

Arrest

nr. 259 869 van 1 september 2021
in de zaak RvV X / II

In zake: X

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

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X, die beiden verklaren van Armeense nationaliteit te zijn, op 29 april 2021 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van 1 maart 2021 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en van de beslissingen van 1 maart 2021 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlagen 13).

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 2 juni 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 23 juni 2021.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. VERHAERT.

Gehoord de opmerkingen van advocaat S. VANBESIEN, die verschijnt voor de verzoekende partijen en van advocaat M. DUBOIS, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekers dienden op 13 september 2010 een verzoek om internationale bescherming in. De commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen nam op 10 november 2010 een beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en weigering van de subsidiaire beschermingsstatus. De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) weigerde in beroep aan verzoekers beide statussen op 24 februari 2011.

1.2. Verzoekers dienden op 28 januari 2011 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf,

de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet). De aanvraag werd op 5 december 2012 ongegrond verklaard. Deze beslissing werd op 29 januari 2013 echter ingetrokken.

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

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

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

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

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

1.8. Op 13 juni 2019 werd de aanvraag wederom ongegrond verklaard. De Raad vernietigde deze beslissing met het arrest nr. 229 622 van 2 december 2019.

1.9. Op 26 juni 2020 werd de aanvraag nogmaals ongegrond verklaard. De Raad vernietigde deze beslissing bij arrest nr. 246 221 van 16 december 2020.

1.10. Op 1 maart 2021 wordt de aanvraag op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet opnieuw ongegrond verklaard. Dit is thans de eerste bestreden beslissing, die als volgt gemotiveerd is:

"(...)

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

[...]

+ moeder: [...]

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, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 08.06.2011, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden.

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 voor S. A., die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 01.03.2021 in gesloten omslag).

Derhalve

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

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

We herinneren eraan dat artikel 9ter bepaalt dat "de vreemdeling samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen overmaakt aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft". Het is derhalve aan de aanvragers om elk document dat zij van plan zijn neer te leggen, rechtstreeks aan de Dienst Vreemdelingenzaken toe te zenden, als onderdeel van hun 9ter-aanvraag. Onze administratie is immers

“niet verplicht de aanvraag van de verzoeker aan te vullen met stukken die binnen andere procedures zijn ingediend of die als bijlage bij een beroep zijn gevoegd ” (RVV n°203976 van 18/05/2018).

De huidige beslissing betreft de aanvraag 9ter d.d. 28.01,2011, die betrekking heeft op de medische toestand van [S.A.]. Betrokkenen hebben echter na de indiening van de aanvraag medische attesten voorgelegd op naam van [A.N.], deze laatste kunnen niet in overweging genomen worden in het kader van de huidige beslissing. Het staat betrokkenen echter vrij een nieuwe aanvraag conform art. 9ter in te dienen opdat deze medische elementen op naam van A. N. eveneens in overweging zouden genomen worden.

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

(...)”

1.11. Op dezelfde datum wordt aan eerste verzoeker een bevel om het grondgebied te verlaten afgegeven (bijlage 13). Dit is de tweede bestreden beslissing, die als volgt gemotiveerd is:

“(...)”

De heer die verklaart te heten:

[...]

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

Reden van de beslissing

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

· Krachtens artikel 7, eerste lid, 1e van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een geldig en/of een geldig visum

(...)”

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

“(...)”

De mevrouw die verklaart te heten:

[...]

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

Reden van de beslissing

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

· Krachtens artikel 7, eerste lid, 1e van de wet van 15 december 1980, verblijft zij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een geldig en/of een geldig visum

(...)”

2. Onderzoek van het beroep

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

“Eerste Middel

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

Schending van art. 4 §1 van het KB 17/05/2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen; Schending van art. 3 van de Wet van 29/07/1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen.

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

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

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

Artikel 4 §1 van het KB van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen handelt over de mogelijke deskundigen waaraan de arts-adviseur een bijkomend advies kan vragen.

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

Er werden medische elementen aangehaald voor S. A., die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur dd. 01.03.2021 in gesloten omslag).

Derhalve

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

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

We herinneren eraan dat artikel 9ter bepaalt dat "de vreemdeling samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen overmaakt aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft Het is derhalve aan de aanvragers om elk document dat zij van plan zijn neer te leggen, rechtstreeks aan de Dienst Vreemdelingenzaken toe te zenden, als onderdeel van hun 9ter-aanvraag. Onze administratie is immers "niet verplicht de aanvraag van de verzoekers aan te vullen met stukken die binnen andere procedures zijn ingediend of die als bijlage bij een beroep zijn gevoegd." (RVV n°203976 van 18/05/2018).

De huidige beslissing betreft de aanvraag 9ter dd. 28.01.2011, die betrekking heeft op de medische toestand van S. A.. Betrokkenen hebben echter na de indiening van de aanvraag medische attesten voorgelegd op naam van A. N.; deze laatste kunnen niet in overweging worden genomen in het kader van de huidige beslissing. Het staat betrokkenen echter vrij een nieuwe aanvraag conform art. 9ter in te dienen opdat deze medische elementen op naam van A. N. eveneens in overweging zouden worden genomen).

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

Het verslag van de arts-adviseur stelt het volgende:

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

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- 15.11.2010 Laboresultaten: te hoog cholesterol, licht gestoorde levertesten, virale Serologie negatief schildklier functie normaal;

- 22.11.2010 Verslag CT-schedel van Dr. D. D. W.: normaal.

- 13.12.2010

Medisch attest van Dr. I. N.: kan geen "psychodiagnostiek" geven, heeft een aantal technische onderzoeken voorgesteld en een consult bij een gastro-entero/oog.

Medisch verslag van Dr. B. T.: KNO-EEG normaal.

