

Arrest

nr. 254 197 van 7 mei 2021
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat J. BRAUN
Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Afghaanse nationaliteit te zijn, op 11 februari 2021 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 17 november 2020 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen 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 9 maart 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 maart 2021.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. VERMANDER.

Gehoord de opmerkingen van advocaat A. HAEGEMAN, die *loco* advocaat J. BRAUN verschijnt voor de verzoekende partij, en van advocaat M. DUBOIS, die *loco* advocaten C. DECORDIER en T. BRICOUT verschijnen voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 19 oktober 2020 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

1.2. Op 17 november 2020 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie een beslissing waarbij de aanvraag vermeld in punt 1.1. ongegrond wordt verklaard. Dit is de bestreden beslissing waarvan de motieven luiden als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 19.10.2020 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

(...)

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 S.T.K. (...) die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 09.11.2020)

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.

Gelet op de aanvraag om machtiging tot verblijf dd. 19.10.2020 door betrokkene ingediend overeenkomstig artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en gezien de asielaanvraag dd. 22.11.2019 van betrokkenen op genoemde datum nog in behandeling was, werd voor onderhavige beslissing gebruik gemaakt van de taal die voor deze asielprocedure gekozen / bepaald werd, te weten het Nederlands (Toepassing van artikel 51 / 4§3 van de wet van 15 december 1980).

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan S., T.K. (...) te willen overhandigen.”

2. Over de rechtspleging

Aan de verzoekende partij werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van de verwerende partij om de kosten van het geding ten laste van de verzoekende partij te leggen.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een enig middel voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van 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), van artikel 5 van de richtlijn 2008/115/EU van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie van 16 december 2008 over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven (hierna: de Terugkeerrichtlijn), van de artikelen 7, 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991), van de rechten van verdediging, van het recht op een doeltreffende voorziening in rechte, van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van de zorgvuldigheidsplicht. De verzoekende partij meent ook dat er sprake is van een manifeste appreciatiefout.

De verzoekende partij licht haar enig middel toe als volgt:

“a. Eerste grief

Volgens artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 moeten de bestuurshandelingen van de besturen uitdrukkelijk worden gemotiveerd en deze motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Er mag niet worden verwezen naar informatie waarvan de betrokkene niet op de hoogte kan zijn vóór of uiterlijk op het moment van kennisgeving van de beslissing. De 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 kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Door de uitdrukkelijke motivering op te leggen, is de wet van die aard dat zij de jurisdictionele toetsing van de bestuurshandelingen, die is verankerd in artikel 159 van de Grondwet en georganiseerd in artikel 14 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, versterkt (Arbitragehof - arrest nr. 55/2001 van 8 mei 2001).

Eenzijds bestaat de beslissing uit een dubbele motivering: het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer en de Medcoi-databanken. Volgens de Raad van State, « La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés » (RvS (13e kamer), 17 juni 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130).

Zoals Uw Raad heeft opgemerkt in zijn arrest nr. 213.722 van 11 december 2018: « 2.4. A cet égard, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions: « Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT, « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif, Ed. La Charte, 2005, p. 44-45, n°50). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001 ; C.E., arrêt n° 174.443 du 13 septembre 2007 ; C.E., arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 ; C.E., arrêt n° 228.829 du 21 octobre 2014 ; C.E., n° 230.579 du 19 mars 2015 ; C.E., arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016 ; C.E., arrêt n° 235.763 du 15 septembre 2016 ; C.E., arrêt n° 237.643 du 14 mars 2017 ; C.E., arrêt n° 239.682 du 27 octobre 2017) ».

Zoals Uw Raad in bovengenoemd arrest heeft geoordeeld, is de conclusie van het onderzoek van de antwoorden op de genoemde aanvragen Medcoi niet in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 29 juli 1991 : « Au vu du libellé et du contenu des réponses aux « requêtes MedCOI », le Conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin, selon laquelle, « Le pantoprazole et son équivalent, l'Oméprazole, le paracétamol, et le bisoprolol, sont disponibles en Côte d'Ivoire. Les sources suivantes ont été utilisées [...] : 1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI [...] », ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. En effet, la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis.

Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses aux «requêtes MedCOI», sur lesquelles se fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public. En conséquence, entendant motiver son avis par référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis. A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi en vérifier la pertinence.

Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète, afin de permettre à la partie requérante et au Conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et, en ce qui concerne la première, de pouvoir le contester

La circonstance que la partie requérante a pu prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », ainsi que constaté à la lecture du deuxième grief soulevé dans son moyen, n'énervé en rien ce constat. En effet, ces documents n'ayant pas été joints à l'avis du fonctionnaire médecin, ni cités par extraits, ni résumés dans cet avis, le fait que la partie requérante ait pu, ultérieurement à la prise des actes attaqués, consulter le dossier administratif, ne répond pas aux exigences rappelées au point 2.4 ».

In dezelfde zin, zien ook Uw arrest nr. 229.733 van 3 december 2019.

In casu concludeert de ambtenaar-geneesheer van de verwerende partij dat de medische zorgen en behandeling toegankelijk zijn uitsluitend op basis van aanvragen MedCOI. Het medisch verslag waarop de bestreden beslissing verwijst, bevat echter noch de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCOI. Daarnaast worden de artsen die bijdragen aan de MedCOI-databank beschermd door anonimiteit. Daarom is noch verzoeker noch Uw Raad in staat om de beweringen van de verwerende partij te verifiëren.

Bovendien wat de beschikbaarheid van zorg betreft, worden in de beslissing uittreksels uit de MedCOI-databank geproduceerd, maar wordt de naam van de instellingen waar de zorgen beschikbaar zouden zijn, noch het publieke of private karakter van deze instellingen vermeld. Dit zegt niets over de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorgen.

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

Anderzijds is het voldoende om de regularisatieaanvraag te lezen om op te merken dat verzoeker een schat aan informatie heeft verstrekt over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgen in Afghanistan. Er werd een zorgvuldige studie van het gezondheidsstelsel uitgevoerd en aan de verwerende partij toegezonden voordat de bestreden beslissing werd genomen.

Volgens de verwerende partij, "Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons. / Verenigd Koninkrijk, §111) end at, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y. / Rusland, § 9 ; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije §68)" (advies van de ambtenaar- geneesheer, p. 5).

In een gelijkaardige zaak (waar precies dezelfde argumenten werden aangevoerd door de tegenpartij), oordeelde Uw Raad dat:« S'agissant du fait que la requérante n'aurait pas démontré que sa situation individuelle serait comparable à la situation générale, le Conseil estime que dès lors que la requérante a démontré nécessiter le suivi par un psychiatre et qu'elle a invoqué la pénurie de psychiatres en Irak, reconnue par ailleurs par le médecin- conseil, elle a suffisamment démontré les liens entre sa situation personnelle et cette situation générale en Irak puisque rien au dossier administratif ne permet de penser

que la requérante, malgré la pénurie de psychiatres, parviendrait à consulter un tel médecin spécialiste. Il revenait au médecin-conseil de motiver valablement son avis à cet égard et d'indiquer la raison pour laquelle, en raison de sa situation personnelle, la requérante ne souffrirait pas de cette pénurie et pourrait avoir accès au suivi par un psychiatre.

En ce qui concerne le motif selon lequel la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir: CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir: CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012 », le Conseil estime qu'il constitue une réponse générale usitée et limitée dans le cadre de l'article 3 de la CEDH, sans donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour, lesquels sont corroborés par des documents joints à cette demande.

Il ressort de ce qui précède que l'avis du médecin-conseil et, partant, la décision attaquée sur lequel elle est fondée ne peuvent être considérés comme adéquatement et suffisamment motivés quant à l'accessibilité du suivi par un psychiatre » (RvV - arrest nr. 235.461 van 21 april 2020).

Dezelfde redenering moet in dit geval worden toegepast.

Daarbij in strijd met de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, heeft de tegenpartij haar beslissing niet rechtsgeldig gemotiveerd.

b. Tweede grief

Volgens de ambtenaar-geneesheer van de verwerende partij: "Tegenindicatie tot reizen werd niet vermeld" (advies van de ambtenaar-geneesheer, p. 1). Uit het medisch dossier van Meneer S. (...) blijkt echter dat:

"Le patient souffre de depression reactive avec asthénie et risqué de chronicité. Les maltraitements (tortures physique et psychique) qu'a vécu le patient dans son pays, ainsi que les situations de danger de mort, et les meurtres des membres de sa famille, reviennent en rumination (...). Le patient reste très fragile psychologiquement et les risques de passage à l'acte (TS) sont avérés" (psychologisch verslag dd. 28 september 2020 - stuk 3).

"Mr S.T. (...) présente des troubles de stress post traumatique en lien avec son vécu en Afghanistan et à son voyage jusqu'à l'Europe. (...) Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement? Décompensation, suicide" (standaard medisch getuigschrift dd. 16 oktober 2020 - stuk 4).

In een arrest nr. 234.002 van 13 maart 2020 heeft Uw Raad geoordeeld dat : « 3.2.5. Ensuite, s'agissant de l'argumentation de la partie requérante faisant, en substance, grief au médecin conseil de considérer qu'il n'y a pas de contre-indication au retour de la requérante dans son pays d'origine alors que les médecins indiquent spécifiquement le contraire, le Conseil constate que, dans la demande d'autorisation de séjour introduite le 18 mars 2013 par la requérante (cf. point 1.3.), la partie requérante précisait déjà qu' « elle souffre d'un PTSD qui empêche un retour dans le pays d'origine, lequel est devenu hautement anxiogène pour la requérante ». Le Conseil observe qu'en effet, il ressort des diverses pièces médicales déposées que les médecins suivant la requérante ont indiqué, à plusieurs reprises, la nécessité pour la requérante de rester éloignée de son pays d'origine. Ainsi, l'avis psychologique du 10 juin 2013 rédigé par le psychologue N.K., soulignait qu' « un retour au pays serait traumatogène et risque d'entraîner une rechute ». Dans le certificat médical type du 11 juin 2013, le psychiatre Th. V., fait mention du fait qu'une psychothérapie est impossible dans le pays à l'origine du traumatisme. Le certificat médical du 19 juin 2013 complété par le Dr. Ch. L., à la question de savoir si le patient peut voyager vers son pays d'origine, répond par la négative et précise qu'un retour au pays serait traumatogène et entraînerait une rechute. De même, le Dr. M. L., dans le certificat médical type du 13 mai 2016, indique que l'évolution de la pathologie de la requérante est favorable à condition d'être éloignée de son pays d'origine et d'avoir un suivi psychiatrique régulier et médicamenteux. Ce dernier certificat fait mention, en outre, d'une possible T. S. (lire : tentative de suicide) comme conséquence et

complication éventuelles d'un arrêt du traitement. Les mêmes constatations sont réitérées par ce médecin dans l'attestation du 3 août 2016, dont la partie requérante se prévaut en termes de recours à l'appui de son argumentation reprochant à la partie défenderesse de ne pas en tirer les conclusions adéquates, ni des autres certificats postérieurs. Dans le certificat médical type établi par le Dr. F. G., il est encore clairement indiqué qu'« un éloignement de son pays d'origine [illisible] semble indispensable afin d'envisager une évolution favorable + suivi psy régulier et [...] médicamenteux ». Au surplus, le Conseil relève aussi que les conséquences d'arrêt de traitement ou complications éventuelles mentionnées sont les suivantes : « Risque de décompensation psychotique possibilité de TS ». Des constats similaires sont, une nouvelle fois, faits par le même médecin, dans le certificat médical type du 5 avril 2017. Le certificat médical type du 3 juillet 2017 du Dr. F. G. mentionne : « éloignement du pays d'origine comme unique possibilité pour évolution favorable ». (...)

Le Conseil, par ailleurs, observe, sans se prononcer sur la question de l'événement précis à l'origine du syndrome anxio-dépressif dont la requérante souffre, que l'ensemble des documents médicaux déposés attestent que la requérante est atteinte de : « dépression post traumatique » ou « trouble anxieux post traumatique », ou « S. de stress post-traumatique +++ », ou « Etat dépressif post-traumatique avec troubles psychosomatiques », ou « symptômes dépressifs [...] d'origine psycho-traumatique », dont la sévérité est régulièrement relevée. Dès lors que les différents médecins traitants de la requérante, ont de manière constante posé un diagnostic similaire, constatant la réalité et le degré de gravité de la pathologie alléguée, et dès lors que de très nombreux certificats médicaux ont affirmé que la requérante devait rester éloignée de son pays d'origine, le Conseil estime ne pas pouvoir suivre la conclusion du médecin conseil selon laquelle aucune contre-indication au pays d'origine ne peut être formellement retenue ».

In casu moet dezelfde redenering worden toegepast.

Gezien al deze elementen, vormt de bestreden beslissing een manifeste appreciatiefout en schendt artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en de zorgvuldigheidsplicht.

c. Derde grief

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

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

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

« 187. Lorsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129, et F.G. c. Suède, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Su fi et Elmic. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, §214, 28 juin 2011, HirsiJamaa et

autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108, El-Masri, précité, §213, et Tarakhel, précité, § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphe 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade. 188. Ainsi que la Cour l'a rappelé ci-dessus (voir paragraphe 173), se trouve en jeu ici l'obligation négative de ne pas exposer quelqu'un à un risque de mauvais traitements prohibés par l'article 3. Il s'ensuit que les conséquences du renvoi sur l'intéressé doivent être évaluées en comparant son état de santé avant l'éloignement avec celui qui serait le sien dans l'État de destination après y avoir été envoyé. 189. S'agissant des facteurs à prendre en considération, il y a lieu pour les autorités de l'État de renvoi de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3 (voir paragraphe 183, ci-dessus). Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'État de renvoi ; il ne s'agit pas, en effet, de savoir si les soins dans l'État de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'État de renvoi. Il ne saurait pas non plus être déduit de l'article 3 un droit à bénéficier dans l'État de destination d'un traitement particulier qui ne serait pas disponible pour le reste de la population. 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France [déc.], n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie [déc.], précitée) » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

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

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

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

/ . Beschikbaarheid van de nodige behandeling in Afghanistan

- Aangaande de MedCOI-databank

De ambtenaar-geneesheerverklaart, uitsluitend op basis van de informatie in de MedCOI-databank, dat de medische opvolging en de aan Meneer S. (...) voorgeschreven geneesmiddelen in Afghanistan beschikbaar zijn. In de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project staat dat echter uitdrukkelijk vermeld dat: « Bij het zoeken naar beschikbaarheid is de verstrekte informatie beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling in het land van herkomst » (medisch verslag van de ambtenaar- geneesheer, p. 2). Deze disclaimer toont aan dat het MedCOI-project de beschikbaarheid van zorgen in het land van herkomst alleen analyseert op basis van informatie die in het algemeen in één zorginstelling wordt verzameld. Dergelijke informatie doet terecht twijfels rijzen over de serieusheid van deze studie, die bedoeld is om de beschikbaarheid

van zorgen op nationaal niveau te beoordelen: het feit dat een medisch centrum over de vereiste zorgen beschikt, betekent niet dat deze beschikbaar zijn op het niveau van de nationale vraag.

- *Aangaande het verzorgingsstelsel in Afghanistan*

In zijn regularisatie aanvraag had verzoeker reeds talrijke bronnen genoemd waaruit de onbeschikbaarheid van algemenezorg in Afghanistan blijkt. De ambtenaar- geneesheer heeft op geen enkele wijze rekening gehouden met deze publieke en objectieve informatie en zegt niet op welke manier het niet correct en voldoende zou zijn.

Uit andere verschillende en betrouwbare bronnen blijkt dat er in Afghanistan over het algemeen een gebrek is aan een goed gezondheidszorgstelsel:

- OSAR, « Afghanistan : Mise à jour, Les conditions de sécurité actuelles », 14 september 2017, <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/mittlerer-osten-zentralasien/afghanistan/170914-afg-update-f.pdf>): « /Accès aux soins de santé. Selon des données de l'ONU, neuf millions de personnes en Afghanistan n'auraient pas accès ou ne disposeraient que d'un accès limité aux établissements de santé. Le

système de santé n'est pas suffisamment développé pour répondre aux énormes défis

que représentent les conflits armés ainsi que le retour croissant des personnes exilées.

Dans tout le pays, les capacités pour mener des opérations chirurgicales de manière satisfaisante sont insuffisantes. 152 En outre, bien que le pays connaisse la guerre depuis plusieurs décennies, il ne dispose toujours pas des capacités suffisantes pour traiter les blessés de guerre et assurer un approvisionnement à un nombre élevé de victimes. 153 L'offre en matière de santé psychiatrique est faible et ne couvre de loin pas les besoins importants existants. 154 Il est toujours très difficile pour les femmes de bénéficier de soins médicaux 155 et l'accès aux établissements de santé est limité de manière disproportionnée pour les enfants. Le taux de mortalité infantile et maternelle est ainsi l'un des plus élevés du monde. En outre, les enfants âgés de moins de cinq ans contractent régulièrement la rougeole ».

- MSF Luxembourg, ((Rapport international d'activités 2017: Afghanistan»

(beschikbaar op: [https://www.msf.org/fr/rapport-dactivites-international-](https://www.msf.org/fr/rapport-dactivites-international-2017/afghanistan)

2017/afghanistan):« Croissance des besoins médicaux à Kaboul - Ces dix dernières années, Kaboul, la capitale, a connu une forte croissance démographique et ses

services de santé publique ne parviennent pas à répondre aux besoins. Or, des populations continuent d'affluer d'autres régions du pays, en quête de sécurité ou d'opportunités économiques.À l'est de Kaboul, MSF aide depuis 2009 le ministère de la Santé publique à l'hôpital du district d'Ahmad Shah Baba, qui dessert plus de 1,2 million d'habitants. MSF y gère les services ambulatoires et d'hospitalisation, en se concentrant sur la santé maternelle, les soins pré- et postnatals et les urgences. MSF soutient aussi les unités de néonatalogie et pédiatrie, chirurgie, nutrition, planning familial, promotion de la santé et vaccination. L'équipe de MSF travaille au laboratoire et en radiologie, et gère des programmes de prise en charge de la tuberculose (TB) et de maladies chroniques non transmissibles, telles que l'hypertension et le diabète. En 2017, l'hôpital a reçu plus de 116'000 consultations ambulatoires et admis plus de 2'000 patients par mois. Plus de 20'000 bébés sont nés dans cet hôpital, soit près de 60 par jour ».

