Raad voor Vreemdelingenbetwistingen

Arrest

nr. 248 651 van 3 februari 2021
in de zaak RvV X/ IX

In zake: **X**

Gekozen woonplaats: **ten kantore van advocaat P. DE WOLF**
Louizalaan 54/3de verd.
1050 BRUSSEL

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 Indiase nationaliteit te zijn, op 6 januari 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 25 oktober 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 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 27 november 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 23 december 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat O. TODTS, die *loco* advocaat P. DE WOLF verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat C. VANBEYLEN, die *loco* advocaten C. DECORDIER en T. BRICOUT verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 16 januari 2019 dient verzoeker een vijfde asielaanvraag in. Op 29 maart 2019 verklaart de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (hierna de CGVS) de aanvraag ontvankelijk. Op 28 november 2019 neemt de CGVS de beslissing waarbij het verzoek om internationale bescherming kennelijk ongegrond wordt verklaard. Verzoeker dient tegen voormelde beslissing hoger

beroep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna de Raad) die bij arrest nr. 235 689 van 29 april 2020 het beroep verwerpt.

Op 21 juni 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 25 oktober 2019 neemt de gemachtigde van de minister de beslissing waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met toepassing van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard, aan verzoeker ter kennis gebracht op 6 december 2019. Dit is de bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

"Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 21.06.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :
S., B. (R.R.: …) nationaliteit: India
geboren te Balachaur 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 worden medische elementen aangehaald voor S., B.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 02.08.2019 (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, India.
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. Onderzoek van het beroep

2.1 In het enige middel voert verzoeker de schending aan van het algemeen beginsel van behoorlijk bestuur, met name het zorgvuldigheidsbeginsel, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van de artikelen 9*ter* en 62 van de vreemdelingenwet en een kennelijke beoordelingsfout.

Ter adstruering van het middel zet verzoeker het volgende uiteen:

"De verwerende partij motiveert haar beslissing door te verwijzen naar het medische getuigschrift van 2.08.2019 gevoegd bij de beslissing (medisch getuigschrift dat, beschouwd zijnde als integraal deel uitmakend van de bestreden beslissing, eveneens bestreden wordt);
De verwerende partij motiveert het gebrek aan gegrondheid van het verzoek op basis van de beschikbaarheid van een behandeling van de medische problematiek van verzoeker, hetgeen impliceert dat er geen gevaar bestaat voor zijn leven of zijn fysieke integriteit, wat in de ogen van tegenpartij betekent dat er geen gevaar bestaat voor een onmenselijke en vernederende behandeling.
Eerste onderdeel: het bestaan en de ernst van de ziekte, alsook de medische behandeling Overwegende dat artikel 9ter §1° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen melding maakt van een « vreemdeling 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 » ;
Dat het toepassingsgebied van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 niet alleen de gevallen viseert waar een gevaar bestaat voor een onmenselijke of vernederende behandeling;
Dat Uw Zetel op 27 november 2012 (n° 92.258, 92.260, 92.309) meerdere arresten heeft geveld die meer bepaald bevestigen dat: « le Législateur a prévu diverses hypothèses spécifiques. La lecture du paragraphe 1er de l'article 9ter révèle en effet trois types de maladies qui doivent conduire à l'octroi d'un titre de séjour sur la base de cette disposition lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans le pays d'origine ou dans le pays de résidence, à savoir :
- celles qui entraînent un risque réel pour la vie ;
- celles qui entraînent un risque réel pour l'intégrité physique ;
- celles qui entraînent un risque réel de traitement inhumain ou dégradant. Il s'ensuit que le texte même de l 'article 9ter ne permet pas une interprétation qui conduirait à l'exigence systématique d'un risque « pour la vie » du demandeur, puisqu'il envisage, au côté du risque vital, deux autres hypothèses. »
(vrije vertaling: « de wetgever heeft verschillende specifieke hypothesen voorzien. Lectuur van de eerste paragraaf van artikel 9ter wijst inderdaad op drie types van ziekte die moeten leiden tot de toekenning van een machtiging tot verblijf op basis van deze bepaling wanneer er in het land van herkomst of in het land van verblijf geen enkele adequate behandeling bestaat, zijnde :
deze die een reëel risico inhouden voor zijn leven
deze die een reëel risico inhouden voor zijn fysieke integriteit
deze die een reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling
Hieruit volgt dat de tekst zelf van artikel 9ter geen interpretatie toelaat die leidt tot het systematisch eisen van een risico « voor het leven » van de aanvrager, want het viseert, op het vlak van de vitale risico 's, twee andere hypothesen. »
De Raad van State heeft op 28 november 2013 een arrest (n°225.633 in de zaak A. 207.565/XI V-34.751) geveld dat bevestigt dat « De toepassingsvoorwaarden van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet zijn immers ruimer dan die van artikel 3 van het EVRM »;
Dit betekent dat de Raad van State de voorkeur geeft aan « een interpretatie van artikel 9ter zelf eerder dan van andere supranationale bepalingen » en « dat het toepassingsgebied van het artikel in kwestie ruimer is dan dit van artikel 3 EVRM » (vrije vertaling uit Z. MAGLiONI, « La demande d'autorisation de séjour pour raisons humanitaires », in Droit de l'immigration et de la nationalité : fondamentaux et actualités, Larcier, éd. CUP, n°151, Bruxelles, p.262) ;
De Raad van State heeft een arrest n°228 778 (op 16 oktober 2014) geveld waarin zij bevestigt dat het toepassingsgebied van artikel 9ter voornoemd ruimer is dan dit van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens :
« Considérant qu'il peut raisonnablement s'en déduire que l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 précitée ne constitue pas une transposition d'une norme du droit européen dérivé mais qu 'il doit être appréhendé comme étant une simple norme de droit national; qu'en conséquence, quelles qu'aient été les éventuelles divergences de jurisprudence antérieures à son propos, il convient, dans l 'état actuel des choses, de l'interpréter par seule référence au droit interne, de manière autonome ; [...]
Considérant enfin que si la maladie invoquée doit avoir atteint un seuil minimum de gravité pour entrer dans les prévisions de l'article 9ter, il ne ressort ni du texte de la disposition légale, ni des travaux parlementaires pertinents, que le législateur belge aurait voulu que l'autorisation de séjour prévue à l'article 9ter précité ne s'apparente en définitive qu'à un simple «permis de mourir» sur le territoire belge, ce à quoi revient pourtant la thèse selon laquelle le champ d'application de l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 se confond avec celui de l'article 3 de la Convention tel qu'actuellement interprété, à l'égard de l'étranger malade, par la Cour européenne des droits de l'homme, qui ne relie la souffrance due à une maladie «survenant naturellement» à la situation protégée par l'article 3 que dans des «cas très exceptionnels »;
(vrije vertaling : Overwegende dat hieruit redelijkerwijze kan afgeleid worden dat artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 voornoemd geen omzetting is van een afgeleide norm van Europees recht maar dat men het moet begrijpen als een eenvoudige norm van nationaal recht ; dat bijgevolg, wat ook ten aanzien hiervan de eventuele verschillen waren in de voorgaande rechtspraak, het past, in de huidige stand van zaken, dit te interpreteren door enkel te verwijzen naar het interne recht, op autonome wijze ; [...]
Overwegende tenslotte dat indien de ingeroepen ziekte een minimumgrens aan ernst moet bereikt hebben om onder de bepalingen van artikel 9ter te vallen, noch uit de tekst van de wettelijk bepaling, noch uit de pertinente parlementaire werkzaamheden blijkt dat de Belgische wetgever zou gewild hebben dat de machtiging tot verblijf voorzien in artikel 9ter voornoemd per slot van zaken verwant is aan een eenvoudige « toelating om te sterven » op het Belgische grondgebied, dit is nochtans waartoe de thesis leidt volgens de welke het toepassingsgebied van artikel 9ter van de wet van 15 december