- 24.01.2011 SMG van Dr. P. H.: start Sertraline

Obesitas met respiratoire problemen, hypercholesterolemie en leverfunctiestoornissen Angststoornis (differentieel diagnose: PTSS of prepsychose)

- 21.03.2011 A fspraakbevestiging voor dagopname op 16/05/2011 voor een septoplastie en conchotomie bij Dr. K. D.

- 08.09.2011 Medisch attest van Dr. L. V. O.: betrokkene 'woont 1 jaar in België, zit continu thuis en eet de hele dag, neemt geen beweging — moet dieet volgen!; waarschijnlijk genetisch bepaalde mentale retardatie 22.09.2011 Consiiltatieverslag van Dr. L. V. O. van de raadpleging op 18/08/2011 en 22/09/2011: mentaal geretardeerd met gestoorde levertesten toe te schrijven aan NAFLD in het kader

van obesitas (120kg) door sedentaire levensstijl en calorierijke voeding — op 1 maand tijd 6kg vermagerd met dieet en lichaamsbeweging (fietsen).

20.12.2011

SMG van Dr. K. W.: behandeling wegens een huidinfectie, mentale retardatie wegens een chromosoomafwijking = syndroom/e afwijking met ASS-gedragsstoornissen. NASH (niet-alcoholische steohepatitis) — medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip Medisch attest van Dr. K. W.: behandeling voor recidiverende huidinfectie tijdens de maand december

03.05.2012 Verwijsbrief van Dr. K. W. (huisarts) voor advies in verband met levertijden (NAFLD) en obesitas problematiek ten gevolge van inactiviteit— medicatie: Fluvoxamine.

07.05.2012, 19/12/2011 en 24/01/2011 Medische attesten van Dr. P. H.: Obesitas, PTSD, angststoornis, geen hospitalisaties.

14.05.2012 Verslag kinesitherapie van Mevr. P. D. S.: start op 26/04/2012 met conditieverbetering verder te zetten in een fitness-zaak

24.09.2012 Verwijsbrief van Dr. W. V. (psychiater) voor overdracht van betrokkene aan collega dorens: mentale handicap met gedragsproblemen, overdreven kwaad, omkering slaap-waakritme, obesitas met complicaties, vader zou vermoedelijk een psychose gehad hebben — medicatie: Fluvoxamine

14.01.2013 SMG van Dr. P. H.: zwakbegaafdheid en psychotische gedragsstoornissen (hebefrene schizofrenie) behandeld sinds 24/01/2011, lever- en pancreasaandoening in behandeling bij Dr. V. O. — medicatie: Citalopram (sinds 07/01/2013) ter vervanging van Fluvoxamine (gedurende 2jaar genomen): geen hospitalisaties, geen genezig mogelijk enkel stabilisatie, leven zonder toezicht is niet haalbaar.

18.02.2013 Medisch attest van Dr. L. V. O.: forse leversteatose met psychiatrisch beeld en mentale retardatie in het kader van een genetische afwijking dat nog verder in onderzoek is (vermoedelijk duplicatie van 882kb op lange arm chromosoom 1 (1q21.1). 04.03.2013 Medisch attest van Dr. P. H.: mentale retardatie en gedragsstoornissen, waarschijnlijk als kind van de 3 ' verdieping gevallen, er waren geen hospitalisaties noch acute opstoten.

09.03.2016 Consultatieverslag van Dr. B. T. en bijgeschreven op 13.10.2016: gedragsproblemen en motorische tics, forse dyslipidemie, depressieve stemming en overschakelen van Venlafaxine naar Escitalopram — afgevallen van 126kg (met kleding aan) naar 106,5kg, nog steeds depressieve gedachten, gekende mentale retardatie — medicatie: Citalopram en Orap ongewijzigd verder

26.04.2016 en 18.10.2016 Consultatieverslag en contro/econsu/tatie van Dr. L. V. O.: start revalidatieprogramma om gestructureerd te bewegen en advies tot verderzetting hiervan.

16.10.2016 Consultatieverslag van Dr. L. V. O.: in totaal 22kg vermagerd, volledig genormaliseerde transaminasen en gunstig lipiden profiel, start D-Cure.

21.10.2016 Medisch attest van Dr. K. W.: 20kg vermagerd en verbeterde conditie, psychisch nog moeilijk (donkere gedachten, moeilijke daginvulling, gedragsstoornissen), moet medisch multidisciplinair opgevolgd worden.

24.10.2016 Medisch attest van Dr. P. H.: psychotische gedragsstoornissen ten gevolge van hebefrene schizofrenie en mentale retardatie die enkel gestabiliseerd kan worden, niet genezen: leven zonder toezicht is niet mogelijk—medicatie: Citalopram, Orap 11.01.2017 Beëdigde vertaling van Armeens naar Nederlands door Mevr. A. D. gevalideerd op de Griffie van Mechelen op 17/01/2018: Attest van de directeur van het psychiatrisch centrum A van te Yerevan A.R. H.. d.d. 25/10/2017: A. S., kind van V., zou sinds 2011 een gevaar geweest zijn voor zijn naasten die in dezelfde woonplaats verblijven.

- 17.10.2017 Attest erkenning, van handicap van Mr. A. G.: erkenning voor sociaal telefoontarief van 01/06/2017— 31/10/2019 wegens vermindering van de zelfredzaamheid met 09 punten.

- 10.11.2017

Consultatieverslag van Dr. B. T.: tics goed onder controle met medicatie — medicatie: Escitalopram, Grap en Totalip.

Medisch attest van Dr. B. T.: regelmatige neurologische opvolging noodzakelijk.

- 15.12.2017 Consultatieverslag van Dr. L. V. O.: aangeboren afwijking (duplicatie van 882kb op lange arm van chromosoom 1 (1q21.1) waardoor OMIM612475 (mentale retardatie, macrocephalie, psychiatrische stoornissen, autisme, beperkte dysmorphie).

Totalip mag gestopt worden gezien prima evolutie door verandering van levensstijl met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c.