UN, « Afghanistan : les enfants ont de moins en moins accès à la santé et à l'éducation, selon l'ONU», 18 april 2016 (beschikbaar op<https://news.un.org/fr/story/2016/04/333312-afghanistan-les-enfants-ont-de-moins-en-moins-acces-la-sante-et-leducation>): "Les enfants en Afghanistan éprouvent de plus en plus de difficultés à accéder à des soins de santé et à une éducation en raison de l'augmentation des violences liées au conflit, indique un nouveau rapport de l'ONU, publié lundi.

Réalisé conjointement par la Mission d'assistance des Nations Unies en Afghanistan (MAN U A) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ce rapport documente la façon dont la violence, les menaces et les intimidations liées au conflit ont affecté le personnel éducatif et de santé, réduit la disponibilité des soins de santé et limité l'accès des enfants à la santé et à l'éducation.

Intitulée 'Éducation et santé en péril - les principales tendances et incidents affectant l'accès des enfants aux soins de santé et à l'éducation en Afghanistan', cette étude couvre la période allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2015.

« Les conclusions du rapport sont profondément troublantes. Il est tout simplement inacceptable pour les enseignants, les médecins et les infirmières d'être victimes de violence ou de menaces ; et pour les écoles et les installations médicales d'être détournées ou attaquées », a déclaré le Représentant spécial du Secrétaire général de l'ONU pour l'Afghanistan et chef de la MANUA, Nicholas Haysom, dans un communiqué de presse annonçant la publication du rapport. « Toutes les parties doivent prendre des mesures visant à protéger les services d'éducation et de santé en Afghanistan », a-t-il ajouté.

En 2015, la MANUA et l'UNICEF ont documenté 125 incidents affectant l'accès aux soins de santé (comparé à 59 en 2014), y compris 20 agents de santé tués, 43 autres blessés et 66 enlevés. Les deux agences ont également relevé 132 incidents liés au conflit affectant l'accès à l'éducation et le personnel éducatif en 2015, dont 11 membres du corps enseignant tués, 15 blessés et 49 enlevés, soit une forte augmentation par rapport l'année précédente.

« En 2015, les enfants ont eu de plus en plus de mal à accéder aux services de santé et d'éducation en Afghanistan en raison de l'insécurité et de la violence liées au conflit, exacerbées par des niveaux élevés de pauvreté chronique dans tout le pays », a déclaré le Représentant de l'UNICEF en Afghanistan, Akhil Iyer, ajoutant que la violence liée aux conflits a entraîné la fermeture partielle ou totale de plus de 369 écoles en 2015, touchant plus de 139.000 étudiants et 600 enseignants.

Deze informatie wordt door andere bronnen bevestigd:

- OSAR, «Afghanistan: Profil à risque», 12 september 2018 (beschikbaar op: <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/mittlerer-osten-zentralasien/afghanistan/180912-afq-update-profile-f.pdf>): « Accès aux soins de santé. Dix millions d'Afghan-e-s n'ont pas accès ou ne disposent que d'un accès limité aux soins médicaux de base. 92 Les tensions politiques et militaires avec le Pakistan ont en outre compliqué l'accès aux établissements de santé pakistanais pour la population afghane. 93 Le système de santé afghan manque d'infrastructures et de personnel qualifié, en particulier des femmes, et souffre de l'absence de mise en œuvre cohérente de la politique nationale de la santé. De nombreuses personnes n'ont pas les moyens de se payer les coûts des soins de santé ni les médicaments dont elles auraient besoin. A l'échelle nationale, 4,5 millions de personnes dépendent de manière chronique des soins médicaux de base. 94 L'intensification des hostilités a entraîné l'augmentation du nombre de victimes : de janvier à septembre 2017, les établissements de santé ont enregistré plus de 69V00 cas de soins primaires. Près de la moitié d'entre eux ont été soignés dans des hôpitaux à Lashkargah (province de Helmand) et Kaboul. Le personnel des établissements de premiers soins est dépassé par la complexité et la gravité des blessures, notamment à cause du manque d'infrastructures médicales. Les établissements ne disposent pas des capacités de mener des opérations chirurgicales, ni d'équipements appropriés ou de personnel qualifié leur permettant effectivement d'effectuer des mesures de maintien de la vie. Plus du tiers des survivant-e-s souffrent de lésions altérant leur vie, notamment l'amputation d'un ou de plusieurs membres. Ils ont besoin de réadaptation et d'encadrement psychologique. De nombreuses personnes conservent un ou plusieurs handicaps à vie. Les flux de retours et d'IDP surchargent encore davantage le système de santé déjà gravement touché. 95 Le taux de mortalité infantile et maternelle en Afghanistan reste l'un des plus élevé au monde. et le taux de vaccination est faible. 96 Les obstacles culturels et le manque de personnel de santé féminin, en particulier dans les zones reculées, limitent l'accès des femmes aux soins de santé. 97 Pour des soucis de sécurité, les enfants ont un accès restreint aux établissements de santé ».

- Amnesty International, "Afghanistan 2017/2018"(beschikbaar op <https://www.amnestv.org/en/countries/asia-and-the-pacific/afghanistan/report-afghanistan/>): "The UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) said that some 437,907 people were displaced by the conflict in 2017 alone, bringing the total number of internally displaced people (IDPs) to more than 2 million. Despite the promises made by successive Afghan governments, IDPs continued to lack adequate housing, food, water, health care and opportunities to pursue education and employment. Most were forced to make long daily trips to fetch water and struggled to obtain one daily meal. Most IDPs lacked access to basic health care facilities. Private health care was unaffordable for most IDPs, and mobile clinics, operated by NGOs or the government, were only available sporadically".

- International Medical Corps, "Afghanistan" (beschikbaar op <https://internationalmedicalcorps.org/countrv/afghanistan/>): "een doctor per 10,000 inwoners en 5 verplegers per 10,000 inwoners".

- WHO, "From Trauma to Recovery: Addressing Emergency Care in Afghanistan", april 2018 (beschikbaar op: <https://www.who.int/features/2018/emergency-care-afghanistan/en/>): "Salim's story is not unusual in today's Afghanistan, which is in the midst of one of the longest protracted complex emergencies in the world. It faces prolonged conflict, frequent natural disasters and mass population movements. The situation is made even more complicated with masses of internally displaced people, returnees, and refugees congregating in both urban centres and their outskirts. The already overwhelmed health facilities are often unable to absorb the additional burden of the new arrivals. The Ministry of Health, with support from the Health Cluster, led by WHO, is struggling to rebuild a health system badly frayed after years of conflict. The challenges are many: damaged infrastructure, a lack of trained healthcare providers, and under-resourced healthcare facilities. The situation is further complicated by a lack of security and pervasive poverty."

- Save The Children, "Afghanistan - Health" (beschikbaar op <https://afghanistan.savethechildren.net/what-we-do/health>): "Afghanistan's health status is one of the most challenging in the world. In the past ten years Afghanistan has made impressive progress in providing health services to its people - the Afghanistan Mortality Survey, for example, released in late 2010, showed significant reductions in the rates of child and maternal mortality rates, testament to improvements in services. But significant challenges remain. Among them are a lack of skilled medical personnel and an overall lack of access to health care, high newborn mortality rate, and high prevalence of chronic and acute malnutrition".

Het blijkt uit verschillende bronnen dat er in Afghanistan een belangrijke markt voor namaakgeneesmiddelen bestaat. Dergelijke geneesmiddelen zijn op geen enkele wijze geschikt voor verzoeker. Volgens OSAR : « À cause de la corruption, ainsi que du laxisme des contrôles à l'importation et des contrôles de qualité, l'Afghanistan est un marché pour les médicaments de mauvaise qualité et pour les médicaments falsifiés. D'après un rapport publié en octobre 2014 par l'Independent Joint Anti-Corruption Monitoring and Evaluation Committee (MEC), un organe indépendant du gouvernement afghan, la moitié au moins des médicaments importés en Afghanistan sont introduits illégalement. Ce rapport s'appuie sur les informations du Ministère afghan de la Santé. Tout le processus d'importation est très sujet à la corruption. L'énorme attrait financier de l'importation illégale de médicaments a entraîné une hausse de la contrebande et favorisé toute une industrie autour de la production et de l'importation en Afghanistan de médicaments falsifiés ou de mauvaise qualité. On estime ainsi que jusqu'à 60 pour cent des médicaments importés en Afghanistan sont produits au Pakistan spécialement pour le marché afghan. Leur qualité laisse souvent à désirer, faute de contrôle » (OSAR, « Afghanistan: traitement psychiatrique et psychothérapeutique », 5 avril 2017, beschikbaar op <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/mittlerer-osten-zentralasien/afghanistan/1704Q5-afq-psychiatriche-behandlung-f.pdf>. p.4).

In zijn advies verwijst de ambtenaar-geneesheer naar The Basic Package of Health Services (BPHS) (dd. 2003) en The Essential Package of Hospital Services (EPHS) (dd. 2005). De ambtenaar-geneesheer merkt ook op dat het Afgaanse Ministerie van Volksgezondheid in samenwerking met verschillende NGO's werkt.

Uit de informatie van de MedCOI-databank blijkt echter dat : «According to a patient survey of Doctors Without Borders (MSF), long waiting times, limited opening hours, bad reputation of the public health system, lack of medicines, lack of qualified staff, perceived poor quality and corruption were the most common complaints about the public healthcare system. People also mentioned the lack of a properly functioning public referral system between basic health centres and district or provincial hospitals as a problem. The study found that four in five people had bypassed their closest public clinic during a previous illness because they believed there were problems with the availability or quality of staff, services or treatments, (pp. 23-24)

In 2017, Integrity Watch Afghanistan (IWA) published an analytic study on the state of public health facilities in the country. The report shows that the public health sector across the country still face major deficiencies: 'More than half of the facilities are experiencing structural and maintenance problems and a majority of the facilities need urgent repair. (...) Almost half of the facilities are in poor hygiene and sanitation conditions with a quarter of them not having toilets. Four out of 10 health facilities lack potable water system while one in every five facilities has no electricity at all. (...) [T]wo-thirds of the health facilities do not have ambulances, adding to difficulties in accessing clinics and hospitals. (...) [M]any health facilities in the country reported non-availability of medical equipment and supplies.'

According to the MedCOI contact person AF30, one can get treated for free in a public hospital but the medical equipment is often outdated or not available. There is a lack of medical personnel, hygiene conditions are bad, the floors are not cleaned properly, there are no waiting benches, the staff is often rude and doctors who should come to the hospital from 8 am to 5 pm are only attending the hospital for 2 hours because they have their own private practices.

In all four locations where MSF performed its healthcare survey, respondents answered that hospitals were encouraging patients to go to their more expensive after-hours private practices.

A reporter from Afghanistan Analysts Network (AAN) writes in a paper for the Swiss Migration Office (SEM) in 2017 about public hospitals in Kabul: 'When you come to a public hospital, you have to be lucky that the doctor is there and is not sitting in his private practice. You have to pay for all medicines, although those in the primary care are free. This is mostly because the doctor, in addition to his job in the state hospital, still has a clinic, owns a pharmacy to generate himself an income. Of course, this affects the quality in both the health system and the education system. '

Also mentioned in this paper is that although Kabul has a medical department in the university, the only surgery that is being done there is 'war surgery' (e.g. amputations). The professional level is low. Sometimes second year students open a clinic on their own and start caring for people. There is no control mechanism in place to check the quality of the provided services. There are some good clinics in Kabul, mostly run by NGO's, but they cannot keep up with the demand, (pp. 23-25) (...)

Dr. Abdul Wakil Ahmadi, Director of the Kabul Provincial Public Health Directorate said in an interview that 'SEHAT had an effective approach to providing health services in Kabul city. As a result of their activities, such as capacity building and renovation of health facilities, we can see a tangible improvement in Kabul city health facilities. ' However, he also pointed to the fact that much work still needed to be done: 'Most of our ambulances are very old and need to be replaced, for example. We also need to focus much more on our Community Health Workers. '

The SEHAT programme closed in June 2018 and facilitated the provision of BPHS and EPHS services in the entire country, (p. 26) (...)

The Global Health Observatory of the WHO reports a density of 0.295 physicians per 1,000 population in 2016 and 5 hospital beds per 10,000 population in 2015, while this is respectively 3.011 in 2015 and 62 in 2014 for Belgium, (p. 27) (...)

The WHO stated in 2017 that 'the lack of trained medical personnel, particularly women, remains a major challenge throughout Afghanistan. 'According to the MedCOI contact person AF30, there is a shortage of healthcare personnel especially in the countryside. There are also not enough experienced doctors because they received their diploma from private universities but do not have enough experience to treat patients properly.

According to the 2017 report by the German Federal Office for Migration and Refugees (BAMF): 'Medical assistance is widely unavailable for the treatment of a variety of diseases and afflictions. Surgical operations can only be handled in selected places, which generally lack adequate equipment and personnel. Diagnostics equipment such as computer tomography scan (one in Kabul) or Magnetic Resonance Imaging is likewise unavailable.'

An Afghan News article in 2018 discusses the lack of healthcare workforce in the country. 'There are only around 3 physicians, 3 nurses and midwives per 10000 of population (WHO, 2015).' The article further mentions that 'many private institutes are educating and graduating students in pharmacy, midwifery, nursing, physiotherapy, laboratory, prosthesis and anaesthesia'. (...)

Healthcare human resources face a lot of pressure because of Afghanistan's security situation. Many health centres in certain Afghan districts are so vulnerable to the violence of the civil war and the insurgency that health specialists refuse to work in these areas. Often, doctors, especially female staff, are not able to work outside of the big cities. Medical facilities and staff have become targets of the violence brought about by the military conflict. In Kabul, gunmen even dressed as medical personnel and attacked a hospital on 8 March 2017, resulting in 30 civilian deaths. According to UN AM A (United Nations Assistance Mission in Afghanistan), the majority of incidents in 2017 consisted of threats, intimidation, harassment and abduction of medical personnel.

UNAMA reports that 'throughout 2017, Anti-Government Elements abducted 22 healthcare workers in 11 incidents, killing one of them. The other healthcare workers were released unharmed, mostly without ransom, and often following the intervention of local elders. "UNAMA documented the temporary closure of at least 147 health facilities in 2017, following threats by Anti-Government Elements, compared to 20 such closures in 2016.'

In 2018, the Taliban announced that they would no longer guarantee the protection of Red Cross workers in Afghanistan and criticised the organisation. Until then, more than 1,000 Red Cross staff worked in the country. International Red Cross (ICRC) staff was already significantly reduced in the country after 7 staff members were killed in 2017. The ongoing fighting makes it more and more difficult for doctors and nurses to do their jobs, and as clinics close, patients are left without proper medical treatment, (pp. 28-29) (...)

However, according to a UN report from 2017, stock-outs of medicines and medical equipment can occur due to the insecurity and inaccessibility of public roads. In all levels of the healthcare system, there can be shortages of life-saving medicines, even in referral hospitals. (...)

According to the MedCOI contact person AF30, because of lack of money, it sometimes takes 1 to 2 months to bring the medications to public health facilities in Afghanistan. A prescription is needed for certain types of drugs, (p. 30) (...)

The quality of these medicines is often low, the drugs are expired or were transported in bad conditions.

A 2017 news article writes that the market is flooded with counterfeit, low quality and expired medicines: 'Ehsan Shinwari, head of the Nangarhar Civil Hospital, said that the problem had reached such a level people no longer felt they could rely on Afghan doctors and instead sought treatment in Pakistan wherever possible.

In 2017, the MoPH launched a 12-week campaign against counterfeit and substandard medicine. The licenses of more than 900 local and foreign pharmaceutical importing companies were suspended while 100 tons of expired, counterfeit and low-quality medicine were seized from pharmacies. The security situation further affects the delivery and availability of life saving medicines due to road inaccessibility, (p. 31) (...)

In public facilities, patients must often purchase medications from private pharmacies and obtain lab tests and examinations from private providers because of medication stock-outs, lack of medical equipment, lab tests and diagnostic examinations that are not available in the majority of public hospitals ». (p. 38) (Country Fact Sheet MedCOI IV - Access to Healthcare : Afghanistan, december 2018 - stuk 5).

Deze informatie, die het gebrek aan beschikbaarheid van gezondheidszorg in Afghanistan duidelijk aan de kaak stelt, werd niet in aanmerking genomen door de ambtenaar-geneesheer.

Ten slotte wordt de situatie steeds slechter als gevolg van de verspreiding van COVID- 19. De afgelopen maanden heeft het dodelijke en zeer besmettelijke coronavirus zich over de hele wereld verspreid. De corona-epidemie, die al immense gevolgen heeft voor Westerse en Aziatische landen, zal ongetwijfeld leiden tot een ongekennde humanitaire catastrofe in Afghanistan. Bovendien maakt het gebrek aan financiële middelen en de armoede van burgers de toegang tot medische zorg onmogelijk.

- GlobalVoices, "Le COVID-19 fait ses premières victimes en Afghanistan", 4 april 2020 (beschikbaar op: <https://fr.globalvoices.org/2020/04/04/247527/>): « L'Afghanistan est particulièrement exposé à la pandémie du COVID-19 : nombre de ses 32 millions d'habitants [fr] ont subi des décennies de guerre civile, ce qui a affaibli, si ce n'est complètement détruit, le secteur de la santé publique. Ce pays partage de plus une frontière avec l'Iran, l'un des pays les plus atteints par le COVID-19. L'enregistrement des premiers cas d'infection et de décès en Afghanistan n'a donc rien d'étonnant.

Le premier décès a été rapporté le 22 mars dans le nord de la province de Balkh et confirmé par le ministère de la Santé publique. Le second cas était une femme de 45 ans dans l'ouest de la province d'Herat. Le 28 mars, il y avait 174 cas confirmés d'infection par le nouveau coronavirus, le virus responsable de la maladie, et trois décès étaient comptabilisés ».

