraag Medcoi van 04/02/2020 met het unieke referentienummer BMA 13243

Aanvraag Medcoi van 20/03/2019 met het unieke referentienummer BMA 12152

Aanvraag Medcoi van 21/10/2019 met het unieke referentienummer BMA 12889

En een overzicht met de beschikbare medicatie in Togo voor Mr. M. volgens recente MedCOI-dossiers.

- Diabetes Care West Africa: lokale dorpsinitiatieven voor dagelijkse controleraadplegingen door en advies van diabetes-educatoren (verslag van 14/03/2020)

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist (endocrinoloog, nefroloog) met de nodige bloedonderzoeken (glycemie, HbA1c en nierfunctie) en bij hulpverleners gespecialiseerd in diabetes beschikbaar is in Togo.

Glycemiemeters en teststrips om zelf thuis dagelijks het bloedsuikergehalte (glycemie) te bepalen zijn beschikbaar.

Nierdialyse is beschikbaar in Togo, mocht Mr. M. in de toekomst nood aan nierfunctievervangende therapie ontwikkelen.

Thuisverpleging is er niet georganiseerd zoals in België. Mr. M. zal zich naar de lokale gezondheidspost of een ziekenhuis moeten verplaatsen voor zijn dagelijkse verpleegkundige controles. Dit zal alleszins zijn dagelijkse lichaamsbeweging ten goede komen.

Moxonidine, amlodipine, hydrochloorthiazide, atorvastatine, insuline glargine, allopurinol, pantoprazol, paracetamol, venlafaxine, alprazolam en cholecalciferol zijn beschikbaar in Togo.

Olmesartan is niet beschikbaar in Togo. Het kan vervangen worden door één van zijn analogen, nl. de sartanen losartan, valsartan of candesartan, die wel beschikbaar zijn.

Vaste associaties van antihypertensiva, bv. olmesartan+amlodipine+hydrochloorthiazide, laten geen individuele dosisaanpassing van de verschillende actieve bestanddelen toe, wat toch niet onbelangrijk is, gezien de moeilijk controleerbare bloeddrukken van betrokkene onder zijn huidige 5-voudige therapie. Zij bevorderen vermoedelijk enkel de therapietrouw door gebruiksgemak. Bij intolerantie is het vaak onduidelijk welke component de oorzaak is. Ze zijn meestal duurder dan de twee of drie componenten apart.

Vermits er een sartaan (losartan, valsartan of candesartan) beschikbaar is in Togo, dat olmesartan kan vervangen, evenals amlodipine en hydrochloorthiazide, kan betrokkene deze medicatie in 3 pilletjes innemen in plaats van in 1, indien er geen combinatiepreparaten op de markt zouden zijn in Togo.

De beschikbaarheid van nebivolol⁵ werd via MedCOL niet meer nagegaan, vermits die vervangen kan worden door één van zijn analogen die wel beschikbaar zijn in Togo, nl.: propranolol, bisoprolol of atenolol.

Gliquidon is niet beschikbaar in Togo. Het kan vervangen worden door één van zijn analogen die wel beschikbaar zijn in Togo, nl.= glibenclamide, gliclazide of glimepiride.

Wat de behandeling betreft die toegepast wordt in het herkomstland moet opgemerkt worden dat deze onder de verantwoordelijkheid valt van de plaatselijke specialisten, die uiteraard de beste middelen uit het arsenaal waarover zij beschikken zullen inzetten. De mogelijkheden verschillen uiteraard volgens de goedkeuring en terugbetaling in het land van herkomst door het ministerie van volksgezondheid, dat in fine verantwoordelijk is voor de waarde en de kost van de gezondheidszorg en een respectvol en zorgvuldig omspringen ermee. Maar weinig landen werken met een diabetesconventie en/of diabetestrajecten.

Volgens de jurisprudentie van het Europees Hof van de Rechten van de Mens, die in deze materie doorslaggevend is, is het voldoende dat de betrokkene in zijn land van herkomst medische verzorging kan bekomen en wordt er niet vereist dat deze ginds van hetzelfde niveau zou zijn als in België. Dat er wel degelijk behandelingen en opvolgingsmogelijkheden zijn in het land van herkomst wordt aangetoond door bovenstaande beschikbaarheidsstudie.