29.12.2017 SMG van Dr. K. W.: genetische afwijking met mentale retardatie, psychiatrische stoornis, autisme, dysmorphie: leversteatose = leververvetting (NAFLD non-alcoholic fatty liver disease) — medicatie: Escitalopram, Totalip en Orap.

14.01.2018 Medisch attest van Dr. P. H.; betrokkene kwam naar de raadpleging, mentale retardatie en gedragsstoornissen, waarschijnlijk als kind van de 3 verdieping gevallen, er waren geen hospitalisaties noch acute opstoten

15.03.2018 Medisch attest van Dr. K. W.: medische toestand spectaculair verbeterd dankzij enorme inspanningen van moeder en broer, gedragsproblemen zijn toegenomen, document uit Armenië betreft de vader van betrokkene.

26.03.2018 Medisch attest van Dr. P. H.: volgt betrokkene sinds januari 2011. diagnose van chronische ongedifferentieerde hebefrene schizofrenie — medicatie: Escitalopram en Orap, erkenning handicap bij FOD-S2 van 01/06/2017-31/10/2019 (minder dan 1/3 verdienvermogen en 9ptn verminderde zelfredzaamheid), mantelzorg voorzien door familie,

20.04.2018 Medisch attest van Dr. B. T.: mentale retardatie en gedragsstoornissen met autistische kenmerken, niet in staat zich zelfstandig in de maatschappij te handhaven en toezicht (door 'naaste' familie) strikt noodzakelijk, de vader wordt zelf begeleid omwille van psychiatrische problematiek en kan niet zorgen voor A.

09.02.2018 SMG van Dr. K. W.: syndromale afwijking met ASS- gedragsstoornissen, NASH - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip.

12.06.2018 Onvolledig consultatieverslag van Dr. <onbekend> zonder de laboresultaten: blijft stabiel op 94kg (komt van max 126kg), normale levertesten, normaal HbAlc, gunstig lipidenprofftel, lichte homogene leversteatose en normale elastografie — medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip.

En van de (niet-)medische stukken die medisch inhoudelijk niets bijdragen aan een medische adviesvorming:

- Afspraakbevestiging
- d.d. 13/07/2012 bij Dr. C. te Leuven op 15/11/2012 -d.d. 11/02/2013 bij Prof. A. V. op 27/06/2013
- Dr. V. O.: 22/07/2013
- Geneesmiddelenvoorschrift (is geen bewijs van aankoop van de medicatie)
- Dr. P. H.: 19/12/2011 voor Depakine en Fluvoxamine
- Dr. L. V. O.: 7/7//2017 ONLEESBAAR
- Bewijs dat betrokkene op de raadpleging kwam bij:
 - Dr. P. H.: 21/03/2011, 19/12/2011, 07/05/2012, 06/08/2012, 04/03/2013, 13/05/2013, 01/07/2013, 22/07/2013, 29/07/2013, 23/04/2018, 04/06/2018,
 - 30/07/2018, 01/10/2018,-27/08/2018, 05/11/2018 -Prof. Dr. D. C.: 13/07/2012,15/11/2012
 - Dr. A. V.: 09/07/2013

Bespreking

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 27-jarige man met een genetische afwijking (duplicatie van 882kb op de lange arm van chromosoom 1) die aanleiding geeft tot mentale retardatie, macrocephalie (groot hoofd), psychiatrische/gedragsstoornissen waaronder autisme (ASS: autismspectrum stoornis) en een beperkte dysmorfië (abnormale lichaams- en/of gelaatsvorm),

Mr. S. lijdt aan:

1) Hebefrene schizofrenie: Uit de voorgelegde medische stukken blijken de psychiatrische en gedragsstoornissen te behoren tot de autisme spectrum stoornissen (ASS) en sinds oktober 2016 wordt de diagnose gesteld van hebefrene schizofrenie — schizofrenie van het gedesorganiseerde type, een vorm van schizofrenie waarbij voornamelijk affectieve symptomen op de voorgrond treden. Het affect is vaak afgevlakt en niet toepasselijk bij de omstandigheden. De spraak is erg verward en anderen kunnen moeilijk volgen wat de patiënt probeert te vertellen. Daar de denkstoornissen komen deze mensen erg chaotisch over. Deze vorm van schizofrenie komt vooral voor tussen 15 en 25 jaar (hebefrenie = puberteitspsychose).

2) Lichte leversteatose: Mr. S. werd in het kader van zijn gedragsstoornissen zeer zwaarlijvig door zich te overeten (boulimie) in combinatie met een gebrek aan beweging, waardoor ook zijn lever vervet was (steatose) met gestoorde levertesten (NAFLD = Non Alcoholic Fatty Liver Disease/Niet- alcoholische leververvetting en NASH Niet-alcoholische steatose hepatitis).

Opmerkingen:

Op een echografie in september 2011 (vermeld in de medische voorgeschiedenis d.d.

10/11/2017, 15/12/2017) zou er ook een vermoeden geweest zijn van een chronische pancreasonsteking (pancreatitis). Het verslag van deze echografie wordt niet voorgelegd. Deze pathologie wordt in voorliggend medisch dossier niet verder geobjectiveerd, noch bevestigd, noch behandeld.

Op 16/05/2011 werd er een ingreep uitgevoerd aan de neus van Mr. S.: aanpassing van het neustussenschot (septoplastie) en van een neusschelp (conchoplastie). Dit is geen actieve pathologie meer.

Tussen 2011 en december 2018 slaagt Mr. S. er in om zijn gewicht te verminderen van max 126kg naar 94kg en zijn conditie gevoelig te verbeteren (dieet en lichaamsbeweging), waardoor er een normalisatie is opgetreden van de levertesten, er opnieuw een gunstig lipidenprofiel is (cholesterol is verlaagd) en het HbAlc (maat voor insulineresistentie en beginnende ontwikkeling van diabetes) zich genormaliseerd

heeft. De elastografie van de lever is normaal, wat betekent dat er geen leverfibrose (verharding van de lever) aanwezig is. Dit alles heeft tot gevolg gehad dat de cholesterolverlagend medicatie, atorvastatine (Totalip) gestopt kon worden vanaf 15/12/2017.