- *The Diplomat*, "Afghanistan Needs the World's Help to fight COVID-19", 3 april 2020 (beschikbaar op: <https://thediplomat.com/2020/04/afghanistan-needs-the-worlds-help-to-fight-covid-19/>): "As countries around the world compete to shut their borders to contain the coronavirus, one crossing is more porous than ever - Afghanistan's western border with Iran. Over the past two months, tens of thousands of Afghans have returned from Iran, where COVID-19 has already killed more than 3,000 people and infected over 50,000. They could be bringing a ticking time bomb with them."

Afghanistan's health system - wracked by decades of conflict and under-resourcing - is not equipped to deal with the virus on its own. Children are particularly vulnerable to the crisis, especially the millions who are already living in poverty, facing malnutrition, or who have been forced from their homes and linger in squalid displacement camps. The daily challenges they face - getting enough food to eat, reaching schools, or seeking healthcare - will only be magnified as the virus squeezes supply lines and diverts already meagre government resources".

- *The Lancet Global Health*, "COVID-19: the current situation in Afghanistan", 2 april 2020 (beschikbaar op: [https://www.thelancet.com/journals/lanqlo/article/PIIS2214-1798\(20\)30124-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanqlo/article/PIIS2214-1798(20)30124-8/fulltext)): "Afghanistan is home to 31.6 million people, 71.5% of whom live in rural areas. According to WHO reports, a single, national isolation centre with a capacity of 100 beds, and regional and provincial isolation centres with a total capacity of 991 beds, are currently operational in Afghanistan. Only one central public health laboratory in Afghanistan's capital, Kabul, is currently doing diagnostic tests for COVID-19, with a maximum capacity of 50 tests per day, costing US\$1600 per diagnostic kit. The absence of local laboratories to do diagnostic tests for COVID-19 creates considerable delays in treating and isolating patients in hospitals in distant parts of the country. Another concerning issue is the shortage of health-care workers. There are only 9.4 skilled health professionals, and 0.9 physicians, per 10,000 individuals in Afghanistan; physicians are disproportionately distributed across the country, with 7.2 physicians per 10,000 people in urban areas and as few as 0.6 physicians per 10,000 in rural areas.⁵ According to WHO's Global Health Workforce Alliance, 22.8 skilled health workers per 10,000 people are required for most countries to execute all essential health interventions. High levels of financial insecurity and low levels of personal safety in some remote provinces will have a large, direct negative effect on the provision and coverage of health services for both the general public and the health-care staff. With an overall literacy rate of 31.74% in Afghanistan, community awareness of imperative public health, sanitation, and hygiene practices and more efficient infection prevention strategies must be raised by an alternative method to the written word".

• Aangaande de beschikbaarheid van de specifieke zorgen die Meneer S. (...) nodig heeft

Meneer S. (...) lijdt aan een ernstige posttraumatische stressstoornis. Zijn medische behandeling bestaat uit het innemen van verschillende medicijnen (Zyprexa 5mg, Siplarexa 10mg, alprazolam 1mg) en vereist een psychologische en psychiatrische follow-up. Vanwege de ernst van zijn gezondheidstoestand werd Meneer S. (...) in oktober 2020 in het ziekenhuisopgenomen. Indien de behandeling wordt stopgezet, zal Meneer S. (...) te maken krijgen met decompensatie en het risico van zelfmoord.

De beschikbare documentatie bevestigt dat het in Afghanistan ontbreekt aan psychologische en psychiatrische zorg:

- *Human Rights Watch*, "Afghanistan: Insuffisance de l'aide aux personnes traumatisées par le conflit" oktober 2019 (beschikbaar op: <https://www.hrw.org/fr/news/2019/10/07/afghanistan-insuffisance-de-l'aide-aux-personnes-traumatisees-par-le-conflit>): "Le gouvernement afghan ne fournit pas des services de soin de santé mentale suffisants aux nombreux citoyens ayant vécu des événements traumatisants, a déclaré aujourd'hui Human Rights Watch.

Plus de la moitié de la population afghane souffre de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique liées à des violences dans le cadre du conflit armé, mais moins de 10 % bénéficient d'un soutien psychosocial adéquat de la part de l'État, selon les données gouvernementales. Avec l'aide des donateurs internationaux, le gouvernement devrait développer les services de santé mentale et les campagnes de sensibilisation à ce sujet.

« Des décennies de violence ont infligé à de nombreux Afghans non seulement des blessures physiques, mais aussi de profondes séquelles sur le plan psychologique », a déclaré Jonathan Pedneault, chercheur sur les conflits et crises auprès de Human Rights Watch.

En vertu du droit international des droits humains, le gouvernement afghan a l'obligation de fournir aux citoyens un soutien en vue de bénéficier d'un niveau élevé de santé, y compris de santé mentale, dans la mesure du possible. Toutes les parties au conflit, y compris les insurgés talibans, sont responsables de garantir l'accès à des soins de santé de qualité, ainsi l'acheminement d'aide humanitaire le cas échéant, dans les zones sous leur contrôle.

Dans un courrier électronique adressé à Human Rights Watch le 30 septembre, le ministre afghan de la Santé publique, le Dr Feroz Ferrozuddin, a confirmé qu'« un investissement politique et financier supplémentaire est nécessaire » afin de faire face à cet important défi.

- World Health Organization, "Afghanistan - Mental and disability health" (beschikbaar op: <http://www.emro.who.int/afq/programmes/mental-health.html>): "Devastated by decades of war, instability and poverty, many Afghans suffer from mental health and psychosocial problems. Despite significant need, healthcare facilities attending to mental health issues are scarce. Mental health is one of the components in the existing framework of the Basic Package of Health Services (BPHS). Inclusion of mental health and psychosocial care into BPHS is an important step towards ensuring that psychosocial problems and mental disorders are recognized and managed by primary healthcare personnel. Currently, psychosocial counselors provide services in most comprehensive health centres (CHCs). The lack of trained psychiatrists, psychiatric nurses, psychologists and social workers presents a serious challenge for mental healthcare service delivery. Nationwide, only 320 hospital beds in the public and private sector are available for people suffering from mental health problems. (...)"

Programme Risks and Challenges: People with mental health and substance abuse disorders are not the only ones who experience stigma and human rights violations: mental health care providers in the formal and informal sectors also report this; Despite the high number of people suffering from mental health problems in the country, the mental health services available are limited and of low quality; Inadequate financing of mental health and psycho-social interventions".

Uit de informatie van de MedCOI-databank blijkt ook dat: « After 40 years of violent conflict, a large part of the population in Afghanistan is suffering from mental health problems. The WHO estimates that 'more than a million Afghans suffer from depressive disorders while over 1.2 million suffer from anxiety disorders. Actual figures are likely to be much higher. '

According to the WHO's Health Profile Afghanistan 2015, 'neuropsychiatric disorders are estimated to contribute to 6.7% of the burden of disease and the suicide rate is estimated at 5.7 deaths per 100 000 population per year'. 236 The MedCOI contact person AF30 mentions that the most frequent mental illness in Afghanistan is depression, mostly caused by the war in the country.237

The Afghan Independent Human Rights Commission (AIHRC) reports that about 3,000 Afghans attempt to take their own lives every year. But the real figure could be even higher because of the stigma that exists on suicide and mental health problems. (...)

An article mentions that an estimated 42 to 66 % of the Afghan population have some form of PTSD (posttraumatic stress disorder) due to the suffering caused by the war. However, most patients are not officially diagnosed with PTSD. 'Records of a mental health clinic in Herat, operated by International Assistance Mission (IAM), suggest that only 1.2 per cent of their patients were diagnosed with the disorder. (...)

The BPHS regulations stipulate that each Community Health Centre (CHC) should have one psychosocial counsellor who received training for 3 months to work at CHC level. Psychosocial counselling rooms are to be set up in each CHC. But theory and practice prove to be two different things in Afghanistan, as the 'lack of trained psychiatrists, psychiatric nurses,

psychologists and social workers presents a serious challenge for mental healthcare service delivery'. (...) A report about the mental health problems of Kabul's displaced youth claims that the country suffers from a severe shortage of trained professionals (psychiatrists, social workers, psychologists) and adequate infrastructure to deal with these patients (...).

'Resources to offer assessment, diagnosis, and treatment for mental illness are severely under-developed and lacking in Afghanistan. A significant yet overlooked consequence of conflict is the impact on health systems. (...)

According to the WHO, the biggest difficulties for access to mental healthcare in Afghanistan are the lack of specialised resources and the population's misconceptions about mental problems. Healthcare services for mental conditions and substance abuse in Afghanistan are limited. This is partly due to lack of financial and infrastructural means but also because of the lack of awareness and the social stigma that exist about these conditions. (...)

According to Asylos, an asylum research project, Afghanistan is severely lacking in mental healthcare infrastructure and trained mental health experts. Psychological services are mainly provided in the private and NGO sector. Kabul's only mental health facility run by the Government has the capacity to treat just 60 patients at a time. The conditions that are treated here are mainly stress and anger related and depression.

In interview, an expert told the organisation Asylos that access to mental healthcare is still inadequate in Afghanistan: 'There are only 8 psychiatrists, 18 psychiatrist nurses and 20 psychologists for a population of 28 million. (...) While there is a single module on mental health in the Basic Package for Health Service training developed by the Ministry of Public Health, this does not empower the staff to make a diagnostic. The lack of training and the absence of protocol mean that these doctors often ignore symptoms and are not able to properly identify disorders or prescribe the right medication » (pp. 56-61) (Country Fact Sheet MedCOI IV-Access to Healthcare : Afghanistan, december 2018 - stuk 5).

« According to Asylos, a network of research volunteers⁶, Afghanistan is severely lacking in mental healthcare infrastructure and trained mental health experts. ⁷ There is only one mental health facility in Kabul that is run by the government and it has the capacity to treat just 60 patients at a time. ⁸ Psychological services are mainly provided in the private and NGO sector » (p. 3) (BDA - 20171129-AF-6680).

Daarbij in strijd met de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, heeft de tegenpartij haar beslissing niet rechtsgeldig gemotiveerd. De bestreden beslissing, die geen rekening houdt met de specifieke zorgen die voor Meneer S. (...) nodig zijn, is ook in strijd met de zorgvuldigheidsplicht.

ii. Toegankelijkheid van de nodige behandeling in Afghanistan

Ten eerste, bestaat er in Afghanistan geen universele ziekte verzekering: « Pas d'assurance maladie publique, des services de santé privés inabordables, des médicaments souvent à la charge des patient-e-s même dans les établissements publics. D'après le Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), il n'y a pas d'assurance maladie publique en Afghanistan. Les établissements de santé privés proposent bien des traitements, mais à des prix inabordables pour les patient-e-s indigènes. Les traitements, les tests en laboratoire et les examens de routine sont gratuits dans les hôpitaux publics. Mais les médicaments n'y sont souvent pas disponibles, de sorte les patient-e-s doivent les acheter eux-mêmes dans des pharmacies privées et les payer de leur poche » (OSAR, « Afghanistan: traitement psychiatrique et psychothérapeutique», 5 april 2017, beschikbaar op <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/mittlerer-osten-zentralasien/afghanistan/170405-afq-psychiatriche-behandlung-f.pdf>).

Volgens Amnesty International: « Private health care was unaffordable for most IDPs, and mobile clinics, operated by NGOs or the government, were only available sporadically » (Amnesty International, "Afghanistan 2017/2018", beschikbaar op: <https://www.amnestv.org/en/countries/asia-and-the-pacific/afghanistan/report-afghanistan/>).

De medicijnen zijn ook vaak niet beschikbaar in publiek gezondheidszorgfaciliteiten. De patiënten moeten zelf in particuliere apotheken kopen en ze uit eigen zak betalen (OSAR, « Afghanistan: traitement psychiatrique et psychothérapeutique », 5 april 2017, beschikbaar op <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/mittlerer-osten-zentralasien/afghanistan/170405-afq-psychiatriche-behandlung-f.pdf>).

Bovendien uit de informatie van de MedCOI-databank blijkt dat: «At the time of publication of this Country Fact Sheet, there was no public or community-based health insurance system in place in

Afghanistan. Instead of providing health insurance, the Constitution of Afghanistan states that the MoPH 'shall provide free preventive and curative services for highly endemic diseases, natural treatment and first-aid services to citizens of the country. The MoPH stipulates that everyone who needs care must receive it, regardless of their ability to pay. User fees at BPHS facilities are officially banned for all Afghans.

However, according to a study from 2018 on the feasibility of introducing health insurance in Afghanistan, introducing health insurance could protect the poor population against making catastrophic health expenditures. 'Both the high OOP [Out-Of-Pocket] expenditure and high donor dependency in Afghanistan demand interventions to introduce financial risk protection mechanisms, such as health insurance, to move toward universal health coverage (UHC). '

The study concludes that although there are plans to install a form of UHC in Afghanistan, the instalment proves to be difficult: 'Health insurance or life insurance is applicable when people have job[s], and from their income some amount is deducted and transferred to his/her insurance for use when they need. However, in Afghanistan more than 65% of the population is jobless. ' (...) 'Not all people have a regular salary and [they] don't know their income. In this country, the income of a farmer is not predictable. It depends on the rain level. It changes from year to year. '

The study also mentions that UHC is not yet feasible in Afghanistan because the government lacks the capacity to control and manage the scheme: the establishment of an accreditation system is necessary to assure quality health services of both public and private health facilities.

The MedCOI contact person AF30 states that beside the promise of free treatment in public hospitals (see chapter 'Economic factors: Out-of-pocket health expenditure'), the patient cannot expect any kind of financial support from the government. (...)

There are a few private insurance companies in Afghanistan, but their options are limited and their fees are too high for the majority of the population. The MedCOI contact person AF11 has confirmed that some private companies started to introduce some kind of health insurance schemes, but it proved to be difficult to install as people are not willing to pay for it. (pp. 33-34) (...)

Despite these efforts to make healthcare affordable, the World Bank estimated that in 2015, out-of-pocket expenditure in Afghanistan still counted for 78.4 % of the total health budget.

The non-profit policy research organisation Afghanistan Analysts Network (AAN) states in an article that 'despite the fact that healthcare should be free of charge, as promised under the national free care policy (article 52 of the Afghan constitution), this is not the case in many public facilities. Instead, people must pay for drugs, doctor's fees, laboratory tests and in-patient care'. The article further notes that 'many private providers seek to benefit from the bad reputation of the public sector and ask high fees for their services. '

The MedCOI contact person AF11 mentions that in the public sector, one needs to pay for extras like injections, serum, medication and anything that has been used for the patient. There is also the 'under the table' payment that has to be considered » (p. 36)(Country Fact Sheet MedCOI IV - Access to Healthcare : Afghanistan, december 2018 - stuk 5).

"Public healthcare in Afghanistan is officially free of charge. However, this is not the case in many public facilities. Patients can be asked to pay for medicines, doctor's fees, laboratory tests and in-patient care" (p. 2) (BDA - 20171129- AF- 6680).

Bijgevolg zal verzoeker niet (ten minste niet voldoende) financiële steun van de Staat ontvangen om zijn medische kosten te dekken.

Ten tweede heeft Uw Raad herhaald dat: « 4.2.4. Dans l'arrêt Paposhvili contre Belgique, la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après : la Cour EDH) a jugé que « [l]es autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France (déc.), n° 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E. O. c. Italie (déc.), précitée) » (Cour EDH, Grande

Chambre, 13 décembre 2016, Paposhvili contre Belgique, § 190) » (RvV - arrest nr. 233.818 van 10 maart 2020).

Meneer S. (...) heeft psychologische en psychiatrische follow-up nodig. Volgens de informatie van de tegenpartij zou deze zorgen alleen in Kabul beschikbaar zijn. Mr. S. (...) komt uit de provincie Kapisa, dat op 2u30 rijden ligt (stuk 6). De ambtenaar-geneesheer kan redelijkerwijs niet zeggen dat Meneer S. (...) zonder problemen naar Kabul kan gaan om behandeld te worden.

Daarnaast worden gevallen van corruptie in de gezondheidssectoresignaleerd :« Le système de santé afghan gangréné par la corruption. Selon un article de presse de janvier 2015, la corruption gangrène le système de santé publique en Afghanistan jusque dans les services d'approvisionnement des hôpitaux. Les entreprises pharmaceutiques paieraient des médecins pour vendre des médicaments de mauvaise qualité. Une étude menée par l'ONG humanitaire Médecins sans Frontières et publiée en février 2014 montre en outre que les prestations de santé publique ne sont pas toujours gratuites, malgré ce que prévoit la Constitution afghane. Dans la pratique, les patient-e-s doivent souvent endosser eux-mêmes les coûts des médicaments et même des traitements. Il y a aussi des coûts cachés et des comportements corrompus: les personnes interrogées rapportent que des médecins travaillant dans le système de santé publique ont voulu les inciter à suivre des traitements dans des cabinets privés dirigés par leurs soins » (OSAR, Afghanistan : traitement psychiatrique et psychothérapeutique», 5 avril 2017 (beschikbaar op: <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/mittlerer-osten-zentralasien/afghanistan/170405-afq-psychiatische-behandlung-f.pdf>).

Volgens de informatie van de MedCOI-databank: « The 'Essential Medicines List of Afghanistan' (EML) contains all medicines that are allowed for use in the public health sector and are recommended for use in the BPHS and EPHS. Patients have to pay for all medicines, except for medicines in primary care, which are free in public health facilities, (p. 30) (...)

The MSF survey reports that in 2014, 43% of the population was still living more than an hour's walk from the next healthcare facility. 'Distance is a major barrier to patients reaching health facilities in all locations. In Kabul and Kunduz, it was cited by patients as the main obstacle. One third of those interviewed in Kunduz reported that distance had been a significant difficulty when bringing wounded patients for emergency care.

A research report published in 2017 states that 'despite an overall rise in the number of healthcare facilities in Afghanistan, many areas remain underserved or isolated, particularly those that are remote and insecure. An article in IRIN News from 2011 confirms that shortages in health services are worse in rural areas, where a large part of the population is cut off from access to infrastructure and medical services due to the armed conflict and the inaccessibility of the landscape, (pp. 31-32) (...)

The MoPH states that the services of the BPHS and EPHS packages are free for all Afghans. However, a USAID report explains that in reality many services in the EPHS are reported to still request user fees from their patients.