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.

In Togo wordt gezondheidszorg zowel door de overheid als door private instellingen georganiseerd. De private sector situeert zich voornamelijk in Lomé en enkele verstedelijkte gebieden. Togo is op het gebied van gezondheidszorg ingedeeld in 6 regio's. Het publieke luik van de gezondheidszorg is op 3 niveaus georiënteerd. Op het primaire niveau zijn er de Agents de Sbaté Communautaire, de Unités de Soins Périphérique en de Hôpitaux de district. Op het secundaire niveau zijn er 6 Centres Hospitalier Régional en het tertiaire niveau bestaat uit 3 Centres Hospitaliers Universitaires en gespecialiseerde instellingen (zoals rond psychiatrie, bloedtransfusies,...).

Omdat de infrastructuur van de openbare gezondheidsinstellingen soms verouderd is, probeert het Ministerie van Gezondheid een nieuwe aanpak waarbij ze uitgaan van een partnerschap tussen prive- en overheidsinitiatieven. Zo wordt er een experimentele fase gestart onder het universitair ziekenhuis Sylvanus Olympio in Lomé, het regionaal ziekenhuis van Atakpamé en het ziekenhuis in Blitta.

Uit de asielaanvraag blijkt dat Mr. M. voor zijn vertrek uit het herkomstland in de hoofdstad Lomé woonde.

Alle gezondheidsinstellingen zijn dus bereikbaar voor betrokkene.

Sociale zekerheid is zeer beperkt in Togo en beslaat 3 domeinen: familiale voordelen, pensioen en arbeidsongevallen. Ziekte en werkloosheid zijn uitgesloten. Voor werknemers is een verzekering verplicht en wordt verzorgd en geregeld via het Nationaal instituut voor ziekteverzekering (INAM). Chronische zieken kunnen een certificaat aanvragen (TPC) dat een garantie geeft op de voorziening van medicatie voor 3 maanden. Een beperkt deel van de medicatie wordt aan de chronisch zieken bedeed door het INAM. Voor bepaalde behandelingen heeft de patiënt een voorafgaand akkoord nodig van het INAM. Het instituut werkt via derde betalende en dekt tussen de 80 en 100% van de kosten. Slechts een beperkt deel van de bevolking kan aanspraak maken op deze verzekering, vermits maar een beperkt gedeelte aangesloten is (4.7% = 300.000)

Er bestaat ook een verzekering op vrijwillige basis waarbij 1.6% van de bevolking is aangesloten, namelijk de Mutual Health Insurance. Georganiseerd en geregeld door het "Centre National de Concertation de la Mutualité" (CNCMUT). Voor kwetsbare personen (wezen, weduwen, gehandicapten,...) bestaat er de "Cooperative d'assurance santé pour le secteur informel et vulnérable" (COOPASIV-Togo). De patiënt dient hiervoor wel een bijdrage te betalen.

Er bestaat eveneens een programma van de staat dat kosten voor gezondheidszorg dekt voor arme en noodlijdende personen in de publieke centra. Daarnaast zijn verschillende NGO's werkzaam in Togo ter ondersteuning van de gezondheidszorg.

Mr. M. 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. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Hierdoor kan hij genieten van een ziekteverzekering als werknemer.

Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand 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 congenitale hepatorenale polycystose (ADPKD) bij Mr. M., de obesitas met zure reflux, snurken, hyperlipidemie, diabetes mellitus type 2, arteriële hypertensie, chronische nierinsufficiëntie, jicht, hypovitaminose D en depressie(ve gevoelens) geen reëel risico inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit noch een reëel risico vormen op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland of het land van terugname, nl. Togo.

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

De arts-adviseur bevestigt dat verzoeker lijdt aan congenitale hepatorenale polycystose, obesitas, arteriële hypertensie, diabetes mellitus type 2, chronische nierinsufficiëntie, jicht, hypovitaminose D en

depressie. De ambtenaar-geneesheer ontkent niet dat er sprake is van een medische situatie die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit als deze niet adequaat behandeld wordt, maar concludeert na onderzoek van de behandelingsmogelijkheden dat er voor de verzoeker geen reëel risico is op een onmenselijke en vernederende behandeling gezien de noodzakelijke behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Togo. De verzoeker is het hier niet mee eens.