Waarom deze medicatie nog vermeld wordt in het SMG d.d. 09/02/2018 en het meest recente consultatieverslag d.d. 12/06/2018 wordt niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier. De diagnose van NASH (SMG dd 09/02/2018) = Non Alcoholic Steo-Hepatitis (niet- alcoholische leververvetting en ontsteking), een verergering van een NAFLO, wordt niet gestaafd in voorliggend medisch dossier met een anatomopathologisch verslag van een histologisch onderzoek van een leverbiopsie (= enige manier om een leverontsteking te objectiveren), noch wordt een eventuele nieuwe achteruitgang van de leverfunctie van betrokkene door een ontsteking gestaafd met laboresultaten (levertesten), integendeel, uit het consultatieverslag d.d. 12/06/2018 blijkt dat de levertesten en andere biochemische parameters zich genormaliseerd hebben en dat de elastografie van de lever normaal is.

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

Op 2-jarige Leeftijd emigreerde de familie met betrokkene naar Rusland waar zij 13 jaar gewoond hebben, waarna ze terug in Armenië zijn gaan wonen.

Tijdens zijn kinderjaren had hij enkel problemen met de sinussen, die in Rusland verzorgd werden, viel hij op 8-jarige leeftijd van een trap en hij zou in zijn (linker?) bi! gebeten geweest zijn door een hond, waardoor hij nog steeds schrik heeft van honden.

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

In 20/0 zijn zijn moeder, hijzelf en zijn broer met het vliegtuig naar België gekomen.

Zijn grootste probleem was een eetstoornis, boulimie, zodat hij op zeker moment méér dan 126kg woog, maar nu is hij zeer goed vermagerd tot 92kg.

Het klinisch onderzoek was volledig normaal (bloeddruk 120/80, normaal sinusaal hartritme 80/min, soepele buik, geen bewegingsbeperkingen, normale reflexen), er werden geen karakteriële stoornissen vastgesteld en betrokkene kon goed antwoorden op de vragen die hem via de tolk gesteld werden.

Hij bevestigt dat zijn problemen met de lever (leververvetting, leverontsteking) zich genormaliseerd hebben tijdens het vermageren.

Volgens zijn broer haalde voorgeschreven medicatie helemaal niets uit, en is zeker niet in staat de mentale retardatie te genezen.

Betrokkene gaat nu naar een bezigheidscentrum " in Mechelen, waar hij o.a. tekeningen maakt.

Zijn vader woont nog steeds in Armenië.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

Escitalopram (Escitalopram), een antidepressivum van het type selectieve serotonine heropnameremmer (SSRI) dat ook gebruikt wordt bij obsessieve compulsieve stoornissen (bv. dezelfde zinnen/dezelfde handelingen blijven herhalen)

Pimozide (Orap), een antipsychoticum gebruikt bij schizofrenie Atorvastamine (Tota/ip), een cholesterol verlagend middel

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

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

Gezien de beperkte zelfredzaamheid van Mr. S. is mantelzorg of institutionalisering aangewezen.

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

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

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

Aanvraag Medcoi van 22/11/2019 met het unieke referentienummer BMA 12960 Aanvraag Medcoi van 30/07/2019 met het unieke referentienummer BMA 12623 Aanvraag Medcoi van 10/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10849 Aanvraag Medcoi van 13/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10724 Aanvraag Medcoi van 26/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10919 Aanvraag Medcoi van 18/10/2018 met het unieke referentienummer BMA 11664 Aanvraag Medcoi van 27/11/2018 met het unieke referentienummer BMA 11778

En een overzicht met in Armenië beschikbare medicatie voor Mr. S. volgens recente MedC Qldossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist (met subspecialisaties als neuroloog,-gastro-enteroloog met subspecialisatie als hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië. Eventueel in een multidisciplinaire setting in verscheidene medische centra.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist zijn beschikbaar.

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

Escitalopram en Atorvastatine zijn beschikbaar in Armenië

Pimozide is niet beschikbaar in Armenië, maar therapeutische equivalenten die Pimozide kunnen vervangen zijn dat wel nl.: Haloperidol, Quetiapine, Risperidon, Olanzapine, Ariprazol, Peliperidon, Clozapine en Sulpiride.

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

Mr. S. haalt aan dat de gezondheidszorg in Armenië ondermaats is, Hij legt echter geen persoonlijke bewijzen voor die aantonen dat hij er geen toegang heeft tot de benodigde zorg.

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 bewijse/ementen (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).

Bovendien dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandeling 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 een 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.

Betrokkene haalt aan dat hij in 2013 werd opgeroepen voor zijn militaire dienst in Armenië, dat het leger rekruteert zonder rekening te houden met de medische toestand, dat er veel dodelijke slachtoffers vallen ten gevolge van geweld en brutaliteiten binnen het leger en dat zijn dienstplicht zijn therapie zal onderbreken. Het feit dat betrokkene in 2013 werd opgeroepen voor zijn militaire dienst, bewijst niet dat er geen rekening gehouden zal worden met zijn medische situatie. Personen die op grond van hun gezondheidssituatie door de oproepcommissie ongeschikt zijn bevonden voor de militaire dienst, worden vrijgesteld van de militaire dienstplicht. Verder kan onder bepaalde voorwaarden uitstel van militaire dienst worden verleend aan dienstplichtigen die een medische behandeling nodig hebben en dienstplichtigen die tijdelijk ongeschikt zijn voor de verplichte militaire dienst vanwege hun gezondheidstoestand. De duur van het uitstel is afhankelijk van de gezondheidstoestand van de dienstplichtige.