The provision of secondary curative services is provided against specified fees established by Law. The specialist tertiary care services are not free of charge, but provided for a fee. (p. 35) (...)

The MedCOI contact person AF30 confirms that doctors in public hospitals take under the table payment. If the patient is wealthy, they take AFN 100 to 200 and AFN 50 to 100 if the patient has low financial means. Wealthy people give under the table payment when they have no time to stand in line. Poor people pay because they are uneducated and do not know the rules so doctors take advantage of this situation and ask for a fee.

AMOR Afghanistan Health Organization (AAHO) reports that although public hospitals do not officially charge fees for treatments, 'it is a standard practice for the patient or his family to pay a bribe to the physician in order to receive treatment. The level of care received by the patient is determined by the amount of the bribe—the larger the bribe the better the care. 'This form of corruption is believed to be 'driving up hidden costs for patients and providing a major barrier to accessing healthcare for those who cannot afford the under-the-table payments often required to pay for health services', (pp. 36-37) (...)

Inpatient treatment in private hospitals will cost the patient about AFN 800 to 5,000.

The price of a consultation/hospitalisation in the emergency department in private hospitals will cost AFN 200 to 400. (p. 38) (...)

Obstacles to accessing treatment for TB in Afghanistan arise because a lot of affected people live in hard to reach areas. The public awareness of the illness and the way it is transmitted is limited. 'For a large number of those infected, a timely diagnosis and effective treatment is out of reach due to high levels of poverty, lack of access to effective healthcare, and ongoing conflict in large parts of the country.'

The WHO reports in 2017 that of 61,000 TB cases, 70% were diagnosed and treated, but almost 20,000 were not reached by the health system. According to the World Bank, of more than 1,400 people who had developed multidrug-resistant tuberculosis in Afghanistan, only 138 of these cases were detected and treated in 2016. (pp. 69-70) (...)

According to the 2016 report on 'Urban Displaced Youth in Kabul', IDPs and returnees who returned involuntarily were much more likely to be deprived of basic healthcare compared to the Afghan population with no migration background. 'The majority had significant physical, mental and social vulnerabilities, of which the most frequent was health related (chronically ill, mentally ill, physically disabled), followed by those lacking support of family or community members.' (p. 88)

The growth in numbers of IDPs and returnees from Pakistan and Iran is putting a lot of pressure on health facilities in Afghanistan. An OCHA report from 2018 shows that great numbers of IDPs and returnees gather in the informal settlements in the outskirts of the big cities. Living conditions in these settlements are poor and pose significant health risks. But the basic service provision and limited infrastructure of the health facilities in a city like Kabul are not sufficient to absorb the number of refugees and healthcare services are incapable of addressing the additional workload.

In November 2016 the WHO reported the following about this situation: 'The large influx has led to health services being overstretched, especially for reproductive, maternal and new born health services as well as for treatment of mental health issues and communicable and non-communicable diseases. Outbreaks of vaccine-preventable diseases such as polio, measles and pertussis as well as zoonotic diseases such as the Crimean-Congo haemorrhagic fever (CCHF) pose major threats.'

A research study from 2017 suggests that due to the security situation and the insufficient capacity of the public health sector, both returnees and IDPs are in need of urgent primary healthcare and emergency health services. The required treatments include vaccines, malnutrition care, natal care for mothers and new-borns, antibiotics, TB screening, prevention and care of HIV infection etc.

According to the UNHCR, of the Afghan refugees that returned to their home country in 2017, 31% reported that they were unable to access healthcare while 42% of IDPs reported being unable to access healthcare. The main reasons cited for not being able to access healthcare were the cost and the low quality of the available healthcare ». (pp. 89-90) (Country Fact Sheet MedCOI IV-Access to Healthcare : Afghanistan, december 2018 - stuk 5).

Gezien al deze elementen kan de verwerende partij niet redelijkerwijs concluderen dat verzoeker toegang zal hebben tot de zorg die hij nodig heeft om te overleven.

Ten derde, volgens de ambtenaar-geneesheer van de verwerende partij, kan Meneer S. (...) een werk vinden om zijn gezondheidszorgen te betalen. De ambtenaar-geneesheer heeft geen rekening houden met het feit dat Afghanistan een van de armste en minste ontwikkelde landen ter wereld is. Meer specifiek wordt er gesteld dat: "The just-released Afghanistan Living Conditions Survey (ALCS) paints a stark picture of the reality facing Afghanistan today. More than half the Afghan population lives below the national poverty line, indicating a sharp deterioration in welfare since 2011-12. [...] Population movements linked to security concerns have reinforced the downward trend. Since 2014, growing insecurity has led to mass internal displacement. Meanwhile, in 2016 alone, more than a million Afghans who had previously sought refuge in neighboring countries, returned to Afghanistan. In an already difficult context, this large-scale internal displacement and massive return has put added pressure on the delivery of public services and increased competition for scarce economic opportunities, not only for the displaced, but for the population at large" (The World Bank, "The latest poverty numbers for Afghanistan: a call to action, not a reason for despair", 5 juli 2018, beschikbaar op <http://blogs.worldbank.org/endpovertvinsouthasia/latest-poverty-numbers-afghanistan-call-action-not-reason-despair>).

Volgens de UNHCR: "The enormous surge in returns [from Pakistan and Iran] resulted in extreme stress on the already overstretched absorption capacity in Afghanistan's main provincial and district centres, as many Afghans joined the legions of IDPs unable to return to their areas of origin due to the worsening conflict. [...] With limited job opportunities, no social protection nets and poor shelter conditions, displaced people not only face increased protection risks in their daily life, but are also forced into secondary displacement and negative coping strategies, like child labour, early marriage, reducing quantity and quality of food etc." ²¹ According to the Afghan Living Conditions Survey 2016-2017, 72.4 per cent of the urban population in Afghanistan live in slums, informal settlements or inadequate housing households.²² The International Growth Centre noted in January 2018, "Kabul has been undergoing rapid urbanisation for the last three decades. Population growth in the city is outpacing the city's capacity to provide necessary infrastructure, services and jobs to citizens. resulting in the emergence of widespread informal settlements that house an estimated 70% of the city's population." (UNHCR, "UNHCR Eligibility Guidelines For Assessing The International Protection Needs Of Asylum-Seekers From Afghanistan", 30 August 2018, beschikbaar op <https://www.refworld.org/docid/5b8900109.html>).

Het blijkt ook uit de World Bank website dat: "Employment in Afghanistan is precarious and economic growth has become limited after a decade of high growth fuelled by high levels of foreign investments. Currently, the Afghan labor market is under significant stress in terms of unemployment (20%), and vulnerability of jobs. This leaves Afghanistan's biggest resource for economic growth - a growing labor force due to a very young population - underutilized both internally and externally. In this context, migration is an important instrument to sustain livelihoods, with 16 percent of households having a family member that has previously lived or is currently living abroad' (World Bank, "Labor Migration Can Help Boost Afghanistan's Growth",⁵ februari 2018, beschikbaar op <https://www.worldbank.org/en/country/afghanistan/publication/labor-migration-can-help-boost-afghanistans-growth>).

Deze economische omstandigheden maken het moeilijk voor Meneer S. (...) om een werk te vinden. Bijgevolg is het onwaarschijnlijk dat Meneer S. (...) een werk zal vinden om zijn basisbehoeften en de medische kosten te betalen.

Ten vierde, als het medisch rapport van de ambtenaar-geneesheer van de tegenpartij aangeeft dat: « Uit de asielaanvraag van betrokkene blijkt dat zijn moeder en verschillende broers en zussen zich nog in het land van herkomst bevinden. Het lijkt dus erg onwaarschijnlijk dat betrokkene niet bij hen kan voor (tijdelijke) opvang en (financiële) hulp » (medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer, p.5), voert de verwerende partij geen individueel en concreet onderzoek uit naar de sociale situatie van verzoeker in zijn land van herkomst, hetgeen geenszins garandeert dat verzoeker daadwerkelijk voldoende bijstand zal ontvangen om de kosten van de behandeling, medische follow-up en de vele noodzakelijke medische onderzoekende dekken. In dezelfde zin heeft Uw Raad al geoordeeld dat de loutere vermelding van de aanwezigheid van het gezin zonder onderzoek van de financiële situatie van het gezin en de bereidheid om de verzoeker te helpen, niet voldoende is: « La considération selon laquelle la requérante pourrait obtenir une aide de sa famille restée au Cameroun, n'est pas davantage développée en termes de motivation que par la référence à la présence de membres de cette famille au pays d'origine, et paraît ainsi procéder d'une simple pétition de principe, insuffisante en soi à asseoir la conclusion de la partie défenderesse relative à l'accessibilité des traitements requis » (RvV - arrest nr. 96.043 van 29 januari 2013) ; « Met betrekking tot de familie en sociale contacten in het herkomstland waarop de verzoekende partij zou kunnen terugvallen, gaat de verwerende partij niet in op het betoog van de verzoekende partij dat geen individueel en concreet onderzoek werd gevoerd. De verwerende partij meent dat het geenszins kennelijk onredelijk is om op basis van de informatie waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst en het gebrek aan informatie die het tegengestelde aantoon, vast te stellen dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de verzoekende partij niemand meer zou hebben in haar herkomstland om op terug te vallen. De verwerende partij gaat ook in dit verband voorbij aan het feit dat het de ambtenaar-geneesheer is die ervan uitgaat dat de verzoekende partij kan terugvallen op sociale contacten en familie, en dat hij dan ook concreet en individueel moet onderbouwen dat dit inderdaad het geval is. Zelfs al kan worden aangenomen dat het niet kennelijk onredelijk is te stellen dat de verzoekende partij nog familie en kennissen in Bangladesh heeft, maakt de verwerende partij nog steeds niet duidelijk op grond waarvan het kennelijk redelijk is van de ambtenaar-geneesheer om zonder meer te veronderstellen dat deze personen in staat zouden zijn om bij te dragen in de (zoals reeds herhaaldelijk aangegeven, onbekende) kosten van de noodzakelijke zorgen en opvolging » (RvV - arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019). In casu heeft Meneer S. (...) een oudere broer die in het leger werkt en in Kunduz gestationeerd is. Deze grote broer doet al het mogelijke om 14 andere mensen te

onderhouden, namelijk: de moeder van Meneer S. (...), hun twee jongere broers, hun drie jongere zusters, de echtgenotes van hun twee overleden broers (en hun kinderen), zijn eigen vrouw en kind. Zijn broer, die de enige is die werkt, zal niet in staat zijn Meneer S. (...) te onderhouden en zijn medische kosten te betalen. Daarom zal geen van zijn familieleden hem financieel kunnen helpen om zijn medische kosten te betalen.

Ten vijfde, volgens de ambtenaar-geneesheer, « 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 » (medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer, p. 5).

De IOM heeft echter onlangs een financieringsoproep gelanceerd om Afghaanse onderdanen te helpen, aangezien de vraag naar hulp te groot is. De situatie verslechterde met de verspreiding van het Coronavirus: 'L'OIM a lancé un appel pour obtenir un soutien financier supplémentaire de cinq millions de dollars de la part des partenaires donateurs afin d'intensifier les actions de riposte à la COVID-19 en Afghanistan' (OIM, "Les infections de COVID-19 à grande échelle sont redoutées en Afghanistan, tandis que l'OIM intensifie son intervention", 5 mei 2020, beschikbaar op: <https://www.iom.int/fr/news/les-infections-de-covid-19-grande-echelle-sont-redoutees-en-afghanistan-tandis-que-loim>).

Nog steeds volgens de IOM: Ta faible capacité de dépistage est l'un des principaux obstacles à une réponse probante à la pandémie. Huit centres de dépistage mis en place depuis janvier ont une capacité quotidienne de 100 à 150 tests chacun. Cependant, il y a une pénurie importante de techniciens de laboratoire formés et il est urgent de disposer de davantage de tests de dépistage.

Une autre préoccupation majeure est que l'Afghanistan dispose d'infrastructures extrêmement limitées pour traiter les cas graves. L'espérance de vie n'est que de 50 ans pour les deux sexes et un pourcentage élevé de la population souffre de maladies préexistantes telles que la tuberculose, le VIH-SIDA, la malnutrition, le cancer et les maladies cardiaques et pulmonaires, la pollution environnementale étant un autre facteur important dans la santé de la population générale" (OIM, "Les infections de COVID-19 à grande échelle sont redoutées en Afghanistan tandis que l'OIM intensifie son intervention", 5 mei 2020, beschikbaar op: <https://www.iom.int/fr/news/les-infections-de-covid-19-grande-echelle-sont-redoutees-en-afghanistan-tandis-que-loim>).

Uit de MedCOI-databank blijkt ook dat: « The International Organization for Migration (IOM) states that 'the health care system in Afghanistan has improved in the last decade. However, availability, accessibility and affordability of health care are not guaranteed. In terms of availability, services and medication are not always present, in both public and private health care facilities » (p. 3) (BDA - 20171129 - AF - 6680).

In het licht van deze elementen kon de tegenpartij, zonder een manifeste appreciatiefout te begaan of artikelen 9 ter van de wet van 15 december 1980 en 3

EVRM te sehenden, niet besluiten dat Meneer S. (...), rekening houdend met zijn gezondheidstoestand en de specifieke follow-up die hij nodig heeft, niet aan onmenselijke en vernederende behandeling zou worden onderworpen in geval van terugkeer naar Afghanistan."

3.2. Vooreerst merkt de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) op dat de verzoekende partij in het enig middel niet uiteenzet waarom of op welke wijze de bestreden beslissing artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn, artikel 7 van de Vreemdelingenwet, de rechten van verdediging of het recht op een doeltreffende voorziening in rechte schendt. Dit onderdeel van het enig middel is dan ook niet ontvankelijk.

3.3. 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 genoemde 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.

De Raad wijst erop dat de formele motiveringsplicht impliceert dat de motieven uit de bestreden beslissing zelf moeten blijken. Wel kan worden aangenomen dat aan de doelstelling van de formele motiveringsplicht om de betrokkene een zodanig inzicht te geven in de motieven van de beslissing dat hij met kennis van zaken kan uitmaken of het zinvol is de beslissing in rechte te bestrijden, is voldaan indien de betrokkene desgevallend langs een andere weg kennis heeft gekregen van de motieven waarop de beslissing is gesteund, ook al worden die motieven dan niet in de beslissing zelf veruitwendigd. Dit kan doordat de beslissing verwijst naar andere stukken.

De plicht tot uitdrukkelijke motivering houdt evenwel niet in dat de beslissende administratieve overheid de motieven van de gegeven redenen van de beslissing moet vermelden. Zij dient dus niet “verder” te motiveren, zodat derhalve de uitdrukkelijke motivering niet inhoudt dat de beslissende overheid voor elke overweging in haar beslissing “het waarom” of “uitleg” dient te vermelden.

Tevens dient te worden opgemerkt dat indien een beslissing gemotiveerd is met algemene overwegingen of zelfs een voorbeeld zou zijn van een stereotiepe, geijkte en gestandaardiseerde motivering, dit louter feit op zich alleen nog niet betekent dat de bestreden beslissing niet naar behoren gemotiveerd is.

3.3.1. In de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag, namelijk artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Ook de feitelijke overwegingen worden weergegeven. Zo wordt er gemotiveerd dat het aangehaalde medisch probleem niet kan worden weerhouden als grond om een verblijfsmachtiging te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Onder verwijzing naar een advies van een ambtenaar-geneesheer van 9 november 2020 wordt geoordeeld dat de medische redenen niet weerhouden werden aangezien de medische behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Afghanistan en dat derhalve uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat de verzoekende partij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar leven of haar fysieke integriteit, en evenmin aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in haar land van herkomst of het land waar zij gewoonlijk verblijft.

3.3.2. Het advies van de ambtenaar-geneesheer waarnaar uitdrukkelijk wordt verwezen, werd – in gesloten omslag – samen met de bestreden beslissing aan de verzoekende partij ter kennis gebracht. Het maakt dan ook integraal deel uit van de motivering van de bestreden beslissing. De motivering in het advies moet dus eveneens voldoen aan de motiveringsplicht die op de bestuurshandelingen rust.

Het advies luidt als volgt:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 19-10-2020.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- Standaard medisch getuigschrift d.d. 16-10-2020 van Dr. Durieux, huisarts, met de volgende informatie, o Diagnose van PTSD door ervaringen in thuisland en vlucht*
- o Medicatie: Zyprexa, Sipralexa, Alprazolam*
- o Opname spoedgevallen 7-10-2020*
- o Nood aan psychiatrische opvolging*
- Voorlopig rapport d.d 28-9-2020: attest van 10 sessies psychotherapie voor PTSD. Medicatie op ogenblik van rapport Lysanxia*

Uit de aangeleverde stukken besluiten we dat het hier gaat over een jonge man van heden 24 jaar afkomstig uit Afghanistan. Hij ontwikkelde een PTSD door events in het thuisland en op de vlucht naar Europa.

Heden volgt hij psychotherapie en neemt hij als medicatie:

- Zyprexa = olanzapine, antipsychoticum*
- Sipralexa, escitalopram, antidepressivum*
- Alprazolam anxiolyticum*
- Lysanxia = Prazepam wordt niet weerhouden vermits dit een analoog van Alprazolam is*

Een tegenindicatie tot reizen wordt niet vermeld

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

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

1 informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is

- Aanvraag Medcoi van 23-5-2019 met het unieke referentienummer 12420
- Aanvraag Medcoi van 26-6-2020 met het unieke referentienummer 13739
- Aanvraag Medcoi van 01-10-2020 met het unieke referentienummer 14082
- Aanvraag Medcoi van 31.08.2020 met het unieke referentienummer 13952

Medische opvolging en psychotherapie

Availability of medical treatment

Source BMA 12420

(...)