1980 zich vermengt met dit van artikel 3 van het Verdrag zoals op heden geïnterpreteerd, ten aanzien van de zieke vreemdeling, door het Europees Hof voor de rechten van de mens, die het leed ingevolge een « natuurlijk overkomende » ziekte slechts in « zeer uitzonderlijke gevallen verbindt aan de situatie beschermd door artikel 3 ».)
Het bestaan en de ernst van de ziektes werden duidelijk in de ingediende aanvraag aangeduid en gemotiveerd.
Deze punten staan niet ter discussie.
Verwerende partij duidt aan in haar beslissing dat de ziektes die verzoeker treffen kunnen "beschouwd worden als medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven en fysieke integriteit indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt".
2) Tweede onderdeel: de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medicamenteuze behandeling en opvolging
Het enige punt dat ter discussie staat in de bestreden beslissing is de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medicamenteuze behandeling en opvolging.
Men weet dat als het gaat om het bestaan van adequate behandeling in India, er niet alleen rekening moet worden gehouden met de beschikbaarheid maar ook met de toegankelijkheid van de zorg.
Dit « doit s'entendre à la fois de la distribution possible du médicament ou de la possibilité de suivre un traitement et les examens qui l'accompagnent et de la possibilité concrète pour le malade d'en bénéficier compte tenu de critères financiers, d'éloignement, etc. » (C.C.E., 5 juillet 2016, n° 171.260).
De individuele situatie van verzoeker dient correct te worden onderzocht (C.C.E., 22 juin 2015, n°148.182).
Verwerende partij citeert in de bestreden beslissing MedCOI bronnen.
Deze bronnen zijn, zoals vermeld, niet publiek, waardoor het onmogelijk is voor verzoeker en zijn raadsvrouw om deze bronnen na te gaan.
Bovendien dient te worden opgemerkt dat deze bronnen betreffen « uniquement la disponibilité du traitement médical, généralement dans une clinique ou un établissement de soins précis, au pays d'origine. Les informations relatives à l'accessibilité du traitement ne sont pas fournies » ;
Naar de MedCOI verwijzen is bijgevolg niet voldoende om tot de beschikbaarheid van de medische behandeling te besluiten.
Uw Raad heeft dit punt reeds behandeld en stelde vast dat de administratie zich niet enkel mocht baseren op internet-sites maar ook diende te steunen op de (medische) informatie (attesten, enz.) die werd verschaft door verzoeker en diens individuele situatie,
« En effet, le Conseil observe que la partie requérante n 'a nullement confronté ses informations générales obtenues sur Internet aux nombreuses attestations médicales et correspondances administratives figurant au dossier administratif par lesquelles l'état de santé délicate de la seconde requérante est décrit de façon détaillée. Il en est d'autant plus ainsi qu 'il convient de constater, comme le relève la partie requérante en termes de requête, que les pages des sites internet renseignés dans l'acte attaqué, à savoir http.V/allianzworldwidecare. corn, www. am clinic, com, www. handicap-international, or g, www.ncbi.nlm.nih.gov, www, delphicare. be, www.socialsecurlty.gov/ policy/docs/ progdesc/ssptw, ne figurent pas dans le dossier administratif, en telle sorte que le Conseil ne peut exercer son contrôle de légalité quant à la motivation de l'acte attaqué. Par ailleurs, le Conseil considère que la partie défenderesse ne pouvait, sous peine de méconnaître ses obligations rappelées supra, se référer à ces sites internet pour fonder sa décision. Le Conseil estime qu 'il incombait, au contraire, à la partie défenderesse, d'analyser la disponibilité des soins dans le pays d'origine de la partie requérante en se basant sur des informations permettant au requérant de comprendre la motivation de la décision. ;
2. Que « Les informations sur lesquelles se base l'administration pour apprécier si les soins sont accessibles et disponibles dans le pays d'origine ne peuvent se limiter à des informations générales. Elles doivent être circonstanciées et adéquates par rapport à la situation particulière.
Des sites internet qui n 'offrent qu 'une information très générale ne seront en principe pas suffisants pour attester la disponibilité et l'accessibilité des soins. (...)
Des informations générales seront d'autant moins suffisantes que l'information jointe au dossier par l'étranger sera précise et circonstanciée. En effet, l'administration a l'obligation de répondre à la demande de l'étranger, et de tenir compte de toutes les informations qui lui ont été communiquées (...)
L 'administration doit également tenir compte de la situation individuelle et particulière du demandeur, dans l'examen de son accès aux soins. Cette situation particulière peut être tout élément invoqué par le demandeur. Ainsi « Les éléments particuliers dont le requérant avait fait état dans sa demande, relatifs notamment à la nécessité de pouvoir bénéficier d'un service d'urgence médico-psychiatrique et d'un hôpital psychiatrique à proximité avec service fermé, aux obstacles non financiers à l'accès aux soins nécessessaires à sa pathologie, à savoir des obstacles structurels liés au manque de ressources médicales en termes de quantité et de qualité(CCE, 31 mai 2012, n°82175) (Marie-Belle Hiernaux, « La

régularisation médicale : aperçu de la jurisprudence récente du Conseil du Contentieux des Etrangers », in RDE 2012, n°68, pp. 225 à 228), ;
De motivatie van verwerende partij is bijgevolg onvoldoende.
❖ *Over toegankelijkheid*
Door de mogelijkheid te analyseren dat de betrokken persoon effectieve en voldoende toegang heeft tot competente diensten en zorg aangepast aan zijn pathologie, lijkt dit ernstig in het gedrang te komen.
In dit hoofdstuk dient eveneens te worden nagegaan of de persoon, in functie van zijn individuele situatie, toegang zal hebben tot de medische behandeling die verschaft wordt.
In casu vertoont verzoeker een zeer hoge fysieke en psychische kwetsbaarheid door zijn afgelegen parcours. Er werd meermaals teruggekomen op dit parcours en er werden hieromtrent numereuze stukken neergelegd om dit te staven.
Verwerende partij is op de hoogte van het feit dat verzoeker reeds 20 jaar in België verblijft, jarenlang op straat heeft geleefd, dat zijn geheuegen en cognitieve capaciteiten zwaar aangetast zijn, dat hij een sociale zeer precaire situatie heeft, dat hij het voorwerp uitmaakt van een specifieke opvolging van Fedasil, door zijn precair profiel, dat hij reeds in de voorbije jaren niet capabel was om de opgelegde medische behandeling correct op te volgen, dat hierdoor zijn medische situatie sterk verslechterd is. Verzoeker loopt geregeld weg uit het centrum maar weet dan vak niet meer waar hij is en loopt volledig verloren. Zijn geheugen is onbestaand.
Het is duidelijk dat hij niet alleen sociaal en administratief permanent en voortdurend dient te worden bijgestaan, maar ook medisch. Zonder een geschikte medische opvolging wordt de voorgeschreven behandeling niet op de voet gevolgd.
Verzoeker is zodanig aangetast op fysiek en psychisch niveau dat het onmogelijk is om op eigen houtje naar zijn thuisland te keren en ginds te worden behandeld. Hij heeft er geen sociaal netwerk meer, hij heeft er geen onderkomen, is niet in staat om te werken en zal dus geen financiële middelen hebben. Een terugkeer is een doodsvonnis.
Verwerende partij weet dit en beperkt zich nochtans tot algemene bevindingen rond minimumlonen in India en de werking van het OIM rond integratie onder andere via werk en andere zakenprojecten.
Ter herinnering voegt men hierbij bijkomende informatie over de grote pijnpunten in de zorgsector in India:
http://www.economicsdiscussion.net/articles/7-maior-problems-of-health-services-in- india/2305
Dit artikel getuigt van een gebrek aan gepaste financiering door de regering en aldus te weinig middelen om gepaste zorgen toe te dienen aan de bevolking: de zorgen zijn te duur, het medisch personeel te schaars en de infrastructuren zeer gering.
Bovendien worden de rurale gebieden volledig vergeten ten opzichte van de grote steden.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6166510/
Dit artikel illustreert één specifiek pijnpunt en stelt dat:
Access or the lack of it: Access (to healthcare) is defined by the Oxford dictionary as "The right or opportunity to use or benefit from (healthcare) "[111 Again, when we look beyond the somewhat well-connected urban populations to the urban underprivileged, and to their rural counterparts, the question "What is the level of access of our population to healthcare of good quality? " is an extremely relevant one. A 2002 paper speaks of access being a complex concept and speaks of aspects of availability, supply, and utilization of healthcare services as being factors in determining access. Barriers to access in the financial, organizational, social, and cultural domains can limit the utilization of services, even in places where they are "available. "[12]
Physical reach is one of the basic determinants of access, defined as " the ability to enter a healthcare facility within 5 km from the place of residence or work" [131 Using this definition, a study in India in 2012 found that in rural areas, only 37% of people were able to access IP facilities within a 5 km distance, and 68% were able to access out-patient facilities [14] Krishna and Ananthapur, in their 2012 paper, postulate that in general, the more rustic (rural) one's existence - the further one lives from towns - the greater are the odds of disease, mainour ishment, weakness, and premature death. [15]
Even if a healthcare facility is physically accessible, what is the quality of care that it offers? Is that care continuously available? While the National (Rural) Health Mission has done much to improve the infrastructure in the Indian Government healthcare system, a 2012 study of six states in India revealed that many of the primary health centers (PHCs) lacked basic infrastructural facilities such as beds, wards, toilets, drinking water facility, clean labor rooms for delivery, and regular electricity. [14]
Dit artikel kan ook als antwoord dienen op de zeer algemene uiteennzetting van de zorgsector in India vanwege verwerende partij in de bestreden beslissing:
Affordability or the cost of healthcare: Quite simply, how costly is healthcare in India, and more importantly, how many can afford the cost of healthcare?
It is common knowledge that the private sector is the dominant player in the healthcare arena in India. Almost 75% of healthcare expenditure comes from the pockets of households, and catastrophic