In het eerste onderdeel van het middel betwist verzoeker de financiële toegankelijkheid van de medische zorgen in Togo.

De Raad dient echter op te merken dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies een onderzoek voerde naar de financiële toegankelijkheid van de nodige medische zorgen, waarbij vooreerst het algemeen systeem van gezondheidszorg, sociale zekerheid, verzekeringen en staatsprogramma's wordt uiteengezet en waarbij wordt ingegaan op de aanwezigheid van verschillende NGO's en de IOM dat onder meer bijstand verleent bij de re-integratie, in het bijzonder bij het vinden van inkomensgenererende activiteiten, waarna specifiek met betrekking tot de concrete situatie van de verzoeker het volgende werd geconcludeerd:

“Mr. M. 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. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Hierdoor kan hij genieten van een ziekteverzekering als werknemer.”

Verzoeker stelt dat zelfs indien hij aanspraak zou kunnen maken op een ziekteverzekering als werknemer, dan nog betekent dit volgens hem niet dat hij zal kunnen voorzien in zijn noden als chronisch zieke, gezien de serieuze beperkingen tot zorg en medicatie voor chronisch zieken.

Waar verzoeker stelt dat er “serieuze beperkingen tot zorg en medicatie voor chronisch zieken” zijn, zonder dit in concreto aan te tonen, wijst de Raad erop dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies eveneens het volgende stelde:

“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.”

Verzoeker maakt zoals gesteld niet concreet aannemelijk dat het voor hem onmogelijk, laat staan heel moeilijk zou zijn toegang te krijgen tot de noodzakelijke zorgen, in weerwil van het advies van de ambtenaar-geneesheer.

Verzoeker betoogt verder dat de arts-adviseur veronderstelt dat verzoeker meteen toegang zal hebben tot de arbeidsmarkt waardoor hij dan ook zal kunnen voorzien in zijn ziektenoden vanwege een ziekteverzekering. De toegang tot de arbeidsmarkt is evenwel verre van evident. Op geen enkele manier wordt gegarandeerd dat zijn behandeling niet zal worden onderbroken.

Waar de verzoeker de ambtenaar-geneesheer verwijt zich op veronderstellingen te baseren omtrent de mogelijkheid tot werken van de verzoeker in Togo, herhaalt de Raad dat in het advies op dit punt het volgende wordt gesteld:

“Mr. M. 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. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Hierdoor kan hij genieten van een ziekteverzekering als werknemer.” En “Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand 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.”

Bovendien stelt de arts-adviseur het volgende:

“Sociale zekerheid is zeer beperkt in Togo en beslaat 3 domeinen: familiale voordelen, pensioen en arbeidsongevallen. Ziekte en werkloosheid zijn uitgesloten. Voor werknemers is een verzekering verplicht en wordt verzorgd en geregeld via het Nationaal instituut voor ziekteverzekering (INAM). Chronische zieken kunnen een certificaat aanvragen (TPC) dat een garantie geeft op de voorziening van medicatie voor 3 maanden. Een beperkt deel van de medicatie wordt aan de chronisch zieken bedeed door het INAM. Voor bepaalde behandelingen heeft de patiënt een voorafgaand akkoord nodig van het INAM. Het instituut werkt via derde betalende en dekt tussen de 80 en 100% van de kosten. Slechts een beperkt deel van de bevolking kan aanspraak maken op deze verzekering, vermits maar een beperkt gedeelte aangesloten is (4.7% = 300.000)

Er bestaat ook een verzekering op vrijwillige basis waarbij 1.6% van de bevolking is aangesloten, namelijk de Mutual Health Insurance. Georganiseerd en geregeld door het "Centre National de Concertation de la Mutualité" (CNCMUT). Voor kwetsbare personen (wezen, weduwen, gehandicapten,...) bestaat er de "Cooperative d'assurance santé pour le secteur informel et vulnérable" (COOPASIV-Togo). De patiënt dient hiervoor wel een bijdrage te betalen.

Er bestaat eveneens een programma van de staat dat kosten voor gezondheidszorg dekt voor arme en noodlijdende personen in de publieke centra. Daarnaast zijn verschillende NGO's werkzaam in Togo ter ondersteuning van de gezondheidszorg.”