(...) inpatient treatment by a psychiatrist

Available

(...) outpatient treatment by a psychiatrist

Available

(...) outpatient treatment and follow up by a psychologist

Available

(...) psychiatric crisis intervention in case of suicide attempt

Available

Disclaimer: Bij het zoeken naar beschikbaarheid is de verstreekte informatie beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling in het land van herkomst. Dit document heeft immers niet de bedoeling exhaustief te zijn. Er wordt geen informatie verstrekt over de toegankelijkheid van de behandeling. De informatie wordt met grote zorg verzameld. De MedCOI-4 en EASO MedCOI-projectteams stellen alles in het werk om binnen een beperkt tijdsbestek nauwkeurige, transparante en actuele informatie te verstrekken. Aan de inhoud kunnen geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid, worden ontleend. Het MEDCOI-project definieert dat:

- een medische behandeling wordt geacht beschikbaar te zijn wanneer deze op het moment van onderzoek voldoende aanwezig is in het land van herkomst in ten minste één bepaalde (openbare of particuliere) medische instelling.

- een geneesmiddel wordt geacht beschikbaar te zijn wanneer het in principe is geregistreerd in het land van herkomst en daar wordt gedistribueerd in apotheken, drogisterijen of andere plaatsen waar geneesmiddelen kunnen worden verkocht. Het geneesmiddel wordt ofwel geproduceerd ofwel geïmporteerd in het land van herkomst en er is geen bevoorradingsprobleem voor het gevraagde geneesmiddel op het moment van het onderzoek. Er zij aan herinnerd dat de antwoorden die in het kader van MedCOI-project worden gegeven, niet bedoeld zijn om exhaustief te zijn (zie Disclaimer). De beschikbaarheid in het land van herkomst beperkt zich dus geenszins tot de genoemde structuren.

De MedCOI-projectteams ontvangen informatie uit de volgende bronnen:

- Lokale artsen die in het land van herkomst werken: Deze artsen zijn geselecteerd door ambtenaren door het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken of door het EASO MedCOI-team op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria: beschikken over 6 jaar ervaring als arts, betrouwbaar zijn, beschikken over een professioneel medisch netwerk in het land van herkomst, wonen en werken in het land, beschikken over taalvaardigheid en meer praktische criteria, zoals het beschikken over communicatiemiddelen en voldoende tijd om aanvragen te verwerken. De identiteit van deze lokale artsen, die in kader van het MedCOI-project zijn gecontracteerd, wordt om veiligheidsredenen beschermd. Hun persoonlijke gegevens en CV's zijn bekend bij de MedCOI projectteams. De exacte specialisatie van deze artsen is niet relevant. Het is namelijk hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst, een selectie criterium om te worden ingehuurd, dat er toe doet. Zo kunnen ze vragen beantwoorden over elke medische specialisatie.

- internationale SOS (Blue Cross Travel):

Dit is een toonaangevend internationaal bedrijf dat medische hulp en veiligheidsdiensten verleent. Het heeft kantoren in meer dan 70 landen en een wereldwijd netwerk van 27 ondersteuningscentra, 31 klinieken en 700 externe locaties. International SOS (BCT) is contractueel verplicht om informatie te

verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandeling in landen over de hele wereld. Meer informatie over deze organisatie is te vinden op de internationale SOS-website: <https://www.internationalsos.com/>.

De medische informatie die door lokaal gecontracteerde artsen en international SOS(BCT) worden verstrekt, wordt vervolgens geëvalueerd door de artsen van de MedCOI-projectteams.

(...) *psychiatric treatment of PTSD of cognitive behavioural therapy*

Available

(...) *psychiatric treatment of PTSD by means of EMDR*

Available

(...) *psychiatric treatment of PTSD by means of narrative exposure therapy*

Available

De opvolging door een psychiater en psycholoog zijn verzekerd evenals de specifieke psychotherapie in kader van PTSD en de opvang in crisissituaties zoals suïcidepoging.

Beschikbaarheid van de medicatie

Olanzapine

Availability of medical treatment

Source BMA 13739

(...)

Medication – olanzapine

(...) *Available*

Escitalopram

Availability of medical treatment

Source BMA 14082

(...)

Medication – escitalopram

(...) *Available*

Alprazolam

Availability of medical treatment

Source BMA 13952

(...)

Medication – alprazolam

(...) *Available*

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de gespecialiseerde opvolging door een psychiater en psycholoog inclusief specifieke psychotherapie beschikbaar zijn in Afghanistan. Olanzapine, Escitalopram en Alprazolam als medicamenteuze ondersteuning zijn eveneens beschikbaar

Vanuit het standpunt van beschikbaarheid van zorg is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar het thuisland Afghanistan voor deze man van 24 jaar

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.

Het Afghaanse Ministerie van Volksgezondheid heeft sinds een aantal decennia de gezondheidszorg vorm gegeven. Deze bestaat sinds 2003 uit een Basic Package of Health Services en sinds 2005 uit een Essential Package of Hospital Services. De laatste versie van het basispakket aan gezondheidszorgen dateert van 2010 en houdt in dat de eerstelijns gezondheidsinstellingen in primaire en secundaire basisgezondheidszorg voorzien. Dit omvat onder meer materniteitszorgen, kindergeneeskunde, mentale gezondheidszorgen, een regelmatig aanbod van essentiële geneesmiddelen, enz.... Deze zorgen worden voorzien op 6 verschillende niveaus, van gezondheidsposten tot districtziekenhuizen. Het Essential Package of Hospital Services wordt uitgedragen door de eerder vernoemde districtziekenhuizen, provinciale en regionale ziekenhuizen. Patiënten dienen de hiërarchie van de gezondheidsinstellingen te volgen en zich eerst aan te melden bij een districtziekenhuis (of een provinciaal ziekenhuis wanneer er in de regio waar men woont geen districtziekenhuis is). Provinciale en regionale ziekenhuizen bieden meer gespecialiseerde diensten aan, door middel van specialisten.

Het Ministerie van Volksgezondheid runt gezondheidscentra in de provincies Kapisa, Pansjher en Parwan, alsook de regionale ziekenhuizen van Kunduz, Herat, Ghor, Takhar, Saripul, Samangan, Zabul en Baghlan. In andere provincies wordt er tussen de overheid en de NGO's samengewerkt om te voorzien in basisgezondheidszorg, vooral in het zuiden en het oosten van het land. Bronnen bevestigen dat de Afghaanse publieke gezondheidssector gevoelig is verbeterd de afgelopen jaren, toch is er ook voorzichtigheid geboden wanneer er cijfermatig conclusies worden getrokken.

Betrokkene lijdt aan een depressie. Mentale gezondheidszorg wordt in Afghanistan aangeboden in de publieke en privé-sector alsook door verschillende NGO's. Alle behandelingen zijn gratis in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO (International Psychosocial Organization). Deze organisatie wordt financieel ondersteund door de Duitse overheid met de bedoeling Afghaanse migranten te helpen terugkeren maar ze biedt ook psychosociale hulp aan de lokale bevolking. Het centrum telt psychiaters, psychosociale begeleiders, een algemeen arts en therapeuten. Patiënten dienen hun voorgeschreven medicatie buiten het centrum te halen. Patiënten met weinig financiële middelen krijgen hun medicatie echter gratis van het ziekenhuis.

Er is geen indicatie dat Afghaanse burgers die terugkeren uit het buitenland worden uitgesloten van de gezondheidszorg. In 2008 werd overigens een campagne gelanceerd met als doel een veilige en duurzame reïntegratie van Afghaanse vluchtelingen die ervoor kiezen terug te keren. Volgens een rapport van Asylos uit 2017 krijgen Afghanen die terugkeren medische bijstand bij aankomst, met een basisbehandeling en de nodige doorverwijzingen. Deze bijstand wordt voorzien door het AVR-programma (Afghanistan Assisted Voluntary Return and Reintegration Programme).

Betrokkene haalt geen bewijs van arbeidsongeschiktheid aan of dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst. Er kan dus vanuit gegaan worden dat betrokkene zelf kan instaan voor eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Uit de asielaanvraag van betrokkene blijkt dat zijn moeder en verschillende broers en zussen zich nog in het komstland bevinden. Het lijkt dus erg onwaarschijnlijk dat betrokkene niet bij hen kan voor (tijdelijke) opvang en (financiële) hulp.

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

EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68).

Niets verhindert betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen 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 inkomensgenererende 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:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, 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 behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Afghanistan.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, (Afghanistan)."

Een eenvoudige lezing van dit medisch advies leert dat hierin uitgebreid wordt ingegaan op de ingeroepen gezondheidsproblemen van de verzoekende partij. Er wordt gemotiveerd voor de beide toepassingsgevallen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Kort gesteld worden de medische stukken die de ambtenaar-geneesheer in ogenschouw heeft genomen opgesomd, wordt de gezondheidssituatie van de verzoekende partij geduid en wordt vermeld dat een tegenindicatie tot reizen niet wordt vermeld en dat er vanuit het standpunt van beschikbaarheid van zorg geen tegenindicatie is voor terugkeer naar het thuisland Afghanistan. Er wordt tevens toegelicht waarom de voor de verzoekende partij als noodzakelijk weerhouden medische zorgen, behandeling en opvolging voor haar toegankelijk zijn in Afghanistan. De ambtenaar-geneesheer heeft toegelicht op basis van welke gegevens hij tot deze vaststellingen is gekomen, met verwijzing naar de gehanteerde bronnen. Deze motivering kan als pertinent en draagkrachtig worden beschouwd. Uit de uiteenzetting van het middel blijkt ook dat de verzoekende partij op de hoogte is van de motieven in het advies van de ambtenaar-geneesheer.

3.3.3. De verzoekende partij betoogt dat er een dubbele motivering is, met name het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer en de MedCOI-databanken. De verzoekende partij verwijst vervolgens naar rechtspraak van de Raad van State met betrekking tot motivering door verwijzing en naar het arrest nr. 213 722 van 11 december 2018 van de Raad en meent dat (het vermelden in het medisch advies van) de conclusie van het onderzoek van de antwoorden op de genoemde aanvragen in de MedCOI niet in overeenstemming is met de wet van 29 juli 1991. Zij wijst in die zin ook op arrest nr. 229 733 van 3 december 2019. De verzoekende partij betoogt dat *in casu* de verwerende partij concludeert dat de medische zorgen en behandeling toegankelijk zijn uitsluitend op basis van aanvragen MedCOI, dat het medisch verslag waarnaar de bestreden beslissing verwijst de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCOI niet bevatten, dat daarnaast de artsen die bijdragen aan de MedCOI-databank beschermd worden door anonimiteit, dat daarom noch de verzoekende partij noch de Raad in staat is om de beweringen van de verwerende partij te verifiëren. Bovendien, zo stelt de verzoekende partij betreffende de beschikbaarheid van de zorg, worden in de beslissing uittreksels uit de MedCOI geproduceerd, maar wordt de naam van de instellingen waar de zorgen beschikbaar zouden zijn, noch het publiek of private karakter van deze instellingen vermeld, dat dit niets zegt over de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorgen.

3.3.3.1. De Raad wijst er vooreerst op dat de verwerende partij in de bestreden beslissing verwijst naar het medisch advies van 9 november 2020 dat onder gesloten omslag in bijlage wordt gevoegd.

Een motivering door verwijzing naar een uitgebracht advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel te voldoen aan bepaalde voorwaarden. Vooreerst moet de inhoud van het stuk waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende zijn gemotiveerd en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgetreden door de verwerende partij (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734).

De verzoekende partij betwist niet dat zij in het bezit is gesteld van het advies en dit haar samen met de bestreden beslissing, onder gesloten omslag, ter kennis is gebracht. Er kan ook worden aangenomen dat het advies van de ambtenaar-geneesheer in de bestreden beslissing wordt bijgetreden.

De Raad stelt voorts vast dat de ambtenaar-geneesheer de aandoening van de verzoekende partij niet betwist. Hij oordeelde wel dat de noodzakelijke medische behandelingen beschikbaar en toegankelijk zijn in Afghanistan.

De ambtenaar-geneesheer vermeldt in het medisch advies, meer bepaald in het onderdeel betreffende de beschikbaarheid van bepaalde zorgen en medicatie, bepaalde documenten van de MedCOI alsook de voor het dossier van de verzoekende partij relevante informatie uit deze documenten. Het komt de Raad voor dat de motieven aldus in het medisch advies zelf worden weergegeven, met bronvermelding van het onderzoek waaruit de in het medisch advies weergegeven feitelijke vaststellingen blijken. De verzoekende partij kan dan ook niet gevolgd worden waar zij lijkt te menen dat de ambtenaar-geneesheer in het medisch advies enkel de conclusie van de raadpleging van de feitelijke gegevens weergeeft, nu de feitelijke vaststellingen uit de onderzoeken van de MedCOI (waarop de conclusie is gebaseerd) uit het medisch advies zelf blijken. De bronnen, met name de MedCOI-documenten, dienen zich alsdan in het administratief dossier te bevinden, wat *in casu* ook het geval is.

Zelfs in de hypothese dat de verwijzing naar de MedCOI-documenten een motivering door verwijzing betreft, wijst de Raad erop dat niet aangetoond wordt dat deze gebrekkig is. De Raad wijst erop, betreffende de beschikbaarheid van de medicatie en de behandelingen, dat in het medisch advies de relevante stukken benoemd worden, hun vindplaats aangegeven wordt, hun voorwerp en kort de inhoud uiteengezet worden. Er wordt gesteld dat de informatie waarnaar verwezen wordt gevoegd werd in het administratief dossier van de betrokkene, dat het informatie betreft afkomstig uit de MedCOI-databank die niet publiek is, dat het een aanvraag MedCOI van 23 mei 2019 met uniek referentienummer 12420, een aanvraag MedCOI van 26 juni 2020 met uniek referentienummer 13739, een aanvraag MedCOI van 1 oktober 2020 met uniek referentienummer 14082 en een aanvraag MedCOI van 31 augustus 2020 met uniek referentienummer 13952, betreffen waarbij de relevante informatie uit deze documenten betreffende de beschikbaarheid van de medische opvolging en behandelingen, psychotherapie en medicatie wordt weergegeven. De Raad stelt vast dat deze documenten zich in het administratief dossier bevinden. Voorts wordt gemotiveerd dat uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat een gespecialiseerde opvolging door een psychiater en psycholoog inclusief specifieke psychotherapie beschikbaar zijn in Afghanistan, dat Olanzapine, Escitalopram en Alprazolam als medicamenteuze ondersteuning eveneens beschikbaar zijn. Het voorwerp en de inhoud van de stukken waarnaar verwezen wordt, worden dus kort uiteengezet in het medisch advies. Wanneer – zoals *in casu* het geval is – de informatie waarnaar verwezen wordt, is opgenomen in het advies, volstaat het dat in het kort het voorwerp en de inhoud van het stuk worden vermeld, zonder dat het nodig is het stuk *in extenso* over te nemen of het als bijlage te voegen. Immers, de formele motiveringsplicht heeft als bestaansreden dat de rechtsonderhorige zou weten waarom een te zijnen opzichte genomen ongunstige beslissing werd genomen en dit, onder meer, teneinde hem in staat te stellen eventueel op nuttige wijze daartegen op te komen. Hiertoe volstaat dat duidelijk, maar desnoods bondig, in de bestreden beslissing zelf wordt aangegeven op welke gronden zij berust (RvS 29 juni 1993, nr. 43.526; RvS 30 juni 1993, nr. 43.596). Nu duidelijk blijkt dat de verzoekende partij op de hoogte is van de inhoud van de desbetreffende stukken door de korte beschrijving in het bestreden advies, stond het de verzoekende partij vrij in kader van huidig beroep zich hiertegen te verweren.

In zoverre de verzoekende partij betoogt dat de verwerende partij concludeert dat de medische zorgen en behandeling toegankelijk zijn uitsluitend op basis van aanvragen MedCOI, dat het medisch verslag waarnaar de bestreden beslissing verwijst de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCOI niet bevat en dus meent dat ook bij het toegankelijkheidsonderzoek gemotiveerd werd door verwijzing en het medisch advies aldus een reproductie van de relevante uittreksels moest bevatten, kan zij niet gevolgd worden. Immers blijken uit het medisch advies zelf alle gegevens en informatie waarop de verwerende partij zich gesteund heeft om te besluiten dat de nodige medicatie en medische behandelingen toegankelijk zijn voor de verzoekende partij in het land van herkomst. De documenten die vermeld worden betreffen enkel bronverwijzingen en geen motivering door verwijzing. Immers wordt niet enkel verwezen naar de informatie die relevant is voor het toegankelijkheidsonderzoek, doch wordt de relevante informatie ook expliciet opgenomen in het medisch advies, dat aan de verzoekende partij ter kennis werd gebracht. De Raad stelt vast dat de documenten waarnaar wordt verwezen in de bronvermelding in het medisch advies, zich in het administratief dossier bevinden. De verzoekende partij kon aldus aan de hand van het medisch advies

en de gegevens van het administratief dossier van alle elementen kennis nemen die haar zouden toelaten de vaststellingen te weerleggen.

3.3.3.2. De verzoekende partij stelt, betreffende de beschikbaarheid van de zorg, dat in de beslissing uittreksels uit de MedCOI worden geproduceerd, maar dat noch de naam van de instellingen waar de zorgen beschikbaar zouden zijn, noch het publiek of private karakter van deze instellingen worden vermeld, dat dit niets zegt over de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorgen.

Wat betreft de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorg wordt in het advies gemotiveerd onder de toegankelijkheid van de zorgen. Voor de bespreking van de geografische en financiële toegankelijkheid en de kritiek van de verzoekende partij hierop verwijst de Raad naar de bespreking onder punten 3.11.1 en 3.12.

De verzoekende partij licht niet toe waarom de ambtenaar-geneesheer gehouden was in het medisch advies de naam en het karakter van de instelling weer te geven. Voorts lijkt de verzoekende partij met haar betoog voorbij te gaan aan het feit dat de gebruikte MedCOI-informatie deels wordt geciteerd in het medisch advies van 9 november 2020 en verder terug te vinden is in het administratief dossier, zodat zij kan nagaan in welke instelling(en) de zorgen beschikbaar zijn en wat het karakter van deze instelling(en) is. Immers blijkt deze informatie wel degelijk uit de MedCOI-documenten waarnaar verwezen wordt in het medisch advies en die zich in het administratief dossier bevinden. De verzoekende partij kan door raadpleging van het administratief dossier ook kennis nemen van deze informatie.