healthcare cost is an important cause of impoverishment. [19] Added to the problem is the lack of regulation in the private sector and the consequent variation in quality and costs of services.
The public sector offers healthcare at low or no cost but is perceived as being unreliable, of indifferent quality and generally is not the first choice, unless one cannot afford private care.
The solutions to the problem of affordability of healthcare lie in local and national initiatives. Nationally, the Government expenditure on health must urgently be scaled up, from <2%o currently to at least 5%-6% of the gross domestic product in the short term. [20] This will translate into the much-needed infrastructure boost in the rural and marginalized areas and hopefully to better availability of healthcare-services, infrastructure, and personnel. The much-awaited national health insurance program should be carefully rolled out, ensuring that the smallest member of the target population is enrolled and understands what exactly the scheme means to her.
Locally, a consciousness of cost needs to be built into the healthcare sector, from the smallest to the highest level. Wasteful expenditure, options which demand high spending, unnecessary use of tests, and procedures should be avoided. The average medical student is not exposed to issues of cost of care during the course. Exposing young minds to issues of economics of healthcare will hopefully bring in a realization of the enormity of the situation, and the need to address it in whatever way possible. - https://vvvvw.yoiithkiavvaaz.com/2Q18/12/pathetic-condition-of-hQSpitals-in-india/
Dit artikel benadrukt opnieuw de verschillende problemen van de zorgsector van India, zijnde in het algemeen, de prijs van de zorgen, het schaars medisch personeel en het gerek aan goede infrastructuren.
India has only 10 lakh registered doctors to cater to 1.3 billion citizens. As per the MCI claims, half of the doctors in the country are quae ks(unregistered doctors who don 7 hold a degree in allopathy). While urban areas have 58% qualified doctors, in rural areas the number is as low as 18.8%.
India continues to spend about 1.2% of its GDP on health sector far less than some of the poorest countries of the world. We are ahead of only a few countries like Myanmar, Pakistan, Sudan and Cambodia.
However, the availability of public health care services is abysmal. There is only one government allopathic doctor per 10,189 people, only one government hospital bed per 2046 people, and one state-run hospital per 90,343 people. Out of 1 million doctors in the country, only 10%> of them work in the public health sector(according to National Health Profile). They lack good infrastructure, proper management, dedicated staff and many other things which are required to provide reasonable and appropriate healthcare.
In 2014, 38.2% of India 's population was below the poverty. These people depend on government hospitals for their treatment. Many times they go to hospitals with one disease and come back infected with some other illness due to improper sanitation and inadequate quality of care provided by the staff. In 2017, around 300 infants died in Gorakhpur Baba Raghav Das Medical College due to poor management and a shortage of oxygen supply. But there is little to no evidence to suggest that the government has learnt from its previous mistakes. India spends only 1-2%) of it it GDP on healthcare. With the investment on private healthcare the overall spending stands at 4.5%. https://thediplomat.com/2019/Q6/indias-ailing-health-sector/
Dezelfde vaststellingen worden gemaakt in bovenstaand artikel. Lack of hospitals, missing doctors. Hi-equipped health professionals, and paucity of funds have dogged the Indian health sector for decades. But as the country stakes a claim at the geopolitical high table under a nationalist government, its human development indices — including citizens ' wellness — are increasingly coming under scrutiny. And the picture isn't looking good. According to a recent study published in //7g British Medical Journal, the Indian medical industry fares poorly on many critical parameters, including quality of health care as well as qualification of doctors, traditionally regarded as a prized human resource in the West.
The report states that 54 percent of health professionals in India — including doctors, nurses, paramedics, and midwives — do not have proper qualifications while 20 percent of adequately qualified doctors are not part of the current workforce. Of the currently working health professionals, around 25 percent do not possess the necessary qualifications as laid down by professional councils, the study states.
Waar verwerende partij dus een richtlijn aanhaalt van 2015 met beloftevolle plannen vanwege de Indische regering, dient hier met voorzichtigheid te worden omgegaan.
Alle bovenstaande artikels dateren van na 2015 en benadrukken nog steeds dezelfde pijnpunten alsook een volledig gebrek aan verbetering.
Overwegende bovenvermelde informatie die niet in bestreden beslissing wordt behandeld, houdt de motivatie van verwerende partij geenszins rekening met de persoonlijke en individuele situatie van verzoeker die niet in staat zal zijn om te werken en de nodige medische assistentie te krijgen.
3) Derde onderdeel: het volledig ontbreken aan een gepaste motivering en aan een medische afspraak
Er werden een aantal gedetailleerde medische documenten neergelegd in huidige zaak, nl.: -

30.03.2010: medisch attest van Dr. MJL die aanduidt dat verzoeker lijdt aan een chronische ziekte: diabetes en hepatitis. Deze aandoeningen kunnen worden verzorgd maar zullen niet verdwijnen. Een reguliere behandeling is hierbij van groot belang. De arts duidt aan dat de behandeling onmogelijk is in het land van herkomst (stuk B5)
Medisch attest van 25.01.2018: Consultatie op neurologische dienst door Dr. HVEE en constateert een "atrophie répondue du parenchyme cérébral sans lésions spécifiques". Zij stelts ook gevolgen vast op cognitief vlak (stuk B6)
Verzoeker kreeg in april 2018 medisch hulp van het OCMW in Sint-Gillis (stuk B7) voor het behandelen van zijn aandoeningen
Medisch attest van 14.06.2018 door Dr. MP: duidt aan dat de huidige medicamenteuze behandeling erin bestaat:

- *Befact*
- *Folavit*
- *Magnetop*
- *Benerva*
- *Diazepam*
- *Dafalgan*
- *Ibuprofene*
- *Physiomer*
- *Novonorm*

De hele medicamenteuze behandeling wordt voorgeschreven voor onbeperkte termijn.
De arts detailleert het medische verleden van patiënt uiterst onrustwekkend is (stuk B8).
Medisch attest van 13.09.2018 door dr. MP die patiënt op de spoed heeft onderzocht (stuk B9) Medisch attest van 5.10.2018 door dr. PHA die stelt dat de aandoeningen de volgende zijn: cirrhose, post-traumatisch stressyndroom en depressie en epilepsie- syndroom. De medicamenteuze behandeling is consequent en het stoppen van de behandeling kan de dood van verzoeker veroorzaken. De progonse is negatief (stuk B10)
Medisch attest van door DR. CC en andere: psychiatrische behandeling van patiënt, probleem gelinkt met alcohol (stuk Bl 1)
Medisch attest van 13.11.2018 waarbij verzoeker opgenomen werd in de CHU Saint- Pierre (stuk B12) Getuigenis van apotheker (De Heer AT) van 21.11.2018 (stuk B13) die verantwoordelijk is voor het uitleveren van zijn diabetesbehandeling. Hij is onder andere zeer ongerust over de alcoholverslaving van de Heer S. en diens gevolgen op zijn behandeling. Hij benadrukt de precaire situatie van de Heer S. en de problemen die deze situatie veroorzaakt op niveau van correcte inname van behandeling.
Medische analyse van het labo van 21.01.2019 (stuk B14): overzicht basiswaarden
Hospitalisatieverslag van de heer GJ van 1.02.2019 (stuk BI5) met vaststellingen van alcoholverslaving, desoriëntatie, neurosyfilis met verwardheid, epileptische insulten
Medisch getuigschrift van 1.04.2019 (stuk B16)
Naast informatie over de toestand van de medische zorg in India en verdere informatie over de gezondheidsproblemen van verzoeker, is dit een lijst van niet minder dan elf documenten betreffende de exacte medische toestand van verzoeker.
Nochtans beperkt verwerende partij zich tot het stellen, in het algemeen, dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige behandelingen in India geen probleem vormen.
Zo bestaat haar motivatie er in essentie in om de nadruk te leggen op:
- Het feit dat de verblijfstitel niet kan worden uitgereikt op basis van een verschil van toegankelijkheid en beschikbaarheid van de gezondheidszorg in het land van onthaal en land van herkomst
algemene overheidsprogramma's
het nieuwe decreet van 2015
uitleg van private en publieke sector in India
uitleg van de werking van het IOM
Ten eerste dient men in het algemeen deze motivatie met kracht te betwisten in de zin dat verwerende partij beweert dat de gezondheidszorgen toegankelijk en beschikbaar zijn zonder enige motivatie en informatie te bieden over de medische behandeling van verzoeker.
Deze motivatie kan niet dienstig worden verklaard in een procedure voor verblijf op basis van medische redenen. Indien het verblijf wordt geweigerd dient verzoeker eveneens te begrijpen waarom en in te zien waar, hoe, wanneer en op welke manier zijn medische behandeling toegankelijk en beschikbaar is.
Ten tweede houdt verwerende partij geenszins rekening met het profiel van verzoeker. Zij bespreekt minimumlonen, tegemoetkomingen voor werknemers, en de reïntegratieprogramma's (beroepsopleidingen, starten van kleine zakenprojecten, enz.) van het OIM terwijl verzoeker een volledig ongeschikt profiel hiervoor heeft.
Dit werd nochtans duidelijk in de aanvraag aangehaald.