Als de verzoeker het met deze motivering niet eens is, komt het hem toe aan te tonen dat de ambtenaar-geneesheer fout is. De verzoeker toont echter het tegendeel niet aan. Door zelf louter veronderstellingen te uiten zonder concreet te duiden dat het voor hem moeilijk of onmogelijk is om te werken in Togo of er beroep te doen op een verzekering of NGO weerlegt hij geenszins de motivering van de ambtenaar-geneesheer.

Bovendien vereist artikel 9ter van de vreemdelingenwet niet dat het bestuur moet garanderen dat de vereiste medische behandeling en/of medicatie in het land van herkomst even (gemakkelijk) en/of gratis toegankelijk zijn als in België. De vaststelling dat de medische behandeling en medicatie toegankelijk zijn, volstaat. Het bestuur is ook niet gehouden om voor verschillende hypothesen een specifieke en individuele kostenraming op te maken.

Verzoeker betoogt verder dat er wordt verwezen naar het 'Chronic Disease's Treatment Certificate' en dat chronisch zieken een certificaat kunnen aanvragen dat een garantie geeft op de voorziening van medicatie voor drie maanden. Evenwel dienen zelfs verzekerde chronisch zieke mensen de medicatie zelf te betalen. Waar de arts-adviseur verwijst naar de vrijwillige verzekering CNCMUT laat hij na mee te geven dat de terugbetaling van zorgen gedurende 2-3 maanden niet mogelijk is. Verzoeker stelt dat de verwijzing naar de COOPASIVA verzekering bovendien niet relevant is aangezien chronisch ziekten niet inbegrepen zijn in deze verzekering. Met betrekking tot de verwijzing naar de NGO's vindt verzoeker het op zijn minst frappant dat deze NGO's niet geconcretiseerd worden op de situatie en aandoeningen van verzoeker.

Aangaande de kritiek op de vergoeding van de medische kosten, dient opgemerkt te worden dat de ambtenaar-geneesheer vooreerst toegeeft dat de *“Sociale zekerheid is zeer beperkt in Togo en beslaat 3 domeinen: familiale voordelen, pensioen en arbeidsongevallen. Ziekte en werkloosheid zijn uitgesloten.”* Hij vervolgt dat er voor kwetsbare personen een coöperatieve verzekering bestaat, die afhankelijk is van een bijdrage te betalen door de patiënt en dat er verschillende NGO's werkzaam zijn

ter ondersteuning van de gezondheidszorg. Daarnaast gaat verzoeker eraan voorbij dat werd vastgesteld dat hij geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid heeft voorgelegd en dat wordt geoordeeld dat er geen elementen in het dossier zijn die erop wijzen dat verzoeker geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van herkomst. Verzoeker kan ook beroep doen op de IOM om zich te laten bijstaan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Verzoeker toont ook niet aan dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. De Raad herhaalt dat uit artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet niet volgt dat het bestuur moet garanderen dat de vereiste medische behandeling en/of medicatie in het land van herkomst even (gemakkelijk) en/of gratis toegankelijk zijn als in België. De vaststelling dat de medische behandeling en medicatie toegankelijk zijn, volstaat. Het bestuur is ook niet gehouden om voor verschillende hypothesen een specifieke en individuele kostenraming op te maken.

In het tweede onderdeel van het middel wijst verzoeker op problematische situatie van de algemene beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige zorgen in Togo. Verzoeker wijst erop dat bijna de helft van de gezondheidsinstanties te kampen heeft met onderbrekingen in stock van essentiële medicatie.

In het medische advies wordt omtrent dit punt het volgende gesteld:

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

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

Aanvraag Medcoi van 04/02/2020 met het unieke referentienummer BMA 13243

Aanvraag Medcoi van 20/03/2019 met het unieke referentienummer BMA 12152

Aanvraag Medcoi van 21/10/2019 met het unieke referentienummer BMA 12889

En een overzicht met de beschikbare medicatie in Togo voor Mr. M. volgens recente MedCOI-dossiers.

- Diabetes Care West Africa: lokale dorpsinitiatieven voor dagelijkse controleraadplegingen door en advies van diabetes-educatoren (verslag van 14/03/2020)

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist (endocrinoloog, nefroloog) met de nodige bloedonderzoeken (glycemie, HbA1c en nierfunctie) en bij hulpverleners gespecialiseerd in diabetes beschikbaar is in Togo.