3.3.3.3. De verzoekende partij maakt verder niet duidelijk waarom zij noch de Raad de vaststellingen in het medisch advies niet zou kunnen verifiëren omdat de artsen die bijdragen aan de MedCOI-databank beschermd worden door anonimiteit. Bovendien wordt in de eerste voetnoot in het advies het volgende uiteengezet: *“Lokale artsen die in het land van herkomst werken: Deze artsen zijn geselecteerd door ambtenaren door het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken of door het EASO MedCOI-team op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria: beschikken over 6 jaar ervaring als arts, betrouwbaar zijn, beschikken over een professioneel medisch netwerk in het land van herkomst, wonen en werken in het land, beschikken over taalvaardigheid en meer praktische criteria, zoals het beschikken over communicatiemiddelen en voldoende tijd om aanvragen te verwerken. De identiteit van deze lokale artsen, die in kader van het MedCOI-project zijn gecontracteerd, wordt om veiligheidsredenen beschermd. Hun persoonlijke gegevens en CV's zijn bekend bij de MedCOI projectteams. De exacte specialisatie van deze artsen is niet relevant. Het is namelijk hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst, een selectie criterium om te worden ingehuurd, dat er toe doet. Zo kunnen ze vragen beantwoorden over elke medische specialisatie.”* En ook: *“De medische informatie die door lokaal gecontacteerde artsen en international SOS (BCT) wordt verstrekt, wordt vervolgens geëvalueerd door de artsen van de MedCOI-projectteams”*. Nu de ambtenaar-geneesheer de informatie verkregen van deze artsen in het kader van het MedCOI-project waarop hij zich steunt verkort heeft opgenomen in het medisch advies, kan de verzoekende partij deze ook toetsen aan de informatie zoals deze haar is gekend of haar ter beschikking staat.

3.3.4. De verzoekende partij wijst verder nog op zeer algemene wijze op de informatie inzake de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen in Afghanistan zoals zij deze, in een zoals zij voorhoudt zorgvuldige studie, voorafgaand aan het nemen van de beslissing heeft aangebracht, maar zonder concreet aan te geven dat omtrent enig aspect in dit verband ten onrechte geen (verdere) motivering is opgenomen.

3.3.5. De verzoekende partij toont niet aan dat en om welke redenen de bestreden beslissing, samen gelezen met het medisch advies, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht. De motieven van deze bestreden beslissing kunnen er op eenvoudige wijze in worden gelezen, zodat de verzoekende partij er kennis van heeft kunnen nemen en heeft kunnen nagaan of het zin heeft deze beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover zij in rechte beschikt.

3.3.6. Met betrekking tot de door de verzoekende partij aangevoerde rechtspraak van de Raad kan het volstaan op te merken dat in de continentale rechtstraditie arresten geen precedentswaarde hebben en dat de verzoekende partij niet aantoont dat de feitelijke omstandigheden die aanleiding gaven tot de door haar geciteerde arresten identiek zijn aan deze in voorliggende zaak. Het voldaan zijn aan de

formele motiveringsplicht dient voor elke voorliggende zaak afzonderlijk te worden nagegaan (cf. RvS 15 januari 2020, nr. 246.625; RvS 25 januari 2019, nr. 13.148 (c)).

3.3.7. Een schending van de uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals vervat in artikel 62, §2 van de Vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 wordt niet aangetoond.

3.4. Waar de verzoekende partij de bestreden beslissing inhoudelijk bekritiseert, dient het middel te worden onderzocht vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht.

Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen.

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).

Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht 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.

3.5. De schending van de materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van de toepasselijke bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, waarvan de verzoekende partij eveneens de schending aanvoert.

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

“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.”

Deze bepaling houdt duidelijk 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.”

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

3.7. Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet volgt nog dat het advies van de ambtenaar-geneesheer, waarin deze vaststelt dat de ziekte niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in §1 van deze bepaling, beslissend is voor het ongegrond verklaren van de aanvraag om machtiging tot verblijf.

3.8. De verzoekende partij betwist op zich niet dat de ambtenaar-geneesheer haar huidige gezondheidstoestand correct heeft weergegeven in zijn advies.

3.9. Wat het eerste toepassingsgeval van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet betreft, met name de vraag of er sprake is van een ziekte waardoor de vreemdeling actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of een aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, oordeelt de ambtenaar-geneesheer, zo blijkt uit het medisch advies, dat uit de aangeleverde stukken blijkt dat het gaat om een jonge man van 24 jaar afkomstig uit Afghanistan die een PTSD heeft ontwikkeld door events in het thuisland en op de vlucht naar Europa, waarvoor hij psychotherapie volgt en medicatie neemt en dat een tegenindicatie tot reizen niet wordt vermeld.

De verzoekende partij betoogt dat uit haar medisch dossier blijkt *“Le patient souffre de depression reactive avec asthénie et risqué de chronicité. Les maltraitances (tortures physique et psychique) qu’a vécu le patient dans son pays, ainsi que les situations de danger de mort, et les meurtres des membres de sa famille, reviennent en rumination (...). Le patient reste très fragile psychologiquement et les risques de passage à l’acte (TS) sont avérés”* (psychologisch verslag dd. 28 september 2020 - stuk 3). en *“Mr S.T. (...) présente des troubles de stress post traumatique en lien avec son vécu en Afghanistan et à son voyage jusqu’à l’Europe. (...) Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d’un arrêt du traitement? Décompensation, suicide”* (standaard medisch getuigschrift dd. 16 oktober 2020 - stuk 4). De verzoekende partij verwijst naar het arrest nr. 234 002 van 13 maart 2020 van de Raad en meent dat *in casu* dezelfde redenering moet worden toegepast.

Met betrekking tot de door de verzoekende partij aangevoerde rechtspraak van de Raad kan het volstaan op te merken dat in de continentale rechtstraditie arresten geen precedentswaarde hebben en dat de verzoekende partij niet aantoont dat de feitelijke omstandigheden die aanleiding gaven tot het door haar geciteerde arrest identiek zijn aan deze in voorliggende zaak.

Daarnaast wijst de Raad erop dat de verzoekende partij met het enkel citeren van bepaalde door haar voorgelegde medische stukken geenszins de vaststelling dat er geen tegenindicatie tot reizen wordt vermeld, weerlegt of ontkracht. Uit de citaten blijkt immers geenszins dat de behandelende arts heeft aangegeven dat de verzoekende partij wegens haar aandoening niet in staat is tot reizen. Evenmin wordt in de door de verzoekende partij hierboven geciteerde fragmenten uit de door haar bij haar aanvraag gevoegde medische attesten gesteld dat een terugkeer niet mogelijk is, nog minder om welke redenen een terugkeer niet mogelijk zou zijn. Uit de bovenvermelde citaten blijkt enkel de aandoening en de oorzaak van de aandoening. Waar de verzoekende partij wijst op de vaststelling van de behandelende arts dat zelfmoord een mogelijk gevolg of complicatie is van het stopzetten van de behandeling, blijkt hieruit evenmin een tegenindicatie tot reizen, nu uit de motieven van het medisch advies duidelijk blijkt dat de nodige zorgen en medicatie in Afghanistan voor de verzoekende partij beschikbaar en toegankelijk zijn, zodat van een stopzetting van de behandeling bij een terugkeer geen sprake is. Bovendien wordt, specifiek met betrekking tot het zelfmoordrisico, gemotiveerd dat de opvang in crisissituaties zoals suïcidepoging in Afghanistan beschikbaar is.

3.10. Inzake het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet erkent de ambtenaar-geneesheer verder dat de ziekte-toestand van de verzoekende partij een voldoende ernst heeft om hieronder te vallen en dat er een reëel risico op onmenselijke of vernederende behandelingen kan bestaan indien zij bij een terugkeer naar haar land van herkomst de nodige medische zorgen niet meer kan genieten. Het onderzoek spitst zich dan ook toe op de vraag of de verzoekende partij voor haar gezondheidsproblemen ook de nodige adequate medische zorgen kan verkrijgen in haar land van herkomst. De ambtenaar-geneesheer heeft geoordeeld dat de nodige adequate medische zorgen, behandeling en opvolging voor de verzoekende partij ook beschikbaar en toegankelijk zijn in haar land van herkomst, beoordeling die de verzoekende partij betwist.

3.11. De Raad bespreekt allereerst de kritiek van de verzoekende partij met betrekking tot de vastgestelde beschikbaarheid van de vereiste medische zorgen in haar land van herkomst.

Zoals reeds werd aangestipt, stelt de ambtenaar-geneesheer – met verwijzing naar verschillende documenten van de MedCOI-databank – vast dat opvolging door een psychiater en psycholoog verzekerd is en dat de specifieke psychotherapie in het kader van PTSD en de opvang in crisissituaties zoals suïcidepoging beschikbaar zijn alsook dat Olanzapine, Escitalopram en Alprazolam als medicamenteuze ondersteuning eveneens beschikbaar zijn in Afghanistan.

3.11.1. De verzoekende partij betoogt dat de ambtenaar-geneesheer, uitsluitend op grond van de informatie in de MedCOI-databank, verklaart dat de medische opvolging en de geneesmiddelen in Afghanistan beschikbaar zijn, dat in de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project staat vermeld dat *“Bij het zoeken naar beschikbaarheid is de verstrekte informatie beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling in het land van herkomst”*, dat deze disclaimer aantoonde dat het project de beschikbaarheid van de zorgen in het land van herkomst alleen analyseert op basis van informatie die in het algemeen in één zorginstelling wordt verzameld, dat dergelijke informatie twijfels doet rijzen over de serieusheid van deze studie, die bedoeld is om de beschikbaarheid van zorgen op nationaal niveau te beoordelen, dat het feit dat een medisch centrum over de vereiste zorgen beschikt, niet betekent dat deze beschikbaar zijn op het niveau van de nationale vraag.

Het gegeven dat de geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling, laat evenwel niet toe om de betrouwbaarheid of ernst van deze informatie in vraag te stellen. Het gegeven dat in de MedCOI-aanvragen veelal enkel wordt verwezen naar de beschikbaarheid van de behandeling in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling betekent trouwens ook geenszins dat deze niet ruimer beschikbaar is. Dit gegeven zoals aangebracht door de verzoekende partij kan hooguit de vraag doen rijzen naar de reële toegankelijkheid van de medische behandeling voor de betrokken vreemdeling. De ambtenaar-geneesheer heeft de toegankelijkheid van de medische zorgen voor de verzoekende partij evenwel afzonderlijk onderzocht, aan de hand van bijkomende bronnen die weliswaar ook veelal afkomstig zijn van de MedCOI-databank maar die zich niet beperken tot de vaststelling van de beschikbaarheid in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en waarin wel degelijk ruimere informatie over de toegankelijkheid van de medische zorgen kan worden teruggevonden. Zo wordt er onder meer op gewezen dat het Ministerie van Volksgezondheid de gezondheidscentra in de provincie Kapisa, van waar de verzoekende partij beweert afkomstig te zijn, runt, dat mentale gezondheidszorg wordt aangeboden in de publieke en de privésector alsook door verschillende NGO's, dat alle behandelingen gratis zijn in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO, een organisatie die financieel wordt ondersteund door de Duitse overheid met de bedoeling Afghaanse migranten te helpen terugkeren maar ook psychologische hulp biedt aan de lokale bevolking. De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat zij niet in Kapisa terecht kan voor de nodige zorgen en evenmin dat het voor haar onmogelijk zou zijn zich tijdelijk in Kabul te vestigen om aldaar de nodige zorgen te verkrijgen. Hierbij wenst de Raad op te merken dat uit de beslissing van de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen van 28 maart 2018, die zich in het administratief dossier bevindt, blijkt dat de verzoekende partij tijdens haar asielaanvraag verklaarde dat één zus samen met haar echgenoot in Kabul woont. Het betoog van de verzoekende partij vermag de motivering van de ambtenaar-geneesheer inzake de beschikbaarheid van de medische zorgen niet onderuit te halen.

3.11.2. Vervolgens voert de verzoekende partij een uitgebreid betoog met betrekking tot de, volgens haar, onbeschikbaarheid van algemene zorg in Afghanistan. Zij verwijst daarbij naar een aantal bronnen en betoogt dat zij reeds talrijke bronnen had genoemd in haar aanvraag waaruit de onbeschikbaarheid van de algemene zorg blijkt, dat de ambtenaar-geneesheer met deze publieke en objectieve informatie op geen enkele manier rekening heeft gehouden en niet motiveert op welke manier het niet correct en voldoende zou zijn. Voorts stelt zij dat uit verschillende bronnen ook blijkt dat er in Afghanistan een belangrijke markt voor namaakgeneesmiddelen bestaat, dat dergelijke geneesmiddelen op geen enkele wijze voor haar geschikt zijn. Zij vervolgt dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies verwijst naar 'The Basic Package of Health Services (BPHS) (dd. 2003) en 'The Essential Package of Hospital Services' (EPHS) (dd. 2005) en dat hij opmerkt dat het Afghaanse Ministerie van Volksgezondheid in samenwerking met verschillende NGO's werkt, waarna zij verwijst naar informatie uit de MedCOI-databank en meent dat deze informatie het gebrek aan beschikbaarheid van de gezondheidszorg in Afghanistan duidelijk aan de kaak stelt en niet in aanmerking werd genomen door de ambtenaar-

geneesheer. Uit de bronnen kan onder meer afgeleid worden dat een groot aantal Afghanen geen of beperkte toegang hebben tot de gezondheidsinstellingen, dat het gezondheidssysteem niet genoeg ontwikkeld is om te antwoorden op de enorme uitdagingen van het gewapend conflict en de toenemende terugkeer van vluchtelingen, dat hierbij onder meer wordt gewezen op het feit dat de capaciteit tot chirurgie onvoldoende is, dat de capaciteit om gewonden te behandelen niet voldoende is, dat het moeilijk is voor vrouwen om gezondheidszorgen te krijgen, dat de kinder- en moedersterfte bij de hoogste van de wereld is en de toegang tot de gezondheidsinstellingen voor kinderen onevenredig gelimiteerd is. Voorts wordt erop gewezen dat de publieke gezondheidsdiensten er niet toe komen de noden in Kabul te beantwoorden, daar de bevolking groeit, dat Artsen Zonder Grenzen dan ook op verschillende vlakken helpt, dat kinderen minder en minder toegang hebben tot gezondheidszorg en scholing. Ook blijkt dat het gezondheidssysteem een gebrek aan infrastructuur en gekwalificeerd personeel, in het bijzonder vrouwen, kent en lijdt onder de afwezigheid van een coherente tenuitvoerlegging van het nationale gezondheidsbeleid, dat talrijke personen niet de middelen hebben om de kosten te betalen, noch de medicijnen die zij nodig hebben. In een rapport van Amnesty International valt te lezen dat de meeste IDP's geen toegang hebben tot basisgezondheidszorg, dat private gezondheidszorg niet betaalbaar is voor de meeste IDP's en mobiele klinieken, georganiseerd door NGO's of de overheid, enkel sporadisch beschikbaar waren. Uit de informatie blijkt voorts dat er één dokter en vijf verpleegsters zijn voor 10.000 inwoners alsook dat de reeds verzadigde gezondheidsinstellingen vaak niet in de mogelijkheid zijn om de bijkomende last van de nieuwkomers te absorberen, dat het Ministerie van Gezondheid moeite heeft om het gezondheidssysteem, dat zwaar aangetast is na jaren conflict, op te bouwen, dat de uitdagingen talrijk zijn, met name beschadigde infrastructuur, gebrek aan gekwalificeerde gezondheidswerkers en instellingen zonder voldoende middelen, waarbij de situatie verergerd wordt door een gebrek aan veiligheid en door armoede. Blijkens informatie van 'Save the Children' blijkt dat Afghanistan in de laatste tien jaar een indrukwekkende vooruitgang heeft gemaakt om gezondheidszorgen te voorzien voor haar bevolking, doch dat significante uitdagingen blijven bestaan, zoals het gebrek aan gekwalificeerd medisch personeel en algemeen gebrek aan toegang tot gezondheidszorg, het hoge sterftecijfer bij boorlingen en het in hoge mate voorkomen van chronische en acute ondervoeding. Daarnaast blijkt ook dat er sprake is van corruptie, gebrek aan controle op geneesmiddelen en namaakgeneesmiddelen.

In zoverre deze bronnen ingaan op de mogelijkheid van chirurgie en het verzorgen van gewonden door het conflict, de gezondheidszorg voor IDP's, vrouwen en kinderen, toont de verzoekende partij geenszins aan op welke wijze dit op haar betrekking heeft en zou kunnen aantonen dat, in tegenstelling tot wat de ambtenaar-geneesheer heeft gemotiveerd, de zorgen die zij nodig heeft voor haar in Afghanistan niet beschikbaar of toegankelijk zijn. Voor het overige hebben de geciteerde bronnen voor het merendeel slechts betrekking op de algemene situatie in Afghanistan en gaan ze niet in op de beschikbaarheid van de concrete zorgen en medicatie die de verzoekende partij nodig heeft. Deze algemene bronnen over de Afghaanse algemene gezondheidszorg, kunnen geen afbreuk doen aan de MedCOI-informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd. Deze heeft immers specifiek betrekking op de behandeling die de verzoekende partij nodig heeft. Zoals reeds werd aangestipt, stelt de ambtenaar-geneesheer – met verwijzing naar verschillende documenten van de MedCOI-databank – vast dat opvolging door een psychiater en psycholoog verzekerd is en dat de specifieke psychotherapie in het kader van PTSD en de opvang in crisissituaties zoals suïcidepoging beschikbaar zijn alsook dat Olanzapine, Escitalopram en Alprazolam als medicamenteuze ondersteuning eveneens beschikbaar zijn in Afghanistan. Door enkel te wijzen op het bestaan van een markt voor namaakgeneesmiddelen, toont de verzoekende partij geenszins aan dat ook voormelde geneesmiddelen in nagemaakte vorm op de Afghaanse markt beschikbaar zijn, nog minder dat het voor haar niet mogelijk zou zijn om de nodige adequate medicatie te bekomen. De ambtenaar-geneesheer heeft ook de toegankelijkheid van de medische zorgen voor de verzoekende partij onderzocht aan de hand van bijkomende bronnen die ook afkomstig zijn van de MedCOI-databank maar die zich niet beperken tot de vaststelling van de beschikbaarheid in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en waarin wel degelijk ruimere informatie over de toegankelijkheid van de medische zorgen kan worden teruggevonden. Zo wordt er onder meer op gewezen dat het Ministerie van Volksgezondheid de gezondheidscentra in de provincie Kapisa, van waar de verzoekende partij beweert afkomstig te zijn, runt, dat mentale gezondheidszorg wordt aangeboden in de publieke en de privésector alsook door verschillende NGO's, dat alle behandelingen gratis zijn in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO, een organisatie die financieel wordt ondersteund door de Duitse overheid met de bedoeling Afghaanse migranten te helpen terugkeren maar ook psychologische hulp biedt aan de lokale bevolking. De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat zij niet in Kapisa terecht kan voor de nodige zorgen en evenmin dat het voor haar onmogelijk zou zijn zich tijdelijk in Kabul te vestigen om aldaar de nodige zorgen te verkrijgen. Door het enkel citeren van

bronnen waarin gesteld wordt dat het aanbod aan psychiatrische gezondheidszorg zwak is en bijlange de bestaande noden niet dekt, weerlegt, noch ontkracht de verzoekende partij voormelde informatie, noch toont zij aan dat zij die een Afghaanse migrant is die terugkeert zich bijvoorbeeld niet zou kunnen wenden tot het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul. Ook met de algemene stelling uit het rapport van Artsen Zonder Grenzen dat de publieke gezondheidsdiensten er niet toe komen de noden in Kabul te beantwoorden, daar de bevolking groeit, weerlegt noch ontkracht de verzoekende partij de motieven van de bestreden beslissing die wijzen op de beschikbaarheid en toegankelijkheid voor haar van de voor haar benodigde zorgen.