Men herinnert verwerende partij dat huidige zaak een uitzonderlijke situatie inhoudt aangezien verzoeker jarenlang op straat leefde, slachtoffer van armoede en dat deze levensstijl zowel fysieke als mentale consequenties heeft gehad.
De Heer S.is streng getroffen op mentaal niveau. Hij lijdt aan een psycho-organisch syndroom gekoppeld aan de consumptie van alcohol en een dementieproces (stuk 3, attest van Méridien ASBL).
Het feit dat men hier te maken heeft met een specifiek profiel vloeit voort uit verschillende elementen:
Fedasil heeft opvang verleend aan verzoeker terwijl hij een meervoudige asielaanvraag indiende en hier in principe geen recht op had
Verzoeker kreeg het voordeel om zich schriftelijk uit te spreken vooraleer de CGVS een beslissing nam in plaats van opgeroepen te worden voor een verhoor
Verzoeker kan zich niet alleen naar de gemeente begeven om de bestreden beslissing te ontvangen en dient hiervoor een aangepaste bijstand te krijgen
Rekening houdend met bovenstaande elementen dient men het dossier van verzoeker met uiterst veel zorgvuldigheid te behandelen.
Verzoeker was niet in staat om een verhoor af te leggen in het kader van zijn asielaanvraag. Het is mogelijk dat hij door de gebeurtenissen in zijn thuisland eveneens een trauma heeft overgehouden die een sterk impact hebben gehad op zijn geheugen en cognitieve capaciteiten.
Conform het boek "Beyond Proof' van de UNHCR en het geheel van psychologische literatuur, moet vastgesteld worden dat de assimilatie van herinneringen aan traumatische gebeurtenissen aanzienlijk verschilt van de assimilatie van "normale" herinneringen. Zo heeft de noodzaak om te leven met traumatische herinneringen een grote invloed op het geheugen .
In deze logica, veroorzaakt posttraumatische stress symptomen van angst bij het terugdenken aan de traumatische gebeurtenissen, sensorische coderingen van gebeurtenissen, bewuste en onbewuste vergetelheid, prikkelbaarheid, gebrek aan concentratie... .
In het kader van een asielprocedure kan het daarom uiterst pijnlijk zijn en mogelijk schadelijk zijn voor de kandidaat-vluchteling om dergelijke traumatische herinneringen te onthullen0.
Bovendien kan de nauwkeurigheid van het relaas worden beïnvloed door andere symptomen die verband houden met het trauma, zoals depressie, angst, slaapstoornissen, nachtmerries, hoofdpijn, cardiovasculaire symptomen, pijn en traumatische hersenletsels .
De internationale en interne rechtspraak erkent verder het bestaan van posttraumatische stress bij sommige mensen die traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, evenals de gevolgen ervan, en de noodzaak om met deze posttraumatische stress rekening te houden (zie supra, maar ook EHRM, Arrest n°61800/08, Gani t. Spanje, 19.02.2016 ; RvV, arrest n° 138.404 van 12.02.2015, www.rvv-cce.be ; RvV, arrest n° 108.583 van 26 augustus 2013, www.rw-cce.be). A
anvragen moeten bijgevolg worden behandeld in het licht van deze situaties van posttraumatische stress, gezien deze posttraumatische stress en andere psychologische stoornissen een grote impact kunnen hebben op de manier waarop betrokkene zich gedraagt en zijn kansen op slagen in zijn thuisland. Het is bijgevolg van primordiaal belang dat er rekening gehouden zou worden met psychologische attesten en certificaten die objectief een stoornis vaststellen.
Dit wordt bevestigd in meerdere internationale en interne rechtsbeslissingen.
Bestreden beslissing bevat geen enkele gedetailleerde motivering op basis van de aangereikte informatie door verzoeker. Bestreden beslissing biedt op geen enkele manier een antwoord op de individuele situatie van verzoeker en de aangevoerde argumenten in de oorspronkelijke aanvraag. Uw Raad heeft nochtans ter gelegenheid van een zaak gesteld dat:
« L'autorité administrative reste tenue, au titre des obligations générales de motivation formelle et de bonne administration qui lui incombent lorsqu 'elle prend une décision quelle qu 'elle soit, de statuer en prenant en considération tous les éléments qui sont portés à sa connaissance au moment où elle statue (...) »
(vrije vertaling : « de administratieve overheid blijft, ten titel van algemene verplichting tot formele motivering en van behoorlijk bestuur die op haar rusten, wanneer zij eender welke beslissing neemt, gehouden te statueren rekening houdend met alle elementen die haar ter kennis zijn gebracht op het ogenblik dat zij statueert (...) ») (RVV, n°14727, §3.1.3).
Het is verplicht voor de administratieve overheden om de bestuurshandelingen uitdrukkelijk en afdoende te motiveren zodat: " De opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen ".
Het is in dit opzicht niet voldoende om alleen naar het artikel van de wet te wijzen waarop de bestuurshandeling gebaseerd is. De feiten die er naartoe geleid hebben de wet toe te passen moeten ook vermeld worden.
De juridische redenering van het bestuursorgaan moet worden blootgesteld zodat ze begrepen kan worden door het individu en door de rechter gecensureerd kan worden. (S.SAROLEA, « La motivation