Glycemiemeters en teststrips om zelf thuis dagelijks het bloedsuikergehalte (glycemie) te bepalen zijn beschikbaar.

Nierdialyse is beschikbaar in Togo, mocht Mr. M. in de toekomst nood aan nierfunctievervangende therapie ontwikkelen.

Thuisverpleging is er niet georganiseerd zoals in België. Mr. M. zal zich naar de lokale gezondheidspost of een ziekenhuis moeten verplaatsen voor zijn dagelijkse verpleegkundige controles. Dit zal alleszins zijn dagelijkse lichaamsbeweging ten goede komen.

Moxonidine, amlodipine, hydrochloorthiazide, atorvastatine, insuline glargine, allopurinol, pantoprazol, paracetamol, venlafaxine, alprazolam en cholecalciferol zijn beschikbaar in Togo.

Olmesartan is niet beschikbaar in Togo. Het kan vervangen worden door één van zijn analogen, nl. de sartanen losartan, valsartan of candesartan, die wel beschikbaar zijn.

Vaste associaties van antihypertensiva, bv. olmesartan+amlodipine+hydrochloorthiazide, laten geen individuele dosisaanpassing van de verschillende actieve bestanddelen toe, wat toch niet onbelangrijk is, gezien de moeilijk controleerbare bloeddrukken van betrokkene onder zijn huidige 5-voudige therapie. Zij bevorderen vermoedelijk enkel de therapietrouw door gebruiksgemak. Bij intolerantie is het vaak onduidelijk welke component de oorzaak is. Ze zijn meestal duurder dan de twee of drie componenten apart.

Vermits er een sartaan (losartan, valsartan of candesartan) beschikbaar is in Togo, dat olmesartan kan vervangen, evenals amlodipine en hydrochloorthiazide, kan betrokkene deze medicatie in 3 pilletjes innemen in plaats van in 1, indien er geen combinatiepreparaten op de markt zouden zijn in Togo.

De beschikbaarheid van nebivolol⁵ werd via MedCOI niet meer nagegaan, vermits die vervangen kan worden door één van zijn analogen die wel beschikbaar zijn in Togo, nl.: propranolol, bisoprolol of atenolol.

Gliquidon is niet beschikbaar in Togo. Het kan vervangen worden door één van zijn analogen die wel beschikbaar zijn in Togo, nl.: glibenclamide, gliclazide of glimepiride.

Wat de behandeling betreft die toegepast wordt in het herkomstland moet opgemerkt worden dat deze onder de verantwoordelijkheid valt van de plaatselijke specialisten, die uiteraard de beste middelen uit het arsenaal waarover zij beschikken zullen inzetten. De mogelijkheden verschillen uiteraard volgens de goedkeuring en terugbetaling in het land van herkomst door het ministerie van volksgezondheid, dat in fine verantwoordelijk is voor de waarde en de kost van de gezondheidszorg en een respectvol en zorgvuldig omspringen ermee. Maar weinig landen werken met een diabetesconventie en/of diabetestrajecten.

Volgens de jurisprudentie van het Europees Hof van de Rechten van de Mens, die in deze materie doorslaggevend is, is het voldoende dat de betrokkene in zijn land van herkomst medische verzorging kan bekomen en wordt er niet vereist dat deze ginds van hetzelfde niveau zou zijn als in België. Dat er wel degelijk behandelingen en opvolgingsmogelijkheden zijn in het land van herkomst wordt aangetoond door bovenstaande beschikbaarheidsstudie.”

In het medisch advies kan aldus worden gelezen dat de medicatie die niet beschikbaar is in Togo kan vervangen worden door één van zijn analogen die wel beschikbaar zijn in Togo.