Ook waar de verzoekende partij citeert uit informatie van de MedCOI-databank, stelt de Raad vast dat de door haar geciteerde paragrafen slechts betrekking hebben op de algemene situatie in Afghanistan en niet ingaan op de beschikbaarheid van de concrete zorgen die de verzoekende partij nodig heeft. Deze algemene informatie over de Afghaanse gezondheidszorg in het algemeen, die opnieuw melding maakt van de bepaalde pijnpunten zoals hierboven reeds aangegeven, doet geen afbreuk aan de MedCOI-informatie die specifiek betrekking heeft op de behandeling die de verzoekende partij nodig heeft en waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd. Het betoog van de verzoekende partij vermag de motivering van de ambtenaar-geneesheer inzake de beschikbaarheid van de medische zorgen niet onderuit te halen.

Gezien de ambtenaar-geneesheer de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de specifiek voor de verzoekende partij noodzakelijke medicatie en zorgen is nagegaan op grond van recente informatie, gezien de algemene informatie betreffende de algemene gezondheidszorg in Afghanistan waarnaar de verzoekende partij in haar verzoekschrift verwijst geen afbreuk kan doen aan de motieven die specifiek betrekking hebben op de behandeling die de verzoekende partij nodig heeft en waarvoor de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd op MedCOI-informatie en gezien de verzoekende partij niet nader toelicht in haar verzoekschrift uit welke door haar in haar aanvraag genoemde bronnen en uit welke informatie daaruit wel een onbeschikbaarheid blijkt van de specifiek voor haar benodigde zorgen, maakt de verzoekende partij geenszins aannemelijk dat met bepaalde (door haar aangehaalde of publieke) relevante, objectieve informatie door de ambtenaar-geneesheer ten onrechte geen rekening werd gehouden of dat hij hieromtrent ten onrechte niet heeft gemotiveerd.

3.11.3. Tot slot wordt volgens de verzoekende partij de situatie steeds slechter als gevolg van de verspreiding van COVID-19. Zij stelt dat de afgelopen maanden het dodelijk en zeer besmettelijke coronavirus zich over de hele wereld heeft verspreid, dat de corona-epidemie, die al immense gevolgen heeft voor Westerse en Aziatische landen, ongetwijfeld tot ongekende humanitaire catastrofes zal leiden in Afghanistan, dat bovendien het gebrek aan financiële middelen en de armoede van de burgers de toegang tot de medische zorg onmogelijk maken. Betreffende deze laatste stelling verwijst de Raad naar de uiteenzetting hieronder over de toegankelijkheid van de voor de verzoekende partij noodzakelijke behandeling en zorgen.

De verzoekende partij toont aan de hand van de aangehaalde informatie nog niet aan dat actueel, omwille van de corona-epidemie, de medische behandeling en zorgen zoals zij deze nodig heeft, met name de opvolging door een psychiater en psycholoog, specifieke psychotherapie in het kader van PTSD en eventueel opvang in een crisissituatie, alsook de medicatie Olanzapine, Escitalopram en Alprazolam, niet langer beschikbaar zijn in het land van herkomst. Zij maakt met haar betoog noch met het citeren van de door haar aangehaalde bronnen aannemelijk dat de corona-epidemie en de gevolgen hiervan zullen leiden tot het niet langer beschikbaar en toegankelijk zijn van de voor haar benodigde medische behandeling en zorgen.

3.11.4. Vervolgens gaat de verzoekende partij wel concreet in op de beschikbaarheid van de specifieke zorgen die zij behoeft. Zij wijst erop dat zij lijdt aan een ernstige posttraumatische stressstoornis, dat haar medische behandeling bestaat uit het innemen van verschillende medicijnen en een psychologische en psychiatrische follow-up vereist, dat vanwege de ernst van haar gezondheidstoestand zij in oktober 2020 in het ziekenhuis werd opgenomen, dat indien de behandeling wordt stopgezet, zij te maken zal krijgen met decompensatie en het risico op zelfmoord.

Door het enkel herhalen van de elementen die voorlagen bij haar aanvraag en die de ambtenaar-geneesheer blijkens het medisch advies van 9 november 2020 in overweging heeft genomen, toont de verzoekende partij geenszins aan dat de motieven van voormeld medisch advies, waarin de ernst van de aandoening geenszins betwist wordt doch geoordeeld wordt dat de voor de verzoekende partij noodzakelijke behandeling en zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in Afghanistan – waardoor aldus

geen sprake is van een stopzetting van de behandeling –, foutief, onzorgvuldig of kennelijk onredelijk zijn.

Voorts meent de verzoekende partij dat de door haar geciteerde beschikbare informatie bevestigt dat het in Afghanistan ontbreekt aan psychologische en psychiatrische zorg. De verzoekende partij verwijst naar informatie van HRW en uit de MedCOI-databanken waaruit blijkt dat een groot deel van de bevolking lijdt aan mentale gezondheidsproblemen en PTSD omwille van het gewapend conflict, doch dat minder dan 10% een adequate psychosociale ondersteuning van de staat geniet, dat het aantal zelfmoorden hoog is, dat de meest voorkomende mentale ziekte depressie is, dat het aantal gezondheidsinstellingen waar mentale gezondheidszorg aangeboden wordt beperkt is, dat mentale gezondheidszorg een component is van het bestaande kader van BPHS, wat een belangrijke stap is om ervoor te zorgen dat psychosociale problemen en mentale problemen erkend en behandeld worden door de eerstelijns gezondheidszorg, dat in de meeste gezondheidscentra diensten worden voorzien door psychosociale adviseurs, dat er een gebrek is aan gekwalificeerde psychiaters, psychiatrische verpleegsters, psychologen en sociale werkers, en adequate infrastructuur, dat er nationaal slechts 320 bedden beschikbaar zijn in publieke en private instellingen voor mensen die lijden aan mentale problemen, dat het grootste probleem van toegang tot de mentale gezondheidszorg in Afghanistan bestaat uit het gebrek aan gespecialiseerde middelen en de misvatting van de bevolking over mentale problemen, dat er een groot tekort is aan mentale gezondheidsinfrastructuur en getrainde mentale gezondheidsexperts, dat psychosociale diensten vooral voorzien worden in de private sector en door NGO's, dat de enige mentale gezondheidsinstelling in Kabul beheerd wordt door de overheid en de capaciteit heeft om 60 patiënten tegelijk te behandelen alsook dat door het gebrek aan opleiding de artsen vaak symptomen negeren en niet in de mogelijkheid zijn een correcte diagnose te stellen en gepaste medicatie voor te schrijven.

Betreffende deze laatste vaststelling, toont de verzoekende partij geenszins aan welke belang zij heeft bij dergelijke kritiek daar zij reeds in België een diagnose kreeg alsook de hiervoor gepaste medicatie en behandeling kent.

Daarnaast wijst de Raad er opnieuw op dat uit recente informatie van 2019 van MedCOI blijkt dat opvolging door een psychiater en psycholoog alsook psychotherapie in het kader van PTSD en opvang in crisissituaties mogelijk is, waardoor aldus kan vastgesteld worden dat de nodige behandeling en opvolging beschikbaar is in het land van herkomst.

Betreffende de informatie aangebracht door de verzoekende partij over de problemen in de psychologische en psychiatrische zorg in Afghanistan in het algemeen, vooral door het tekort aan mentale gezondheidsinfrastructuur en getrainde mentale gezondheidsexperts voor het groot aantal Afghanen met mentale gezondheidsproblemen, wijst de Raad erop dat de ambtenaar-geneesheer eveneens de reële toegankelijkheid van de medische zorgen voor de verzoekende partij heeft onderzocht aan de hand van bronnen afkomstig van de MedCOI-databank. Deze bronnen beperken zich niet tot de vaststelling van de beschikbaarheid in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en geven ruimere informatie over de toegankelijkheid van de medische zorgen. Zo wordt er onder meer op gewezen dat het Ministerie van Volksgezondheid de gezondheidscentra in de provincie Kapisa, van waar de verzoekende partij beweert afkomstig te zijn, runt, dat mentale gezondheidszorg wordt aangeboden in de publieke en de privésector alsook door verschillende NGO's, dat alle behandelingen gratis zijn in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO, een organisatie die financieel wordt ondersteund door de Duitse overheid met de bedoeling Afghaanse migranten te helpen terugkeren maar ook psychologische hulp biedt aan de lokale bevolking. Door te verwijzen naar algemene informatie met betrekking tot de mentale gezondheidszorg in Afghanistan, weerlegt de verzoekende partij de concrete, recente informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich baseerde om te besluiten dat de nodige psychologische zorgen actueel beschikbaar en toegankelijk zijn niet. De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat zij niet in Kapisa terecht kan voor de nodige zorgen en evenmin dat het voor haar onmogelijk zou zijn zich tijdelijk in Kabul te vestigen om aldaar de nodige zorgen te verkrijgen. Evenmin maakt zij aannemelijk dat in Kabul een dergelijk tekort is aan mentale gezondheidsinfrastructuur en getrainde mentale gezondheidsexperts, dat er niet van kan uitgegaan worden dat zij, die middels het medisch advies op de hoogte is van de mogelijkheden tot behandeling in Kabul en indien zij dit wenst, toegang zal hebben tot de nodige zorgen. Zij maakt met haar betoog en verwijzingen niet aannemelijk dat zij niet terecht kan in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO.

Gezien aldus werd gemotiveerd over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de specifieke zorgen die de verzoekende partij nodig heeft, toont de verzoekende partij geenszins aan dat de bestreden beslissing niet rechtsgeldig of zorgvuldig genomen werd.

3.11.5. Gelet op de voorgaande bespreking stelt de Raad vast dat de verzoekende partij met haar betoog niet aannemelijk kan maken dat de ambtenaar-geneesheer zich in het kader van zijn onderzoek naar de beschikbaarheid van de medische zorgen in het land van herkomst heeft gesteund op onjuiste feitelijke gegevens, of kennelijk onredelijk of onzorgvuldig heeft gehandeld.

3.12. De Raad bespreekt vervolgens de kritiek van de verzoekende partij met betrekking tot de vastgestelde toegankelijkheid van de nodige medische zorgen in het land van herkomst.

3.12.1. De verzoekende partij betoogt in eerste instantie dat er in Afghanistan geen universele ziekteverzekering bestaat, dat medicijnen vaak ook niet beschikbaar zijn in publieke gezondheidsfaciliteiten en de patiënten ze zelf in particuliere apotheken moeten kopen en ze uit eigen zak betalen, waarna zij informatie citeert uit de MedCOI-databank en hieruit enkel concludeert dat zij bijgevolg niet, ten minste niet voldoende, financiële steun van de staat zal ontvangen om haar medische kosten te dekken.

Vooreerst stelt de Raad vast dat de verzoekende partij in het geheel niet ingaat op het onderdeel van voormeld medisch advies dat betrekking heeft op een mogelijk verschil in kwaliteitsniveau van het systeem in België en het systeem in het land van herkomst, zodat zij aan de in dit kader gemaakte vaststellingen geen afbreuk doet. De verzoekende partij toont met haar algemene verwijzing naar rapporten en informatie uit de MedCOI-databank niet aan dat de specifieke voor haar benodigde opvolging en medicatie niet voor haar (financieel) toegankelijk zouden zijn. De verzoekende partij slaagt er immers niet in de motieven die specifiek betrekking hebben op de toegankelijkheid van de voor haar nodige zorgen, met name de mentale gezondheidszorg, te weerleggen of te ontkrachten. In het medisch advies wordt er immers op gewezen dat mentale gezondheidszorg in Afghanistan wordt aangeboden in de publieke en privésector alsook door verschillende NGO's, dat alle behandelingen gratis zijn in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO, dat deze organisatie financieel ondersteund wordt door de Duitse overheid met de bedoeling Afghaanse migranten te helpen terugkeren maar ook psychologische hulp biedt aan de plaatselijke bevolking, dat patiënten de voorgeschreven medicatie buiten het centrum dienen te halen, doch dat patiënten met weinig financiële middelen hun medicatie gratis van het ziekenhuis krijgen. De vaststellingen vinden steun in het administratief dossier. Met haar uiteenzetting over het gebrek aan universele ziekteverzekering in Afghanistan en de problemen in de gezondheidszorg in het algemeen, toont de verzoekende partij niet aan dat voormelde vaststellingen foutief zijn, noch dat de zorgen en medicatie die zij behoeft voor haar niet (financieel) toegankelijk zijn.

Bovendien blijkt dat de ambtenaar-geneesheer wel degelijk de mogelijkheid dat de verzoekende partij wel bepaalde kosten zelf zal moeten dragen, voor ogen heeft gehad, doch heeft geoordeeld dat de verzoekende partij geen bewijs van arbeidsongeschiktheid aanhaalt, noch aanhaalt dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst, dat er aldus van uitgegaan kan worden dat zij zelf kan instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp, dat uit de asielaanvraag blijkt dat haar moeder en verschillende broers en zussen zich nog in Afghanistan bevinden en het dus erg onwaarschijnlijk lijkt dat zij niet bij hen terecht kan voor tijdelijke opvang en financiële hulp.

3.12.2. Vervolgens betoogt de verzoekende partij dat zij psychologische en psychiatrische follow-up nodig heeft, dat deze volgens de informatie van de verwerende partij alleen in Kabul beschikbaar zou zijn, dat zij echter uit de provincie Kapisa komt, dat op 2u30 rijden ligt, dat de ambtenaar-geneesheer niet redelijkerwijze kan zeggen dat zij zonder problemen in Kabul kan behandeld worden.

De Raad stelt vooreerst vast dat uit het medisch advies geenszins naar voren komt dat psychologische en psychiatrische follow-up alleen in Kabul beschikbaar is. De Raad wijst erop dat in de MedCOI-aanvragen enkel een voorbeeld wordt gegeven van de mogelijke instellingen waar de zorg beschikbaar is. Hieruit blijkt geenszins dat de noodzakelijke zorgen enkel in deze instellingen zijn te vinden. Ook uit de motieven betreffende de toegankelijkheid blijkt dit niet. Immers wordt erop gewezen dat het basispakket van gezondheidszorgen inhoudt dat eerstelijns gezondheidszorgen in primaire en secundaire basis gezondheidszorgen voorzien, dat dit onder meer mentale gezondheidszorgen omvat, dat deze zorgen worden voorzien van gezondheidsposten tot districtziekenhuizen, dat het Ministerie van

Volksgezondheid gezondheidscentra runt in de provincie Kapisa, dat mentale gezondheidszorg in Afghanistan wordt aangeboden in de publieke en privésector alsook door verschillende NGO's, dat alle behandelingen gratis zijn in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO.

De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat zij niet in Kapisa terecht kan voor de nodige zorgen en evenmin dat het voor haar onmogelijk zou zijn zich tijdelijk in Kabul te vestigen om aldaar de nodige zorgen te verkrijgen. Hierbij wenst de Raad op te merken dat uit de beslissing van de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen van 28 maart 2018, die zich in het administratief dossier bevindt, blijkt dat de verzoekende partij tijdens haar asielaanvraag verklaarde dat één zus samen met haar echgenoot in Kabul woont. De verzoekende partij toont dan ook geenszins aan dat de ambtenaar-geneesheer op kennelijk onredelijke wijze heeft gewezen op de mogelijkheid tot behandeling in Kabul.

3.12.3. Daarnaast wijst de verzoekende partij op gevallen van corruptie in de gezondheidssector waarbij zij citeert uit een rapport van OSAR en uit informatie van de MedCOI-databank en concludeert dat gezien al deze elementen de verwerende partij niet redelijkerwijze kan concluderen dat zij toegang zal hebben tot de zorg die zij nodig heeft om te overleven. Behoudens de vage verwijzing naar corruptie, licht de verzoekende partij in haar verzoekschrift niet toe uit welke precieze elementen uit de door haar geciteerde informatie blijkt dat zij geen toegang zal hebben tot de zorg. Door het louter citeren van algemene informatie, zonder te preciseren welke elementen aantonen dat er voor haar specifiek problemen van toegankelijkheid dreigen, maakt zij geenszins aannemelijk dat de motieven van het medisch advies waaruit de toegankelijkheid voor de verzoekende partij van de voor haar specifiek benodigde zorgen en medicatie blijkt, foutief of kennelijk onredelijk zijn. Het is dan ook louter ten overvloede dat de Raad wijst op wat volgt.