du placement en détention d'étrangers en situation irrégulière de la dichotomie légalité-opportunité au contrôle de la proportionnalité », J.T. 1997, n°5834, p. 165).
Uw Raad heeft ook benadrukt dat :
"In casu is er van een gebonden bevoegdheid waarbij het bestuur geen enkele appreciatiemarge zou hebben, geen sprake. Vooreerst stelt de Raad vast dat naar luid van artikel 7 van de Vreemdelingenwet, de minister of zijn gemachtigde een bevel mag of moet geven, "onverminderd meer voordelige bepalingen vervat in een internationaal verdrag". Reeds op grond hiervan alleen dient te worden vastgesteld dat de minister of zijn gemachtigde, alvorens het bevel te geven, zich dient te vergewissen van het feit dat er geen verdragsbepalingen zijn die de afgifte van een bevel verhinderen. Zo mag geen bevel worden gegeven wanneer dat in strijd zou zijn met een aantal verdragsrechtelijke bepalingen, waaronder het EVRM (cf RvS 26 augustus 2010, nr. 206.948, zie ook RvS 9 maart 2004, nr. 129.004). Er kan dan ook niet worden volgehouden dat het de minister aan elke beoordelingsmarge ontbreekt bij het nemen van de verwijderingsmaatregel. Door te stellen van oordeel te zijn dat de verzoekende partij geen schending van een hogere rechtsnorm aannemelijk maakt waardoor het beroep RvV onontvankelijk blijft, loopt de verwerende partij daarenboven vooruit op het onderzoek van dit middel door de Raad.
De verzoekende partij heeft er hoe dan ook een belang bij de feitelijke vaststellingen of de juistheid van de conclusies die tot de bestreden beslissing aanleiding hebben gegeven te weerleggen, ook al betreft het een gebonden bevoegdheid. Bij de beoordeling van de middelen zal in voorkomend geval rekening moeten worden gehouden met het feit dat de bevoegdheid van de verwerende partij een gebonden bevoegdheid was (RvS 29 mei 2009, nr. 193.654). Daarenboven primeert de aangevoerde schending van artikel 8 van het EVRM op de exceptie van onontvankelijkheid omwille van een herhaald bevel. De exceptie ten aanzien van de eerste bestreden beslissing wordt verworpen. " (RvV, nr. 156 352 van 12 november 2015 in de zaak RvV X / VIII)
De motivering van de bestreden beslissing voldoet inhoudelijk niet aan de vreisten van artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 omtrent de motivatie van bestuurshandelingen.
Men dient te herinneren aan verwerende partij dat indien sommige punten aan duidelijkheid misten of sommige vragen onbeantwoord bleven, dat de arts-adviseur de mogelijkheid had om verzoeker uit te nodigen op een consultatie, om zijn individuele situatie van naderbij te onderzoeken.
Gezien de algemene motivering van bestreden beslissing had dit uiteraard praktisch geweest in huidige zaak.
Men herinnert aan verwerende partij de desbetreffende rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen:
« En l'espèce, sur la première branche du moyen unique, en ce que la partie requérante soutient que le médecin conseil de l'Office des étrangers ne pouvait estimer que la pathologie n 'était pas suffisamment identifiée, le Conseil observe, à la lecture du dossier administratif, que le certificat médical type du 24 novembre 2009 déposé à l'appui de la demande d'autorisation de séjour en application de l'article 9ter de la Loi relève que le requérant souffre d'une « hépatite B active ». Le Conseil se demande donc en quoi le médecin consulté aurait pu énoncer de façon plus précise la pathologie du requérant.
A cet égard, le Conseil entend rappeler que si, conformément à l'article 9ter, § 1er, al. 2, de la Loi, il incombe à l'étranger de transmettre tous les renseignements utiles concernant sa maladie, il n'en demeure pas moins que ce même article dispose que « L'appréciation du risque visé à l'alinéa 1er, des possibilités de traitement, leur accessibilité dans son pays d'origine ou dans le pays où il séjourne et de la maladie, son degré de gravité et le traitement estimé nécessaire indiqués dans le certificat médical, est effectuée par un fonctionnaire médecin ou un médecin désigné par le ministre ou son délégué qui rend un avis à ce sujet. Ce médecin peut, s'il l'estime nécessaire, examiner l'étranger et demander l'avis complémentaire d'experts » (soulignement opéré par le Conseil).
En l'espèce, force est de constater que le médecin fonctionnaire a rédigé son rapport sans avoir examiné le requérant et sans même l'avoir invité à lui fournir des renseignements complémentaires quant à l'évolution de sa pathologie.
Or, il ressort des travaux préparatoire de la Loi que « Si l'état de santé de l'intéressé peut être clairement établi sur base de son dossier - par ex. des certificats médicaux indiquant qu'il est un patient en phase terminale de cancer - il serait tout à fait déplacé d'encore soumettre celui-ci ci des examens complémentaires. Dans ce cas, il est également superflu de recueillir l'avis complémentaire de spécialistes. Il n'est pas davantage nécessaire de soumettre l'intéressé à des examens ou de recueillir l'avis d'un spécialiste si son état de santé n'est pas clair, mais qu'il est établi que cet état n'est pas grave (par exemple le certificat médical mentionne que l'intéressé doit garder le lit pendant deux jours). Dans le cas contraire, à savoir si le certificat mentionne que l'intéressé doit rester alité pendant une longue période, mais que son état de santé n'est pas précisément établi, un examen de l'intéressé sera indiqué ».

Or, en l'espèce, il ressort du certificat médical type du 24 novembre 2009 que la proximité d'un hôpital est nécessaire au requérant et qu'il n'est pas encore possible d'établir s'il peut guérir. Dès lors, le Conseil estime que son état de santé est suffisamment grave pour justifier un examen par le médecin conseil de l'OE. » (C.C.E., 27 janvier 2012, n°74.073, c'est nous qui souligons)."

2.2 De artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de bestreden beslissing ten gronde liggen en dit op afdoende wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen. Hetzelfde geldt voor de formele motiveringsplicht, die is bepaald in artikel 62 van de vreemdelingenwet, zoals van toepassing op de datum van de bestreden beslissing.

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

De bestreden beslissing moet duidelijk de determinerende motieven aangeven op grond waarvan tot de ongegrondheid van de aanvraag wordt besloten.

De Raad stelt vast dat in de bestreden beslissing duidelijk de redenen worden aangegeven op grond waarvan deze beslissing is genomen. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet en naar het medisch advies van 2 augustus 2019 van een ambtenaar-geneesheer, immers vastgesteld dat het aangehaalde medische probleem niet kan weerhouden worden. De gemachtigde stelt dat derhalve uit het medische dossier niet kan afgeleid worden dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit of dat er niet kan worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling en dit gelet op het gegeven dat er in India behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn. Het advies van de ambtenaar-geneesheer van 2 augustus 2019 waarnaar in deze beslissing expliciet wordt verwezen, werd samen met de besteden beslissing ter kennis gebracht en de inhoud ervan dient derhalve te worden geacht integraal deel uit te maken van de motivering van de bestreden beslissing.

Deze motiveringen zijn pertinent en draagkrachtig. Ze laat verzoeker toe zijn rechtsmiddelen met kennis van zaken aan te wenden. Daarmee is aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht voldaan (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298).

Een schending van de formele motiveringsplicht, zoals vervat in artikel 62 van de vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, wordt niet aangetoond. Dit onderdeel van het middel is ongegrond.

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven, dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 14 juli 2008, nr. 185.388; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 5 december 2011, nr. 216.669).

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

Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling

onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (*cf.* RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Om te beoordelen of de gemachtigde zijn beslissing deugdelijk heeft gemotiveerd en of hij een zorgvuldig onderzoek heeft gevoerd, moeten de in die beslissing opgenomen motieven worden afgetoetst aan de gegevens van het dossier en aan de toepasselijke wetsbepalingen.

De bestreden beslissing is genomen met toepassing van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet, waarvan tevens de schending wordt aangevoerd. Deze bepaling luidt als volgt:

"§ 1 De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.
De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.
De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige 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 vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling. (…)".

Uit het bepaalde in artikel 9*ter*, § 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.

Concreet houdt artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, 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).

Voorts bepaalt artikel 9*ter*, § 1 van de vreemdelingenwet het volgende:

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

In casu verklaart de gemachtigde de aanvraag tot verblijfsmachtiging van verzoeker ontvankelijk doch ongegrond met toepassing van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet geduid dat het aangehaalde medisch probleem niet kan weerhouden worden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet. Hij verwijst vervolgens uitdrukkelijk naar het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 2 augustus 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 gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in India.

Voormeld medisch advies van 2 augustus 2019 luidt als volgt:

"NAAM: S. B. (R.R.: …) Mannelijk
nationaliteit: India geboren te Balachaur op (…)1972
Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. S. B. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 21/06/2019.
Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:
> Verslag van Constats d.d. 16/11/2017 van Dr. CdP (huisarts): onderzoek uitgevoerd in het bijzijn van een tolk wegens de taalbarrière:
verschillende littekens en laesies konden vastgesteld worden, waarvan enkel 1 laesie (valgus van de rechter wijsvingertop te zien op bijgevoegde foto) compatibel is met het verhaal van betrokkene dat hij gemarteld werd psychiatrisch zijn er klachten die kunnen wijzen op een posttraumatisch stress-syndroom compatibel met hel verhaal van marteling
> Diagnosekaart van de WRGT d.d. 17/01/2019 van Dr. IM; bilateraal verdikte pleura
> Medisch verslag d.d. 27/03/2017 van Dr. DDF (psychiater in opleiding):
cognitieve problemen met de vraag of ze te wijten zijn aan een PTSS, een syndroom van Korsakoff of een dementerend proces van andere origine klachten van betrokkene die kunnen wijzen op een PTSS en dat momenteel als tentatieve diagnose weerhouden wordt
> Verslag van Infirmier de Rue d.d. 07/11/2018: betrokkene is reeds verscheidene jaren dakloos, is bij hen bekend sinds oktober 2012 en wordt actief opgevolgd sinds 16/03/2015:
Diabetes met diabetische nierinsufficiëntie
Epilepsie-aanvallen wanneer hij op eigen houtje aan alcoholontwenning doet
Osteitis
Cirrose
Chronische anemie
Veralgemeende hersenatrofie
Verschillende wonden op zijn lichaam
> Medisch attest (gedeeltelijk leesbaar) d.d. 30/03/2010 van Dr. JLM (huisarts): sinds 2007 diabetes en leveraandoening. in mei 2009 gehospitaliseerd voor klinische oppuntstelling
> Consultalieverslag d.d. 25/01/2018 van Dr. EEHVo (neuroloog): MRI hersenen toont een veralgemeende atrofie van het hersenparenchym, EEG is normaal, invariabel klinisch onderzoek, taalbarrière verhindert een degelijk neurologisch onderzoek qua cognitieve problemen die te wijten kunnen zijn aan alcoholconsumptie, en recidiverende hypoglycemieën, toe te schrijven aan een slecht gecontroleerde diabetes, kunnen ook de cognitieve problemen verklaren - geen specifieke therapie beschikbaar voor dit geval
> Verslag spoedconsult d.d. 14/06/2018 van Dr. PM (urgentist): taalbarrière, aspecifieke pijn rechter been, diabetes type 2 slecht gecontroleerd, andere gekende antecedenten - geen verdere opvolging
> Onvolledig SMG: cirrose met portaalhypertensie en oesofagusvarices, PTSS+depressie, epilepsie - medicatie: Befact Forte, Polavit, Benerva, Diazepam, Novonorm, Paracetamol en Ibuprofen
> Hospitalisatieverslag d.d. 10/10/2018 van Dr. CC (psychiater in opleiding) onder supervisie van Prof. Dr. JS van de opname van 10-18/10/2018: alcoholverslaving, depressieve episode en hypothese van korte psychotische episode - betrokkene is gaan lopen vooraleer de oppuntstelling van diagnose en behandeling afgerond kon worden
> Medisch attest d.d. 13/11/2018 van Dr. EGE (algemeen geneesheer): isobetadinelulleverband voor de tenen na ontsmetting met Isobetadine 3x/week
> Laboresultaten d.d. 21/01/2019: laag ijzer/reserves, verhoogd creatinine (1,16 mg/dl), laag albumine (38,5 g/1), stijging alfa-, beta- en gammaglobulines, hypertriglyceridemie/cholesterolemie, verhoogde amylase, HbA1c 10,2%, hypovitaminose D, immuniteit tegen hepatitis B, syfilis positieve AL
> Hospitalisatieverslag en laboresultaten d.d. 01/02/2019 van Dr. JG (internist in opleiding) van de opname van 01-05/02/2019: taalbarrière, geen aanwijzingen voor verwardheid op CNS infectie (neurosyfilis), verwardheid mogelijks op alcohol of alcohol onttrekking of dehydratatie bij slecht geregelde diabetes, hypovitaminose D, verdenking van pulmonaire TBC bij niet hoestende patiënt, MRI toont forse atrofie van hersenen en cerebellum met desoriëntatie in lijd, ruimte en persoon, een DR van 2/3, een breedbasis schuifelende gang en zwakke reflexen in do onderste ledematen - verwardheid te kaderen in Wernicke-Korsakov dementie - secundaire syfilis waarvoor 3x Penicilline IM - ontregelde diabetes door onvoldoende controle van het dieet - geen urinair incontinentieprobleem -> medicatie: Folavit, Glucophage, Befact F, Uni-Diamicron en Steovit