Uitstel van militaire dienst wegens familieomstandigheden wordt verleend aan een dienstplichtige die een arbeidsongeschikte vader en/of moeder heeft, of een alleenstaande vader of moeder die niet kan werken, op voorwaarde dat deze ouder(s) geen andere arbeidsongeschikte zoon heeft (hebben) die staatsburger van de Republiek Armenië is, en geen militaire dienstplicht vervult.

Uit het militaire boekje van verzoeker blijkt dat hij in het verleden reeds eerder uitstel heeft verkregen. Militairen krijgen overigens gratis medicatie of aan gereduceerde tarieven.

In Armenië geldt een dienstplicht voor mannen tussen 18 en 27 jaar. Betrokkene wordt in juli 28 jaar oud, waardoor we kunnen oordelen dat hij niet meer dienstplichtig is.

Verzoeker legt eveneens een attest neer van 4 april 2018, waaruit blijkt dat hij gezocht wordt door de Armeense politie. Dit attest toont niet aan dat betrokkene een gevangenisstraf zal moeten uitzitten. Het komt de Dienst Medisch Verblijf niet toe het risico op vervolging in het land van herkomst te onderzoeken. Daarbij dient opgemerkt te worden dat het opvallend is dat betrokkene sinds 13 september 2010 in België verblijft en nooit asiel heeft aangevraagd op basis van het risico op vervolging het land van herkomst.

Medische zorg is overigens gratis voor gearresteerden, gevangenen en veroordeelden.

De gezondheidszorg in Armenië is georganiseerd op drie niveaus: primaire, secundaire en tertiaire zorg. Betrokkene kan terecht in poliklinieken of in gespecialiseerde medische centra voor gespecialiseerde

zorg. Psychiatrische zorgverlening wordt gedekt door het Ministry of Health (MOH). Alle Armeense-burgers kunnen gratis psychiatrische zorg bekomen. Dringende psychiatrische hulpverlening, inpatient en outpatient consultaties, diagnose, behandeling en rehabilitatie worden gegarandeerd.

Psychiatrische aandoeningen staan op de lijst van ziektes waarvoor de medicatie gratis verspreid wordt. Het Basic Benefit Package (BBP) regelt de toegang tot gratis gezondheidszorg en medische diensten voor de bevolking, op alle niveaus.

Ook opvolging door gespecialiseerde diensten, zoals een neuroloog, behoort tot het pakket gratis zorgen.

Sociaal kwetsbare groepen (arme families, kinderen, gehandicapten, ...) krijgen gespecialiseerde zorgen en de benodigde medicatie gratis of krijgen korting. Zo is medicatie gratis voor kinderen uit een eenoudergezin en voor invaliden van de eerste en tweede graad. Invaliden van de derde graad krijgen 50% korting.

Voor mensen die deels of volledig invalide verklaard worden en minstens 5 jaar in officiële loondienst gewerkt hebben, is er een invaliditeitspensioen. Indien men niet aan deze vijf jaar komt, kan men aanspraak maken op een sociaal invaliditeitspensioen.

Ook indiende aandoening van betrokkene niet erkend zou worden in Armenië en hij niet kan genieten van gratis zorg, tonen betrokkenen niet aan dat de zorgen financieel ontoegankelijk zijn. De beslissing is immers eveneens van toepassing op de moeder van betrokkene, A. N. (OV: ...). Betrokkene heeft bovendien nog een meerderjarige broer, S. V., die momenteel in België verblijft (OV: ...). Geen van beiden legt een bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij verzoeker niet financieel kunnen bij staan.

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkenen in Armenië geen familie vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp. Zo verklaarde A. N. tijdens haar interview op 16.09.2010 dat zij nog een zus en een broer heeft die in Armenië verblijven.

Niets verhindert verzoekers derhalve om terug te keren. Het staat hen vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Re-integratie bijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

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

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

Verzoekers kunnen met deze argumentatie niet akkoord gaan.

1. Bepaalde ziektebeelden van eerste verzoeker zijn niet nagegaan

Uit het medisch dossier blijkt onomstotelijk dat er sprake is van een uitgebreide medische problematiek bij eerste verzoeker, waarbij eerste verzoeker onder meer lijdt aan de volgende ziektebeelden:

- Te hoge cholesterol;
- Angststoornis,
- Obesitas met respiratoire problemen;
- Mentale retardatie;
- Huidinfectie;
- Leverlijden (NAFLD);
- Psychotische gedragsproblematiek ;
- Zwakbegaafdheid;
- Pancreasaandoening;
- Depressie;
- Motorische tics;
- Macrocephalie;
- Autisme;
- Dysmorphie;

Het is dan ook duidelijk dat er bij eerste verzoeker een sterk gedifferentieerd ziektebeeld aanwezig is, waarbij het zo is dat deze multidisciplinair behandeld dienen te worden, wat ook herhaaldelijk terugkomt in de verschillende medische attesten.

Het is daarbij ook zo dat elk van deze verschillende ziektes een impact heeft op de andere ziektes én de daarbij horende medicatie.

Hoewel er aldus duidelijk sprake is van een veelheid aan medische attesten die spreken over deze verschillende elementen die samen het ziektebeeld van eerste verzoeker uitmaken, gaat de arts-adviseur echter slechts in op een beperkt aantal van deze ziektes.

Zo wordt onder meer nergens in het medisch verslag dieper ingegaan op de volgende ziektebeelden:

Chronische Pancreatitis

De arts-adviseur stelt hieromtrent zeer eenvoudig dat omdat een bepaald verslag niet zou zijn neergelegd dat deze pathologie niet kan worden weerhouden.

Dergelijke stelling is wel zeer kort door de bocht en negeert de medische situatie van verzoeker waarbij in het verleden al herhaaldelijk uitvoerig op deze ziekte is ingegaan, zowel door verzoeker als door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen.

Verzoekers verwijzen hieromtrent integraal naar hun argumentatie, zoals weergegeven in hun verzoekschrift dd. 5 april 2018, welke zij als volledig herhaald en bevestigd beschouwen (stuk 15).