Waar verzoeker lijkt te stellen dat de continuïteit van zijn behandeling niet is onderzocht door de ambtenaar-geneesheer, berust zijn kritiek op een verkeerde lezing van het medisch advies en de bestreden beslissing. Hieruit blijkt allerminst dat de verzoeker een onderbreking van zijn behandeling hoeft te vrezen. De arts-adviseur verwijst naar MedCOI-documenten waaruit blijkt dat de informatie handelt over de beschikbaarheid van de behandeling. De arts-adviseur beperkt zijn onderzoek ook niet tot de beschikbaarheid van de behandeling maar maakt eveneens een analyse van de toegankelijkheid van de behandeling in Togo. Op deze vraag kan een positief antwoord worden gegeven. Zoals reeds eerder gesteld, laat de verzoeker na de conclusies omtrent de toegankelijkheid van de behandeling te weerleggen. Verzoeker laat na aan te tonen dat de insuline medicatie waarvan hij afhankelijk is niet steeds beschikbaar of toegankelijk is. Het louter verwijzen naar algemene informatie, zonder *in concreto* in te gaan op de medicatie die hij behoeft en de specifieke opvolging, is niet voldoende om de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer te weerleggen. De verwijzing naar rechtspraak van de Raad volstaat evenmin.

Waar verzoeker in het derde onderdeel van het middel stelt dat de arts-adviseur van een verkeerd ziektebeeld uitgaat, namelijk dat hij niet insulineafhankelijk is gaat hij voorbij aan de vermelding in het medisch advies dat *“de bloedsuiker verdragende medicatie sinds eind januari aangevuld moet worden met insuline”*. In het medisch advies kan aldus, in weerwil van verzoekers betoog, niet worden gelezen dat de arts-adviseur geen rekening heeft gehouden met zijn insulineafhankelijkheid sinds eind januari. Verzoeker betoogt tevens dat de arts-adviseur afbreuk doet aan de medische vaststelling dat hij depressief is. Er wordt geen rekening gehouden met het feit dat in Togo de geestelijke gezondheidszorg quasi onbestaande is.

In het medisch advies stelt de arts-adviseur het volgende:

“Depressie: deze diagnose wordt in het voorgelegde medische dossier niet gestaafd noch psychiatrisch opgevolgd. De medicamenteuze behandeling is niet gewijzigd sinds de aanvraag 9ter d.d. 03/05/2016. Depressieve gevoelens zijn tegelijk oorzaak en gevolg van te weinig bewegen (wandelen) in de buitenlucht, een ongestructureerd verloop van de dag en weinig tot geen sociale contacten.

Nogmaals, zich houden aan een aangepast dieet en dagelijkse lichaamsbeweging (liefst in de open lucht), levenshygiënische maatregelen onder controle van Mr. M. zelf, zou een groot deel van zijn kwalen verminderen tot oplossen (obesitas, hyperglycemie, hypercholesterolemie, hypertensie, jicht, depressie, zure reflux, snurken) en dus ook de nood aan zo veel medicatie. Of Mr. M. de meeste medicatie al dan niet levenslang nodig heeft, ligt dus voor een groot deel in zijn eigen handen.

*Als actuele medicatie weerhoud ik:
(...)*

- Venlafaxine (Efexor), een antidepressivum
(...)"

Rekening houdend met het gebrek aan stavingstukken m.b.t. diagnose, dat hij psychiatrisch niet wordt opgevolgd en dat de medicamenteuze behandeling niet is gewijzigd sinds 3 mei 2016, is het niet kennelijk onredelijk van de arts-adviseur om enkel de medicamenteuze behandeling te onderzoeken in Togo. De beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medicatie is de arts-adviseur nagegaan en hij oordeelt dat dit effectief beschikbaar en toegankelijk is.

Het loutere feit dat verzoeker het niet eens is met de beoordeling door de arts-adviseur, toont niet aan dat de bestreden beslissing op kennelijk onredelijke of op onzorgvuldige wijze zou zijn genomen. Verzoeker geeft in wezen blijk van een andere feitelijke beoordeling van de ernst van de medische aandoening dan de beoordeling die door de ambtenaar-geneesheer werd gemaakt. Het onderzoek van deze andere medische beoordeling nodigt de Raad echter uit tot een opportuiniteitsonderzoek hetgeen niet tot zijn bevoegdheid behoort, enerzijds, alsook tot een medische appreciatie die enkel toekomt aan de ambtenaar-geneesheer, anderzijds. Het komt de Raad enkel toe de wettigheid van de bestreden beslissing te beoordelen aan de hand van de aangevoerde middelen en na te gaan of het bestuur in deze niet onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft gehandeld.