> SMG d.d. 01/04/2019 van Dr. AP (huisarts): Wernicke-Korsakov en alcoholabusus waardoor zeer slechte zelfzorg, niet insuline afhankelijke diabetes mellitus nu beter onder controle - medicatie: Befacl F, Folavit, Steovit, Uni Diamicron en Metformine
Bij de aanvraag zit ook:
> Attest van het OCMW van St. Gillis d.d. 13/04/2018 voor urgente medische hulp sinds 23/11/2011 tot op datum van opstelling van hel attest: betrokkene geniet enkel van medische hulp
> Onvolledig verslag spoedconsult d.d. 13/09/2018
> Attest van Apolheca Midi d.d. 21/11/2018 van apothekers YA en AT
Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 47-jarige man met:
> Niet insuline-afhankelijke diabetes mellitus (=type 2) met aantasting van de nieren (diabetische nefropathie) en diabetische voet
> Alcoholverslaving met levercirrose en portaalhypertensie waardoor slokdarmvarices graad 1
> Wernicke-Korsakoff dementie (= hersenaantasting/hersenatrofie door de alcohol)
> Chronische anemie
Als actuele medicatie weerhoud ik:
Gliclazide (Uni Diamicron), een bloedsuiker verlagend middel
Metformine (Metformine, Glucophage), een bloedsuiker verlagend middel
Als noodzakelijke voedingssupplementen weerhoud ik:
Vitamine B- complex (8efact Forte)
Foliumzuur (Folavit)
Calcium+vitamine D (Steovit)
Mr. S. heeft nood aan toezicht op het correct innemen van zijn medicatie en moet aangezet worden lot zelfzorg wegens zijn cognitieve problemen.
Uit het voorliggend medisch dossier blijkt geen medische contra indicatie om Ie reizen.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging In het land van herkomst:
Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze Informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):
1. Informatie afkomstig uil de MedCOI-databank die niet-publiek is1:
Aanvraag Medcoi van 22/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10766
Aanvraag Medcoi van 21/02/2018 met tiet unieke referentienummer BMA 10768
Aanvraag Medcoi van 19/07/2018 met het unieke referentienummer BMA 11318
Aanvraag Medcoi van 21/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11477
2. Overzicht met beschikbare medicatie voor Mr. S. in India volgens recente MedCOI-dossiers.
*3. Farmaceutisch departement van de Indische overheid (BPPI): beschikbaarheid van vitamine Bcomplex2 **
Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist met subspecialisatie endocrinologie, neurologie en gastroënterologie beschikbaar zijn in India, evenals de nodige labo-onderzoeken en echografie voor de lever. Een speciale psychiatrische afdeling voor alcoholontwenning is beschikbaar en ook psychologische begeleiding.
Thuisverpleging, beschut wonen en eventueel institutionalisering om Mr S. te helpen met zijn therapie en dagelijkse hygiëne is beschikbaar.
Toegankelijkheid van de zorgen en van do opvolging In het land van herkomst:
Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van hol feit dal de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en hel land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden lot 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 hel niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tol 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.

*Het doel van het Ministerie van Gezondheidszorgen is een adequate gezondheidszorg aan te bieden aan alle bewoners. In 2015 werd een nieuw decreet opgesteld * the National Health Policy 2015", waarin bepaald werd dat de economische groei zou gebruikt worden om de gezondheidszorg verder uit te bouwen. Speciale aandachtspunten zijn de maternale zorg, de niet-overdraagbare ziekten, het toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor iedereen en de economische groei te exploiteren voor een betere gezondheidszorg. De Indiase gezondheidszorg bestaat uit een publieke en een private sector. De private sector levert zorg tegen betaling en is vooral aanwezig in de curatieve zorg. De private sector is opgesplitst in gespecialiseerde ziekenhuizen voor de derde lijn, ziekhuizen voor de tweede lijn en verpleeghuizen en private klinieken in de eerste lijn.*
De publieke sector bestaat uit curatieve en preventieve diensten in de primaire, secundaire en tertiaire zorg. In de publieke sector is er een verschil in organisatie van de zorg tussen het platteland en de stad. In de steden vinden we gespecialiseerde referentieziekenhuizen, ziekenhuizen gespecialiseerd in bepaalde pathologie, districtsziekenhuizen, medische colleges en Taluk ziekenhuizen, waar reeds gespecialiseerde zorg verleend wordt. Op het platteland daarentegen vinden we Community Health Centers, Primary Health Care Centers en Subcenters die vooral instaan voor de eerste lijn.
In ziekenhuizen en gezondheidscentra van de overheid is de medische zorg gratis voor iedereen.3
De gezondheidszorg is de verantwoordelijkheid van zowel de centrale overheid, de deelstaten, als de lokale overheden (district, stad....).
Medicatie is te koop bij private apothekers. In India bestaat er een overheidsprogramma dat de verkoop van generieke medicatie stimuleert. De uitbater kan binnen het ziekenhuis/medisch centrum een apotheek openen, waar enkel generische producten verkocht mogen worden. De overheid zet geen vaste prijzen, maar er moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan om een vergunning te krijgen. Er bestaat ook en lijst van essentiële geneesmiddelen.4
Volgens de wet mag niemand gediscrimineerd worden in de gezondheidszorg, toch blijft er een zekere discriminatie t.o.v. de meisjes vooral in de noordelijke provincies.5
Op gebied van sociale zekerheid zijn er minimum lonen vastgelegd. Deze verschillen wel van staat tot staat. Er zijn tegemoetkomingen zoals pensioenen voor werknemers, verzekerd door bijdragen van de werknemer, werkgever en de staat. Het merendeel van de Indiërs is echter zelfstandige en voor hen is dit niet van toepassing. Zij kunnen op vrijwillige basis eventueel een verzekering afsluiten, maar dit is niet algemeen.
Volgens verschillende akkoorden in de provincies wordt de bekostiging van de zorg geregeld. De zorg in de eerstelijn is gratis. Voor de secundaire zorg en consultaties bij een specialist dient een bijdrage betaald te worden. De derde lijn wordt meestal in de private sector aangeboden.
Opname is meestal gratis of zwaar gesubsidieerd door de overheid.6
De advocaat van betrokkene verwijst naar enige artikels waaruit zou blijken dat de zorgen weinig toegankelijk zouden zijn in het land van herkomst. Er is echter geen enkele indicatie dat deze aangehaalde, algemene informatie van toepassing zou zijn op de specifieke, individuele situatie van betrokkene.
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 een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds Is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:
Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de diabetes mellitus type 2, diabetische nefropathie, diabetische voet, alcoholverslaving met levercirrose, portaalhypertensie en slokdarmvarices graad 1, de Wernicke-Korsakoff dementie en de chronische anemie bij Mr. S., hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan Inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in India.
Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van terugname, nl. India."