"In casu moeten verzoekers vaststellen dat de arts-adviseur geen enkele rekening heeft gehouden met de chronische pancreatitis van eerste verzoeker.

Nergens in diens medisch advies wordt er op enige wijze gesproken noch ingegaan op de problematiek van deze chronische pancreatitis, hoewel verwerende partij hiervan ontegensprekelijk op de hoogte is.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen heeft in het verleden reeds expliciet gesteld dat er onterecht door de verwerende partij met dit ziektebeeld geen rekening werd gehouden bij haar arresten dd. 5 december 2017, gekend onder RvV 206 533 en RvV 206 537:

"Uit voormeld arrest blijkt dat met sommige van de medische aandoeningen geen rekening is gehouden zodat verzoekers kunnen gevolgd worden in hun stelling dat de bestreden beslissingen onzorgvuldig zijn genomen door geen rekening te houden, minstens niet afdoende zijn gemotiveerd, met betrekking tot de medische problematiek van eerste verzoeker terwijl tweede verzoekende partij als moeder de mantelzorger is van eerste verzoeker, die tevens een mentale retardatie kent. De opmerkingen van de verwerende partij in de nota met opmerkingen doen geen afbreuk aan deze vaststelling. De verwerende partij gaat eraan voorbij dat uit het medisch advies van haar arts niet blijkt dat hij de lev er aandoening en de chronische pancreatitis, waaraan eerste verzoeker zou lijden, werd onderzocht nu haar arts enkel oog heeft voor de psychiatrische problematiek, mentale retardatie en de obesitas die eerste verzoeker kent. "

(Arrest Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 5 december 2017: RvV206 537)

"Uit dit medisch advies blijkt dat de verwerende partij een opsomming geeft van de overgemaakte attesten, doch enkel ten dele de medische problematiek van de eerste verzoeker weerhoudt. Zo vermeldt de ambtenaar-geneesheer de mentale retardatie en een metabole obesitas te wijten aan gebrek aan beweging en overmatig eten. De ambtenaar-geneesheer concludeert in zijn analyse dat deze elementen, zelfs onbehandeld, geen risico inhouden voor het leven, voor de fysieke integriteit of op een vernederende of onmenselijke behandeling bij terugkeer naar het herkomstland.

In de analyse en conclusie van de ambtenaar-geneesheer wordt met geen woord gesproken over de leveraandoening en de chronische pancreatitis waaraan eerste verzoeker lijdt. De Raad kan noch uit de bestreden beslissing, noch uit het toegevoegde medisch advies opmaken of de arts van de verwerende partij met deze aandoeningen rekening heeft gehouden terwijl de pancreatitis chronisch blijkt te zijn.

Vraag is of de verwerende partij op de hoogte was van deze aandoeningen voor het nemen van de bestreden beslissing.

Uit het administratief dossier blijkt dat bij brief van 16 maart 2013 de raadsman van de verzoekende partijen aan de verwerende partij enkele bijkomende medische attesten deed toekomen, waaronder een medisch getuigschrift onder de vorm van een standaard medisch getuigschrift, ondertekend door dokter P.H. van 14 januari 2013. Dit attest wordt ook opgesomd in het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer.

Het attest vermeldt onder de titel "medische voorgeschiedenis "Leversteatose door chronische pancreatitis met hepatomegalie. " Onder de titel "diagnose" meldt het attest: "St-Maartensziekenhuis, bij dr. V.O. wegens ernstige lever- en pancreatitisaandoening. "

(Arrest Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 5 december 2017: RvV206 533)

Daarnaast heeft de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen in deze aangehaalde arresten dd. 5 december 2017, gekend onder R VV 206 533 en R VV 206 537, er expliciet op gewezen dat dit ziektebeeld door verwerende partij en/of haar arts-adviseur onderzocht dient te worden. Verwerende partij schendt met dergelijk gebrek in haar beslissing het gezag van gewijsde van het arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 5 december 2017. "

(Stuk 15: Beroep tot nietigverklaring en vordering tot schorsing dd. 5 april 2018)

Een eerste beslissing door verwerende partij hieromtrent, met name de beslissing dd. 20 februari 2018 werd dan vervolgens door de Dienst Vreemdelingenzaken ingetrokken, waarbij de nieuwe beslissing dd. 18 april 2018 vervolgens werd vernietigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 26 oktober 2018 (stuk 16).

Er kan dan ook geen twijfel over zijn dat dit ziektebeeld wel degelijk door de arts-adviseur gekend is én diende te worden nagegaan.

Het is hierbij ook opmerkelijk te noemen dat op het medisch onderzoek van 19 februari 2018 dit helemaal niet onderzocht is door de arts-adviseur, hoewel er op deze problematiek al meerdere malen is gewezen, onder andere in de voorgaande arresten van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen zodat het duidelijk is dat verwerende partij hiervan op de hoogte was ...

Daarnaast kan van de arts-adviseur, indien hij over een bijkomend attest wenst te beschikken ondanks het feit dat hij dit aldus niet onderzocht heeft toen hij de kans hiertoe had, verwacht worden dat hij hierover meer informatie zou vragen aan verzoekers, die immers deze problematiek al herhaaldelijk hebben aangekaart.

De stelling dat er eenvoudigweg geen rekening mee kan worden gehouden omdat een verslag van 2011 zou ontbreken, kan niet weerhouden worden.

Depressie, angststoornissen en gedragsproblemen

Op deze elementen wordt door de arts-adviseur ook niet dieper ingegaan, hoewel deze al herhaaldelijk aan bod zijn gekomen.

Het is duidelijk dat de impact van depressie en angststoornissen in huidig dossier verder dient te worden nagegaan, daar deze ten dele mee het gevolg zijn van de zeer lange duur van huidige procedure (de aanvraag 9ter dateert immers reeds van 2011 !).