In het vierde onderdeel van het middel wijst verzoeker op de globale pandemie die is uitgebroken. Verzoeker stelt dat de gezondheidszorg in Togo niet in staat is om de nodige zorg te verlenen aan mensen die besmet geraken met het virus. Verzoeker heeft door zijn medische toestand een verhoogd risico op infectie en overlijden door Covid-19. Mocht hij het virus oplopen dan zal hij in Togo niet de nodige verzorging kunnen krijgen.

Verzoeker voert de schending van artikel 3 van het EVRM aan. Artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet biedt een ruimere bescherming dan artikel 3 van het EVRM, zoals geïnterpreteerd door het EHRM. Om na te gaan of de betrokkene aan de voorwaarden van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet voldoet, kan het onderzoek niet worden beperkt tot de vraag of verzoeker aan de strenge voorwaarden voor de toepassing van artikel 3 van het EVRM voldoet (RvS 9 september 2015, nr. 232.141). Verzoeker maakt niet aannemelijk dat in zijn concreet geval de beschikbaarheid van en de toegang tot de noodzakelijke zorgen verhinderd zouden kunnen worden wegens het coronavirus. Evenmin maakt hij aannemelijk dat Togo in een crisissituatie zit vanwege de pandemie of de nodige zorgen niet meer kan bolwerken. Aangezien verzoekers betoog beperkt is tot een hypothese dient de arts-adviseur ook niet in te gaan op verzoekers grieven in de aanvraag. Hij brengt geen concrete aanwijzingen naar voor dat hij geen toegang zal hebben tot de noodzakelijke medische zorgen in Togo vanwege de pandemie. Het risico op besmetting is vooralsnog louter hypothetisch en het is eigen aan een pandemie dat er wereldwijd een risico is op een besmetting. De verzoeker toont niet aan dat er in zijn land van herkomst een aanzienlijk groter risico is op een besmetting dan dat dit in België het geval is. Er blijkt geenszins dat Togo de gezondheidscrisis niet de baas kan.

Verzoeker maakt niet aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer met bepaalde informatie geen rekening heeft gehouden, noch dat hij de feiten niet correct heeft beoordeeld of dat hij op kennelijke onredelijke wijze tot het medisch advies is gekomen. Verzoeker maakt een schending van de materiële motiveringsplicht niet aannemelijk. Hij toont ook niet aan dat de bestreden beslissing werd genomen met miskenning van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet.

Wat het redelijkheidsbeginsel betreft, wijst de Raad verzoeker erop dat het redelijkheidsbeginsel de Raad niet toelaat het oordeel van het bestuur over te doen, maar enkel dat oordeel onwettig te bevinden wanneer het tegen alle redelijkheid ingaat doordat de door het bestuur geponeerde verhouding tussen de motieven en het dispositief volkomen ontbreekt (RvS 20 september 1999, nr. 82.301). De keuze die een bestuur in de uitoefening van een discretionaire bevoegdheid maakt, schendt immers slechts het redelijkheidsbeginsel wanneer men zich op zicht van de opgegeven motieven tevergeefs afvraagt hoe het bestuur tot het maken van die keuze is kunnen komen. Met andere woorden, om het redelijkheidsbeginsel geschonden te kunnen noemen, moet men voor een beslissing staan waarvan men ook na lectuur ervan ternauwernood kan geloven dat ze werkelijk is genomen, wat *in casu* niet het geval is. Uit de voormelde bespreking blijkt dat de verweerder op grond van het medisch advies van 30 juni 2020 in alle redelijkheid tot de bestreden beslissing kon komen.

Wat de rechtspraak van de Raad betreft waarnaar verzoeker verwijst, kan worden opgemerkt dat deze arresten in de continentale rechtstraditie geen precedentenwerking kennen.

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

Uit de gegevens van het dossier en uit wat voorafgaat blijkt dat de gemachtigde op basis van een correcte feitenvinding tot zijn conclusie is gekomen. De verzoeker toont niet aan met welke, aan de verwerende partij kenbaar gemaakte, elementen ten onrechte geen rekening werd gehouden.

Daar waar de noodzakelijke medische behandeling en opvolging in het land van herkomst beschikbaar en toegankelijk zijn voor verzoeker kan er evenmin sprake zijn van een schending van artikel 3 van het EVRM.

Het enige middel is ongegrond.

3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

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

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

N. MOONEN