De arts-adviseur adviseert aldus, hoewel de medische problematiek van verzoeker een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en

behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in India. Het is niet kennelijk onredelijk van de gemachtigde om het advies van de arts-adviseur te volgen.

Verzoeker wijst op de verwijzing naar MedCOI bronnen, die niet publiek zijn en waardoor verzoeker deze bronnen onmogelijk kon nagaan. Verzoeker betoogt tevens dat de enkele verwijzing naar deze MedCOI bronnen niet volstaat om tot de beschikbaarheid van de medische behandeling te besluiten. Verzoeker verwijst naar rechtspraak van de Raad.

Waar verzoeker stelt dat hij de MedCOI bronnen *"onmogelijk*" kon nagaan, kan hij niet worden gevolgd. De MedCOI bronnen zijn weliswaar niet publiek toegankelijk doch de bronnen waarnaar wordt verwezen in het medisch advies hebben elk een unieke referentienummer en deze stukken bevinden zich in het administratief dossier, waarin verzoeker inzage kon vragen. De arts-adviseur vermeldt ook uitdrukkelijk dat hij gebruik maakt van bepaalde bronnen: "*informatie (die) werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene"*. De gevolgtrekking van verzoeker dat de MedCOI-databank niet verifieerbaar zou zijn, mist dan ook alle grondslag.

Verzoeker kan evenmin worden gevolgd waar hij stelt dat de enkele verwijzing naar deze bronnen niet volstaat. Vooreerst merkt de Raad op dat een stuk waarnaar verwezen wordt in de beslissing niet dient opgenomen te worden in de beslissing zelf (en niet te worden bijgevoegd). In het kader van de formele motiveringsplicht volstaat het om in het kort het voorwerp en de inhoud van die stukken te vermelden, zonder dat het nodig is ze *in extenso* over te nemen (OPDEBEEK, I. en COOLSAET, A., Administratieve rechtsbibliotheek: formele motivering van bestuurshandelingen, Brugge, die Keure, 1999, p. 131 – 133). De formele motiveringsplicht is dus ook niet geschonden omdat in de beslissing wordt verwezen naar stukken die niet afzonderlijk aan verzoeker werden meegedeeld. Verder blijkt uit de lezing van het medisch advies dat de arts-adviseur zich niet heeft beperkt tot de loutere algemene verwijzing naar een aantal MedCOI bronnen om te besluiten dat de zorgen beschikbaar zijn in het land van herkomst. Hij licht immers ook het volgende toe "*Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist met subspecialisatie endocrinologie, neurologie en gastroënterologie beschikbaar zijn in India, evenals de nodige labo-onderzoeken en echografie voor de lever. Een speciale psychiatrische afdeling voor alcoholontwenning is beschikbaar en ook psychologische begeleiding. Thuisverpleging, beschut wonen en eventueel institutionalisering om Mr S. te helpen met zijn therapie en dagelijkse hygiëne is beschikbaar."* De arts-adviseur heeft aldus, in weerwil van verzoekers betoog, weldegelijk rekening gehouden met de individuele situatie en de medische attesten voorgelegd door verzoeker. Zo beperkt de arts-adviseur zich niet tot een louter onderzoek of de medicamenteuze behandeling beschikbaar is maar is hij tevens nagegaan of de verschillende specialisten waarop verzoeker beroep doet, beschikbaar zijn in India. Daarnaast wijst de arts-adviseur erop, rekening houdende met verzoekers alcoholverslaving, dat een speciale psychiatrische afdeling voor alcoholontwenning beschikbaar is, alsook psychologische begeleiding, thuisverpleging, beschut wonen en eventueel institutionalisering zijn beschikbaar om verzoeker te helpen met zijn therapie en dagelijkse hygiëne. Verzoeker kan aldus bezwaarlijk beweren dat de arts-adviseur zich beperkt tot een algemene verwijzing naar MedCOI bronnen zonder rekening te houden met zijn individuele situatie.

Waar verzoeker verwijst naar rechtspraak van de Raad dient opgemerkt te worden dat deze arresten geen precedentenwerking kennen in de continentale rechtstraditie.

Verzoeker betwist vervolgens de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen in zijn land van herkomst. Hij wijst erop dat hij door zijn fysieke en psychische toestand onmogelijk op eigen houtje naar zijn thuisland kan terugkeren, hij er geen sociaal netwerk meer heeft, geen onderkomen, niet in staat is om te werken en geen financiële middelen zal hebben. Een terugkeer is een doodsvonnis. Verzoeker stelt dat de algemene bevindingen rond minimumlonen in India en de werking van de IOM rond integratie aldus niet volstaat.

Betreffende de toegankelijkheid van de medische zorgen heeft de arts-adviseur uitdrukkelijk melding gemaakt van volgende elementen:
- Doel van ministerie van gezondheidszorg in India is een adequate gezondheidszorg te bieden aan alle bewoners;
- Een nieuw decreet uit 2015 streeft ernaar de economische groei te gebruiken om de gezondheidszorg verder uit te bouwen;
- De Indiase gezondheidszorg bestaat uit een publieke en private sector;

- De publieke sector bestaat uit curatieve én preventieve diensten, waarbij in de steden ook gespecialiseerde ziekenhuizen, …aanwezig zijn;
- In ziekenhuizen en gezondheidscentra van de overheid is de medische zorg gratis voor iedereen;
- Medicatie is te koop bij private apothekers, doch er bestaat een overheidsprogramma dat de verkoop van generieke medicatie stimuleert;
- Volgens de wet mag niemand gediscrimineerd worden in de gezondheidszorg;
- Hij kan beroep doen op de IOM om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis.

In weerwil van verzoekers betoog zijn de bevindingen in het medisch advies aldus niet beperkt tot de minimumlonen in India en de werking van de IOM rond integratie. Bovendien blijkt uit het medisch advies dat de arts-adviseur weldegelijk rekening heeft gehouden met zijn beperkte zelfredzaamheid waar hij het volgende vaststelt: "*Mr. S. heeft nood aan toezicht op het correct innemen van zijn medicatie en moet aangezet worden tot zelfzorg wegens zijn cognitieve problemen."* Verder stelt de arts-adviseur dat "*Uit het voorliggend medisch dossier blijkt geen medische contra indicatie om te reizen."* Verzoeker weerlegt dit ook niet met de loutere bewering dat hij niet op eigen houtje kan terugkeren terwijl uit geen enkel voorgelegd medisch attest blijkt dat hij niet zou kunnen reizen.

Verzoeker citeert vervolgens uit een aantal artikelen waaruit een gebrekkige gezondheidszorg op het Indiase platteland zou blijken.

De Raad merkt dienaangaande op dat artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet niet vereist dat de noodzakelijke medische zorgen ook beschikbaar zijn in de streek of het dorp vanwaar de betrokkene afkomstig zou zijn. Het kan volstaan dat deze beschikbaar zijn in het land van herkomst en dat de betrokkene in de mogelijkheid is om zich te begeven naar de plaats waar hij de medische zorgen kan verkrijgen. Nog afgezien van het feit dat verzoeker als dusdanig niet aantoont afkomstig te zijn van het Indiase platteland, blijkt uit de door verzoeker geciteerde artikels niet dat er in de verstedelijkte gebieden van India geen voldoende medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zouden zijn voor verzoeker. Verzoeker toont ook niet aan dat het voor hem niet mogelijk is om zich naar een stad te begeven, of aldaar te gaan wonen, om toegang te krijgen tot de noodzakelijke medische zorgen, nu nergens uit de voorgelegde medische attesten een medische contra-indicatie om te reizen blijkt.