Door te verwijzen naar de corruptie in de algemene gezondheidszorg en informele betalingen die gebeuren, toont verzoekende partij op zich niet aan dat de medische behandeling en opvolging, die voor haar vereist is, niet toegankelijk zou zijn in Afghanistan. Immers, de citaten van de verzoekende partij tonen niet aan dat de corruptie en de informele betalingen een zodanige omvang hebben, dat hierdoor de verzoekende partij geen aanspraak kan maken op de medische behandeling en opvolging die voor haar vereist is. Bovendien toont zij niet aan dat er sprake is van corruptie en/of informele betalingen in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO of in het Ali Abad Hospital in Kabul waar de voor de verzoekende partij nodige zorgen beschikbaar zijn.

Uit de geciteerde informatie blijken voorts problemen van toegang tot de gezondheidszorg doordat de wandelafstand tot een gezondheidsinstelling meer dan een uur betreft, wat dan ook moeilijkheden geeft bij het brengen van gewonden voor hoogdringende zorg. De verzoekende partij licht niet toe, nog minder toont zij aan, waarom een eventuele langere wandelafstand tot de gezondheidsinstelling voor haar problematisch is.

Eveneens blijken uit de geciteerde informatie toegankelijkheidsproblemen omwille van het gewapend conflict en de ontoegankelijkheid van het gebied omwille van het geïsoleerd karakter of het landschap. Echter licht de verzoekende partij geenszins toe, nog minder toont zij aan, dat zij omwille van één van de voormelde redenen geen of moeilijk toegang zou hebben tot gezondheidszorgen. Zoals reeds herhaaldelijk werd aangehaald, toont de verzoekende partij geenszins aan dat zij zich niet tijdelijk in Kabul kan vestigen waar de zorgen beschikbaar zijn.

De informatie handelt voorts over behandeling voor TB, maar er blijkt niet uit de bij de aanvraag gevoegde medische stukken dat de verzoekende partij lijdt aan TB. Zij toont dan ook geenszins aan dat gelet op deze elementen de ambtenaar-geneesheer niet redelijkerwijze kon concluderen dat de zorgen voor haar toegankelijk zijn.

Daarnaast wordt in de geciteerde informatie nog gesteld dat IDP's en mensen die onvrijwillig terugkeerden naar Afghanistan een hoger risico hadden op het niet krijgen van gezondheidszorg in vergelijking met Afgaanse bevolking zonder migratieachtergrond, dat gelet op de toename van de bevolking in steden zoals Kabul de gelimiteerde infrastructuur van de gezondheidsinstellingen niet voldoende is om het aantal vluchtelingen op te vangen, dat 31% van de Afgaanse vluchtelingen die terugkeerden naar hun thuisland in 2017 geen toegang verkregen tot de gezondheidszorg, waarbij de belangrijkste redenen de kost en de lage kwaliteit van de zorgen waren.

Vooreerst wijst de Raad erop dat uit informatie waar de ambtenaar-geneesheer naar verwijst in het medisch advies blijkt dat, zoals hij ook motiveert in het advies, er geen indicatie is dat Afghaanse burgers die terugkeren uit het buitenland worden uitgesloten van de gezondheidszorg, dat volgens een rapport van Asylus uit 2017 Afghansen die terugkeren medische bijstand krijgen bij aankomst met een basisbehandeling en de nodige doorverwijzingen.

De geciteerde bronnen hebben slechts betrekking op de algemene situatie in Afghanistan en gaan niet in op de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de concrete zorgen en medicatie die de verzoekende partij nodig heeft. Deze algemene bronnen over de Afghaanse gezondheidszorg in het algemeen, kunnen geen afbreuk doen aan de MedCOI-informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd. Deze heeft immers specifiek betrekking op de behandeling die de verzoekende partij nodig heeft. Zoals reeds werd aangestipt, stelt de ambtenaar-geneesheer – met verwijzing naar verschillende documenten van de MedCOI-databank – vast dat opvolging door een psychiater en psycholoog verzekerd is en dat de specifieke psychotherapie in het kader van PTSD en de opvang in crisissituaties zoals suïcidepoging beschikbaar zijn alsook dat Olanzapine, Escitalopram en Alprazolam als medicamenteuze ondersteuning eveneens beschikbaar zijn in Afghanistan. De ambtenaar-geneesheer heeft ook de toegankelijkheid van de medische zorgen voor de verzoekende partij onderzocht. Zo wordt er onder meer op gewezen dat het Ministerie van Volksgezondheid de gezondheidscentra in de provincie Kapisa, van waar de verzoekende partij beweert afkomstig te zijn, runt, dat mentale gezondheidszorg wordt aangeboden in de publieke en de privésector alsook door verschillende NGO's, dat alle behandelingen gratis zijn in het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul dat bestuurd wordt door IPSO, een organisatie die financieel wordt ondersteund door de Duitse overheid met de bedoeling Afghaanse migranten te helpen terugkeren maar ook psychologische hulp biedt aan de lokale bevolking. De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat zij niet in Kapisa terecht kan voor de nodige zorgen en evenmin dat het voor haar onmogelijk zou zijn zich tijdelijk in Kabul te vestigen om aldaar de nodige zorgen te verkrijgen. Door het enkel citeren van bronnen waarin gesteld wordt dat IDP's en mensen die onvrijwillig terugkeerden naar Afghanistan een hoger risico hadden op het niet krijgen van gezondheidszorg in vergelijking met Afghaanse bevolking zonder migratieachtergrond, dat gelet op de toename van de bevolking in steden zoals Kabul de gelimiteerde infrastructuur van de gezondheidsinstellingen niet voldoende is om het aantal vluchtelingen op te vangen, dat 31% van de Afghaanse vluchtelingen die terugkeerden naar hun thuisland in 2017 geen toegang verkregen tot de gezondheidszorg, waarbij de belangrijkste redenen de kost en de lage kwaliteit van de zorgen waren, weerlegt, noch ontkracht de verzoekende partij voormelde informatie, noch toont zij aan dat zij die een Afghaanse migrant is die terugkeert zich niet zou kunnen wenden tot het psychologisch centrum voor mentale gezondheid in Kabul of tot het Ali Abad Hospital in Kabul. Met haar betoog toont de verzoekende partij geenszins aan dat zij aldaar niet terecht zou kunnen om financiële redenen of omwille van een lage kwaliteit van de zorgen.

Bovendien, het weze herhaald, blijkt dat de ambtenaar-geneesheer de mogelijkheid dat de verzoekende partij bepaalde kosten zelf zal moeten dragen, voor ogen heeft gehad, doch heeft geoordeeld dat de verzoekende partij geen bewijs van arbeidsongeschiktheid aanhaalt, noch aanhaalt dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van herkomst, dat er aldus van uitgegaan kan worden dat zij zelf kan instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp, dat uit de asielaanvraag blijkt dat haar moeder en verschillende broers en zussen zich nog in Afghanistan bevinden en het dus erg onwaarschijnlijk lijkt dat zij niet bij hen terecht kan voor tijdelijke opvang en financiële hulp.

3.12.4. Omtrent voormelde vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer, betoogt de verzoekende partij dat de ambtenaar-geneesheer geen rekening heeft gehouden met het feit dat Afghanistan één van de armste en minst ontwikkelde landen ter wereld is. De verzoekende partij citeert uit verschillende informatiebronnen waaruit blijkt dat job mogelijkheden beperkt zijn en dat door de bevolkingsgroei in Kabul de stad niet langer de mogelijkheid heeft om te voorzien in de noodzakelijke jobs voor de inwoners, dat er 20% werkloosheid is. Zij stelt dat deze economische omstandigheden het voor haar moeilijk maken om werk te vinden, dat het onwaarschijnlijk is dat zij werk zal vinden om haar basisbehoeften en medische kosten te betalen.

Uit de voormelde informatie blijkt niet dat de job mogelijkheden dermate beperkt zijn in Afghanistan, of specifiek in Kabul of in Kapisa, dat het kennelijk onredelijk is van de ambtenaar-geneesheer te motiveren dat de verzoekende partij toegang heeft tot de arbeidsmarkt in haar land van herkomst en dat er dus kan van uitgegaan worden dat zij zelf kan instaan voor eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Bovendien wordt er in het medisch advies ook op gewezen dat de verzoekende

partij een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Ook kan zij bij de IOM terecht voor ondersteuning bij een terugreis en voor huisvesting.

Voorts betoogt de verzoekende partij omtrent het motief dat blijkt dat haar moeder en verschillende broers en zussen zich nog in het land van herkomst bevinden en het erg onwaarschijnlijk is dat zij niet bij hen terecht kan voor tijdelijke opvang en financiële hulp, dat de verwerende partij geen individueel en concreet onderzoek voert naar haar sociale situatie in haar land van herkomst, hetgeen geenszins garandeert dat zij daadwerkelijk voldoende bijstand zal ontvangen om de kosten van de behandeling, de medische follow-up en de vele noodzakelijke medische onderzoeken te dekken, dat in die zin de Raad heeft geoordeeld dat de loutere vermelding van de aanwezigheid van het gezin zonder onderzoek van de financiële situatie van het gezin en de bereidheid om haar te helpen niet voldoende is, waarna zij citeert uit de arresten nr. 96 043 van 29 januari 2013 en nr. 223 805 van 9 juli 2019 van de Raad. *In casu* wijst de verzoekende partij erop dat haar oudere broer in het leger werkt en in Kunduz gestationeerd is, dat deze grote broer al het mogelijke doet om 14 mensen te onderhouden, namelijk haar moeder, de twee jongere broers en drie jongere zussen, de echtgenotes van de twee overleden broers en hun kinderen en zijn eigen vrouw en kind, dat hij de enige is die werkt en niet in staat zal zijn haar te onderhouden en medische kosten te betalen, dat daarom geen van haar familieleden haar financieel zal kunnen helpen om de medische kosten te betalen.

Vooreerst gaat de verzoekende partij met haar betoog volledig voorbij aan de motieven waaruit blijkt dat zij de behandelingen gratis kan bekomen en dat patiënten met weinig financiële middelen hun medicatie gratis van het ziekenhuis krijgen, alsook aan de motieven dat er kan van uitgegaan worden dat zij zelf kan instaan voor eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp en zij ook een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten en zij bij de IOM terecht kan voor huisvesting. In die zin is de verwijzing naar de waarschijnlijkheid dat de verzoekende partij terecht kan bij haar familie voor opvang en financiële hulp overtuigend, daar de toegankelijkheid van de zorgen reeds afdoende blijkt uit de overige motieven. Kritiek op een overtuigend motief kan niet leiden tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing.

Bovendien beperkt de verzoekende partij zich tot loutere beweringen die zij geenszins staft. De Raad herhaalt dat uit de beslissing van de commissaris-generaal van 28 maart 2018 blijkt dat de verzoekende partij verklaarde dat één zus samen met haar echtgenoot in Kabul woont. De verzoekende partij toont met haar betoog geenszins aan dat zij voor opvang niet terecht kan bij haar zus in Kabul noch dat deze haar niet financieel zou kunnen helpen bij de eventuele medische kosten en nog minder, het weze herhaald, dat zij niet zelf zou kunnen instaan voor huisvesting en medische kosten door het verwerven van een job.

Met betrekking tot de door de verzoekende partij aangevoerde rechtspraak van de Raad kan het volstaan op te merken dat in de continentale rechtstraditie arresten geen precedentswaarde hebben en dat de verzoekende partij niet aantoont dat de feitelijke omstandigheden die aanleiding gaven tot de door haar geciteerde arresten identiek zijn aan deze in voorliggende zaak.

3.12.5. Tot slot betoogt de verzoekende partij dat de ambtenaar-geneesheer verwijst naar het kunnen beroep doen op de IOM, dat de IOM echter onlangs een financieringsoproep heeft gelanceerd om Afghaanse onderdanen te helpen, aangezien de vraag naar hulp te groot is, dat de situatie verslechterde met de verspreiding van het coronavirus, waarna zij citeert uit informatie verspreid door de IOM en de MedCOI-databank.

In het medisch advies wordt gesteld dat de verzoekende partij een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Ook kan zij bij de IOM terecht voor ondersteuning bij een terugreis en voor huisvesting. De verzoekende partij betwist deze informatie niet, maar wijst erop dat de IOM een oproep lanceerde bij de internationale gemeenschap voor extra fondsen voor Afghanistan om de COVID-19 responsacties te intensifiëren. Hiermee toont de verzoekende partij echter nog niet aan dat zij bij een terugkeer geen beroep zal kunnen doen op het reïntegratiefonds of de ondersteuning door de IOM.

Ook uit de overige informatie betreffende de pandemie in Afghanistan en uit de loutere stelling van de IOM dat het gezondheidszorgsysteem in Afghanistan in de laatste tien jaar verbeterd is maar dat de

toegankelijkheid van gezondheidszorg niet gegarandeerd is, blijkt geenszins dat de voor de verzoekende partij benodigde zorgen en medicatie voor haar niet toegankelijk zullen zijn in Afghanistan.

3.12.6. De verzoekende partij maakt met haar uiteenzetting niet aannemelijk dat bij de beoordeling van de toegankelijkheid van de medische zorgverstrekking in Afghanistan enig aspect ten onrechte niet in rekening is gebracht of nog dat deze beoordeling steunt op onjuiste feitelijke gegevens of op onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze is tot stand gekomen.

3.13. Besluitend stelt de Raad vast dat de verzoekende partij met haar uiteenzetting niet aantoont dat de ambtenaar-geneesheer, bij het opstellen van zijn advies, is uitgegaan van een incorrecte feitenvinding of dat hij hierbij kennelijk onredelijk of onzorgvuldig handelde of in strijd met artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet. Zij toont niet aan dat enig concreet gegeven ten onrechte niet in de beoordeling is betrokken. De verzoekende partij maakt dan ook evenmin aannemelijk dat de verwerende partij zich in de bestreden beslissing niet kon steunen op dit medisch advies om te besluiten dat geen verblijfsmachtiging op grond van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet kan worden toegestaan.

3.14. Een manifeste beoordelingsfout of een schending van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet of nog van de materiële motiveringsplicht of het zorgvuldigheidsbeginsel wordt niet aangetoond.

3.15. Artikel 3 van het EVRM bepaalt dat *“Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.”* Deze bepaling bekrachtigt een van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv. EHRM 21 januari 2011, M.S.S./België en Griekenland, § 218).

De Raad wenst allereerst te benadrukken dat de bestreden beslissing geen verwijderingsmaatregel is. In zoverre de vaststelling zich opdringt dat artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet minstens ten dele overeenstemt met de inhoud van artikel 3 van het EVRM (RvS 29 januari 2014, nr. 226.251), wordt verder nog opgemerkt wat volgt.

Er wordt benadrukt dat volgens het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) socio-economische of humanitaire omstandigheden in het land van bestemming enkel aanleiding kunnen geven tot een non-refoulement verplichting in zeer uitzonderlijke omstandigheden waar de humanitaire redenen tegen verwijdering klemmend zijn (EHRM 2 april 2013, nr. 27725/10, Samsam Mohammed Hussein e.a. v. Nederland en Italië (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 9 april 2013, nr. 70073/10 en 44539/11, H. en B. v. Verenigd Koninkrijk, par. 114). Dezelfde hoge drempel wordt gehanteerd met betrekking tot vreemdelingen die zich beroepen op hun medische toestand en het gebrek aan medische en sociale zorg in het land van terugkeer, waarbij het EHRM oordeelt dat enkel *“in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”*, een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, N. v. Verenigd Koninkrijk, § 42). Uit de rechtspraak van het Hof volgt dat daarbij allereerst dient vast te staan dat het een medische aandoening betreft die een voldoende ernst heeft, met name een ernstige, van oorsprong natuurlijke fysieke of mentale ziekte die lijden, pijn en een verminderde levensverwachting kan veroorzaken. Het EHRM heeft in zijn arrest Paposhvili t. België van 13 december 2016 (Grote Kamer) verder verduidelijkt dat deze *“zeer uitzonderlijke gevallen”* zich niet enkel kunnen voordoen wanneer er sprake is van een imminente dood, zoals in de zaak D t. het Verenigd Koninkrijk, maar ook in die gevallen waarin bij uitwijzing van een ernstig zieke vreemdeling er substantiële gronden zijn om aan te nemen dat hij of zij, hoewel er geen imminent levensgevaar is, bij gebrek aan beschikbaarheid of toegankelijkheid van een adequate behandeling in het ontvangende land dreigt te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang in zijn of haar gezondheidstoestand die resulteert in intens lijden of een ernstige beperking van de levensverwachting. Wat betreft het vereiste onderzoek in het licht van artikel 3 van het EVRM, moet 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 na de transfer zou evolueren in de ontvangende staat. Het risico op een schending van artikel 3 van het 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 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 van het 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 erop dat men bij dit

toegankelijkheidsonderzoek oog moet hebben voor de kosten van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk en de reisafstand tot de benodigde zorgen.

In het voorliggende geval blijkt niet dat de vereiste dwingende humanitaire redenen voorliggen.

De verzoekende partij weerlegt de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer niet dat geen medische tegenindicatie om te reizen blijkt en dat een adequate medische behandeling en opvolging voor haar ook beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst. Zoals blijkt uit de voorgaande bespreking moet worden aangenomen dat hierbij een voldoende individueel en grondig onderzoek heeft plaatsgevonden in het licht van zowel de algemene situatie in Afghanistan als de persoonlijke situatie van de verzoekende partij. Ernstige geografische of financiële hinderpalen voor het verkrijgen van de voorhanden zijnde en noodzakelijke medische zorgen blijken niet. De verzoekende partij blijft in gebreke aan de hand van concrete argumenten de gedane vaststellingen onderuit te halen. Gelet op het wijzen van de verzoekende partij op de aanwezigheid van familieleden in Afghanistan en haar verklaring bij het Commissariaat-generaal dat zij een zus heeft die in Kabul woont samen met haar echtgenoot, blijkt ook geenszins dat zij geen enkel familiaal en sociaal netwerk meer zou hebben in haar land van herkomst.

In de voorliggende omstandigheden kan geen schending van artikel 3 van het EVRM worden vastgesteld.

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

4. 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:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zeven mei tweeduizend eenentwintig door:

mevr. N. VERMANDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

N. VERMANDER