Het is in die optiek zeer vreemd te noemen dat de arts-adviseur kan stellen van iemand met depressie, angststoornissen en gedragsproblemen dat er geen enkele tegenindicatie is tot reizen zonder enig onderzoek hieromtrent te doen.

Dit terwijl uit het dossier reeds blijkt dat deze gedragsproblemen verergeren en eerste verzoeker zelfs een gevaar uitmaakt voor zijn naasten, waarbij deze depressie, angststoornissen en dergelijke nog steeds een actueel ziektebeeld uitmaakt, hetgeen kan worden afgeleid uit het feit dat eerste verzoeker nog steeds antidepressiva dient te nemen.

Het is aldus duidelijk dat met verschillende ziektebeelden door de arts-adviseur onterecht geen rekening is gehouden.

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

2. Gebrek aan gespecialiseerde expertise

Het is daarnaast ook verbazingwekkend te noemen dat de arts-adviseur op geen enkel ogenblik enige hulp heeft gevraagd aan een collega gespecialiseerd in psychiatrische aandoeningen.

Het valt immers te betwijfelen dat elke arts steeds de nodige expertise en kennis heeft aangaande de psychiatrische ziektebeelden, dewelke niettemin in huidig dossier zeer pertinent aanwezig zijn.

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

Het medisch onderzoek dd. 19 februari 2018 heeft daarenboven slechts een half uur in beslag genomen en bestond vreemd genoeg enkel uit een klinisch onderzoek ... daar waar de belangrijkste ziektebeelden bij eerste verzoeker duidelijk van psychische aard zijn.

Begrijpe wie begrijpe kan...

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

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

Dit is des te meer urgent daar de bevindingen van de arts-adviseur regelrecht ingaan tegen de bevindingen van de gespecialiseerde artsen in deze materie die ook zijn gevoegd in het medisch dossier.

Zoals aangehaald is de arts-adviseur geen psychiater en is het voor hem niet mogelijk om hieromtrent de vereiste vaststellingen te doen, hoewel de psychiatrische problematiek van verzoeker wel degelijk aan de bron van zijn ziektebeeld ligt.

De arts-adviseur had dan ook beroep dienen te doen op een arts gespecialiseerd in deze materie conform art. 4 §1 KB van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15/09/2006 tot wijziging van de wet van 15/12/1980 zoals ook reeds herhaaldelijk is gemeld en gevraagd door verzoekers doorheen de procedure.

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

3. De beschikbaarheid van de zorgen en opvolging in Armenië

3.1. Gespecialiseerde psychiatrische zorg is niet nagegaan in Armenië

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

Het is duidelijk dat eerste verzoeker zonder hulp en behandeling niet kan overleven en dat er aldus zeker een enorm risico is voor zijn fysieke integriteit.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dit terwijl het duidelijk is dat eerste verzoeker nood heeft aan gerichte en gespecialiseerde psychiatrische hulp door een instantie/instelling die hierin de nodige expertise heeft.

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

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling hij een huisarts/generalist, internist (met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog en hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië. Eventueel in een multidisciplinaire setting in verscheidene medische centra.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist zijn beschikbaar.

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

(Verslag arts-adviseur p. 4)

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

Er kan onmogelijk van worden uitgegaan dat zulke gespecialiseerde hulp overal vrij te vinden is, laat staan dat elke psychiater of psycholoog hiermee gekend zouden zijn, zeker in het geval van eerste verzoeker waar er sprake is van een complex ziektebeeld.

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

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

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

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

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

(stuk 7: Attest dd. 29 juni 2018 van Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten)

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

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

Het is duidelijk dat deze behandeling niet kan worden stopgezet.

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

3.2. Gespecialiseerde psychiatrische zorg is niet aanwezig in Armenië

In Armenië is de benodigde gespecialiseerde behandeling die eerste verzoeker nodig heeft, zoals in het voorgaande is aangehaald, echter niet aanwezig.

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

(CARITAS INTERNATIONAL, Country sheet Armenia,

http://www.reintegrationcaritas.be/fileadmin/user_upload/Fichiers/CS/Armenia/CS_ARMENI

A UPDATE JANUARI 2010 ENGLISH VERSION .pdf. 2010. 124.)

Dit wordt ook bevestigd in andere toonaangevende bronnen:

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

(A. SOGHOYAN, A. HAKOBYAN, H. DAVTYAN, M. KHURSHUDYAN en K. GASPARYAN, *Mental Health in Armenia*. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/IPc6n3.pdf> 2009, 61.)

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

[...]

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

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

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

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

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

(CARITAS INTERNATIONAL, o.c., 141)

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

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

"Public expenditure in health is below 2% of GDP, one of the lowest in the world, " said Mr Püras. "The country is moving towards a mandatory health insurance scheme which will involve private insurers as third-party administrators for certain sectors of the population, mainly civil servants and socially disadvantaged groups.

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

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

mental health institutions. Psychosocial rehabilitation is underrepresented in mental hospitals. Few patients in mental hospitals received one or more psychosocial interventions in the last year. There are no day treatment facilities or even inpatient care for children and adolescents. In general in Armenia, mental health and mental disorders among children and adolescents are not regarded with anything like the same importance as physical health. Continuous medical education for mental health professionals is lacking. Only 17% of psychiatrists had re-fresher training on the rational use of psychotropic drugs. None of the mental health care staff received at least two days of refresher training in the rational use of drugs, psychosocial interventions and child/adolescent mental health issues during past last year. The government supports professional training once in every five years. The research area is still underdeveloped and lacking financial governmental support. There is some research based on interests of donor organizations. Currently, the mental health system in Armenia is still lacking resources and positive reforms that should be done on individual, governmental and political levels.