Verzoeker stelt dat de motivatie in het medisch advies niet afdoende is door geen rekening te houden met zijn individuele en persoonlijke situatie doordat hij niet in staat is om te werken en dus de nodige medische assistentie te krijgen. De Raad herhaalt dat de arts-adviseur wel degelijk rekening heeft gehouden met zijn individuele situatie waar hij vaststelt dat verzoeker nood heeft aan toezicht op het correct innemen van zijn medicatie en moet aangezet worden tot zelfzorg wegens zijn cognitieve problemen. De arts-adviseur heeft dienaangaande tevens de beschikbaarheid van een speciale psychiatrische afdeling voor alcoholontwenning en psychologische begeleiding nagegaan. Ook thuisverpleging, beschut wonen en eventuele institutionalisering van verzoeker in India, is door de arts-adviseur onderzocht en beschikbaar bevonden. Met betrekking tot de toegankelijkheid van deze zorgen wijst de arts-adviseur op het volgende: "*De Indiase gezondheidszorg bestaat uit een publieke en een private sector. De private sector levert zorg tegen betaling en is vooral aanwezig in de curatieve zorg. De private sector is opgesplitst in gespecialiseerde ziekenhuizen voor de derde lijn, ziekhuizen voor de tweede lijn en verpleeghuizen en private klinieken in de eerste lijn. De publieke sector bestaat uit curatieve en preventieve diensten in de primaire, secundaire en tertiaire zorg. In de publieke sector is er een verschil in organisatie van de zorg tussen het platteland en de stad. In de steden vinden we gespecialiseerde referentieziekenhuizen, ziekenhuizen gespecialiseerd in bepaalde pathologie, districtsziekenhuizen, medische colleges en Taluk ziekenhuizen, waar reeds gespecialiseerde zorg verleend wordt. Op het platteland daarentegen vinden we Community Health Centers, Primary Health Care Centers en Subcenters die vooral instaan voor de eerste lijn. In ziekenhuizen en gezondheidscentra van de overheid is de medische zorg gratis voor iedereen."* En "*Volgens verschillende akkoorden in de provincies wordt de bekostiging van de zorg geregeld. De zorg in de eerstelijn is gratis. Voor de secundaire zorg en consultaties bij een specialist dient een bijdrage betaald te worden. De derde lijn wordt meestal in de private sector aangeboden. Opname is meestal gratis of zwaar gesubsidieerd door de overheid."* Verzoeker weerlegt dit niet met de enkele verwijzing naar een aantal artikels die de gebrekkige gezondheidszorg in rurale gebieden in India aankaarten.

In het derde onderdeel van het middel wijst verzoeker op de door hem voorgelegde medische documenten. Hij heeft niet minder dan elf documenten betreffende zijn medische toestand voorgelegd. Verzoeker meent dat de arts-adviseur in antwoord op deze documenten zich heeft beperkt tot de algemene stelling dat de nodige behandelingen beschikbaar en toegankelijk zijn in India.

Verzoeker kan niet worden gevolgd waar hij stelt dat de arts-adviseur zich in het medisch advies heeft beperkt tot de algemene stelling dat de nodige behandelingen beschikbaar en toegankelijk zijn in India. Uit het medisch advies blijkt de arts-adviseur rekening heeft gehouden met al de documenten die verzoeker heeft opgelijst in zijn verzoekschrift. Vervolgens heeft de arts-adviseur, op grond van gezaghebbende en recente bronnen de beschikbaarheid en toegankelijkheid onderzocht van de behandelingen die voor verzoeker specifiek noodzakelijk zijn. In weerwil van verzoekers betoog heeft de arts-adviseur ook rekening gehouden met de individuele situatie van verzoeker en meer bepaald met het feit dat hij nood heeft aan toezicht op het correct innemen van zijn medicatie en moet aangezet worden tot zelfzorg wegens zijn cognitieve problemen. De arts-adviseur wijst op het feit dat thuisverpleging, beschut wonen en eventueel institutionalisering in India beschikbaar zijn om verzoeker te helpen met zijn therapie en met zijn dagelijkse hygiëne. Met betrekking tot verzoekers alcoholverslaving wordt ook vastgesteld dat er speciale psychiatrische afdelingen voor alcoholontwenning beschikbaar zijn, tezamen met psychologische begeleiding. Verzoeker kan aldus bezwaarlijk voorhouden dat er geen rekening zou zijn gehouden met zijn specifiek profiel.

In het kader van het onderzoek naar de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen in het land van herkomst benadrukt de arts-adviseur voorafgaandelijk dat een verblijfstitel niet kan worden afgegeven enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteenloopt. Hij stelt dat rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend zijn en wijst erop dat artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet niet tot doel heeft zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van het gezondheidssysteem in het herkomstland vergelijkbaar is met het systeem zoals dit in België bestaat, nu aldus in veelal alle gevallen de verblijfsmachtiging zou moeten worden toegekend. Hij erkent hierbij wel dat een afzonderlijk onderzoek in het kader van artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet zich opdringt wat specifiek de mogelijkheid voor de betrokkene betreft om toegang te krijgen tot de medische zorgen in het herkomstland en waarbij het gezondheidssysteem de betrokkene in staat moet stellen om de vereiste zorgen te verkrijgen. De Raad merkt daarbij nog op dat artikel 9*ter* van de vreemdelingenwet niet tot doel heeft de vreemdeling te garanderen dat er in het land van herkomst een evenwaardige mogelijkheid tot behandeling bestaat als in België. Het eventuele feit dat de zorgen in India duurder zouden zijn, er minder medisch personeel is en de infrastructuren gering zouden zijn, zoals verzoeker betoogt, impliceert niet dat een verblijfsmachtiging om medische redenen niet kan worden geweigerd aan een uit dat land afkomstige vreemdeling. Voormelde bepaling voorziet slechts dat moet worden nagegaan of een adequate, en derhalve geschikte, behandeling mogelijk is. Verzoeker weerlegt de vaststellingen van de arts-adviseur op grond van gezaghebbende bronnen niet door opnieuw te verwijzen naar zijn individuele situatie en de aangevoerde argumenten in de oorspronkelijke aanvraag.

De arts-adviseur is aldus uitgegaan van dezelfde feitelijke gegevens doch heeft een andere mening als de verzoeker, waar deze laatste stelt dat medische opvolging enkel in België mogelijk zou zijn. Het feit dat een controlearts een medische situatie anders inschat dan verzoeker laat niet toe te concluderen dat de analyse van deze controlearts incorrect is.

Verzoekers betoog over traumatische gebeurtenissen en de eventuele invloed op de nauwkeurigheid van een relaas, is niet dienstig nu *in casu* geen beoordeling van verzoekers asielrelaas voorligt.

Ook de verwijzing naar rechtspraak van de Raad betreffende het afgeven van een bevel om het grondgebied te verlaten, is niet dienstig aangezien de bestreden beslissing niet gepaard gaat met een bevel om het grondgebied te verlaten.

Verzoeker betoogt dat de arts-adviseur hem kon uitnodigen op een consulatie indien sommige punten aan duidelijkheid misten of sommige vragen onbeantwoord bleven.

Vooreerst merkt de Raad op dat verzoeker niet verduidelijkt welke punten volgens hem voor de arts-adviseur aan duidelijkheid misten. Uit het medisch advies blijkt dat de arts-adviseur weldegelijk rekening heeft gehouden met alle door verzoeker voorgelegde medische stukken en met zijn individuele situatie. Artikel 9*ter*, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet voorziet dat er een advies wordt verschaft door een ambtenaar-geneesheer die zo nodig de vreemdeling kan onderzoeken en bijkomend advies kan inwinnen van deskundigen. Het is de ambtenaar-geneesheer aldus toegestaan om zich voor zijn advies louter te baseren op de neergelegde medische attesten zonder de vreemdeling zelf te onderzoeken of zonder een bijkomend advies van een deskundige te vragen indien hij de mening is toegedaan dat hij ook zonder een eigen onderzoek of een bijkomend advies een onderbouwd advies kan geven. Het

onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische elementen, inclusief de medische attesten die worden voorgelegd bij de aanvraag, behoren uitsluitend tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer die hierbij onafhankelijk optreedt. Het behoort tevens tot de uitsluitende bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer om te oordelen of hij de voorgelegde attesten voldoende acht om een advies te kunnen verstrekken over het in artikel 9*ter*, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet vermelde risico. Verzoeker laat ook na te verduidelijken welke informatie hij kon aanbrengen over zijn medische toestand die een relevante impact zou kunnen hebben op de beoordeling van de medische elementen in het advies van de ambtenaar-geneesheer. Verzoeker maakt bijgevolg niet aannemelijk welk belang hij heeft bij zijn kritiek.

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 kennelijk 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 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 stoelen 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. Verzoeker toont niet aan met welke, aan de verwerende partij kenbaar gemaakte elementen ten onrechte geen rekening werd gehouden.

Het enige middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, ongegrond.

3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing 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:

<u>Enig artikel</u>

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op drie februari tweeduizend eenentwintig door:

mevr. N. MOONEN,	wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,
dhr. M. DENYS,	griffier.
De griffier,	De voorzitter,
M. DENYS	N. MOONEN