In the general the network of mental health facilities there is an overcapacity of inpatient services and under representation of outpatient or community level mental health services. As to human rights issues, on the legislative level the rights of patients are mostly regulated, nevertheless, the monitoring system is greatly underdeveloped, there are no organizations, review/inspection boards that can officially deal with issues of human rights violations. There is no clear mechanism for implementation of human rights in mental health care. Besides, stigmatization of mental disorders is still very high among the general population "

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

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

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

(PDF) Mental health problems in Armenia: Low demand, high needs. Available from: https://www.researchgate.net/publication/8063481_Mental_health_problems_in_Armenia_Low_demand_high_needs [accessed Jul 11 2018].

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

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

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

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

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

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

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

"A recent report by the Human Rights Defender of Armenia suggested that instead of receiving the help they need, patients with psychiatric illnesses were often met with poor conditions and human rights violations in Armenia's psychiatric institutions. "

(OC Media, ' I lived in hell': life in a psychiatric hospital in Armenia, 2019, <https://oc-media.org/features/i-lived-in-hell-life-in-a-psychiatric-hospital-in-armenia/>)

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

- Although psychiatric healthcare is free, cases of paid psychiatric services have been detected. Mental healthcare services are inaccessible at community level.

- There are a number of legislative and practical issues related to compulsory treatment provided by the Criminal and Civil Procedure Codes of the Republic of Armenia.
- Means of restraint not envisaged by the law have been used and procedural violations in this regard have been detected.
- The number of the medical staff in psychiatric institutions is inadequate.
- In a number of cases there are no narrowly focused specialists (e.g. pediatric psychiatrist).
- There are no psychiatrists on duty at nighttime and the number of the middle-level medical staff involved in night shift is inadequate, including in Yerevan.
- Expired medication and medical supplies, improper maintenance and disposal of medication have been detected.
- Cases of improper management of record-books on registration and provision of psychotropic medication have been revealed.
- There are no mechanisms for transferring a person to a psychiatric institution and providing adequate medical assistance and service in cases of need of urgent stationary psychiatric assistance and service.
- Except medication treatment, there is a shortage of alternative medical treatment methods.
- Cases of overcrowding in psychiatric institutions have been detected.
- There are issues concerning the separation of women and men's wards in some psychiatric institutions.
- In a number of cases there is a discriminatory approach to persons with mental health issues.
- There is a necessity of renovation and improvement of living conditions, including sanitary and hygiene.
- There are issues with regard to adequate variety and sufficient quantity of nutrition.
- The right to outdoor exercise of persons with mental health issues is not properly maintained.
- There are no mechanisms on the provision of pensions to persons with mental health issues and on their independent management.

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

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

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

4. De actuele toegankelijkheid van de zorgen en opvolging in Armenië

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

In de praktijk is dit echter alles behalve het geval, hetgeen ook duidelijk naar voren komt in de rechtsleer: "Private financing constitutes about half of total health expenditures in Armenia and most of that comes directly out of the consumer's pocket. In the current economic downturn, fewer and fewer people can afford it.

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

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

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

(World Health Organization, Armenians struggle for health care and medicines, 2009, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/09-010709/en/>) "Armenia has made commendable reforms, but people's enjoyment of the right to physical and mental health still faces serious barriers linked to an

outdated approach to healthcare and persistent inequalities, said the Special Rapporteur on the right to health, Dainius Pūras, in a statement at the end of his mission.

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

"Public expenditure in health is below 2% of GDP, one of the lowest in the world," said Mr Pūras. "The country is moving towards a mandatory health insurance scheme which will involve private insurers as third-party administrators for certain sectors of the population, mainly civil servants and socially disadvantaged groups.

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

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

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

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

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

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

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

The utilization of health care services was low, particularly in rural areas. This under-utilization of services correlated with low income of the population surveyed. The state funded health care services are inadequate to ensure availability of free-of-charge services even to economically disadvantaged groups. Continued reliance on direct out-of-pocket and illicit payments, for medical services, are serious issues which plague healthcare, pharmaceutical and medical technology sectors of Armenia.

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

"Accessibility of the most essential services has become a very serious problem mainly for socially vulnerable groups in the population. Low purchasing power, absence of state medical insurance, the

introduction of out-of-pocket payments and the increase in informal payments have resulted in sharp a decrease in timely referrals to doctors. The practice of informal payments at health institution means that Armenians have to pay even for the few medical services that are officially free of charge. That includes prophylactic treatment of oncologic, cardiac, infectious and psychiatric diseases. The informal payments typically range from 1,000 to 50,000 drams (\$100). ”

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

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

(Information Company, Patients in Armenia still pay for free health care services, 2013, <http://arminfo.info/index.cfm?objectid=75d74aa0-dd97-11 e2-bbc80eb7c0d21663>)

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

(Journal of Public Health, The Armenian healthcare system: recent changes and challenges, 2008. <https://link.springer.eom/article/l 0.1007/s 10389-007-0160-v>)

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

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

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

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

(Geneva Health Forum Archive, More healthcare providers: A Crisis in Armenia's Health System, 2012, <http://ghf.g2hp.net/2012/! 1/12/more-healthcare-providers-a-crisis-in-armenias-health-svstem/>)

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

Armenia: 91%;”

(Shafrin J., Health care workers and Informal Payments, 2014, <https://www.healthcare-econotnist.com/2014/02/04/health-care-workers-and-infomial-payments/>)

“The four domains that provided most of the relevant information for the study included financial access, commodities in hospital, medical staff qualifications and attitudes, overall satisfaction of patients and relatives. These domains expressed the main concerns that participants had with care, and that influenced their patients "/>caregivers " satisfaction the most. They also provided the information that was most helpful for the improvement of the quality of care in mental health care in both countries. Due to the similarities in overall country profiles and mental healthcare systems, most of the findings were similar for Armenia and Moldova. The financial aspect seemed to be similarly viewed in both countries, with equal importance attributed to the state support and free medication. Informal payments were mentioned as a problem during the in-depth interviews in both countries. This could be explained by the low salaries offered to the hospital and dispensary personnel and the stressful working conditions the doctors and administrator were working under. ”

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

“Domestic violence, discrimination against people with disabilities, and violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity persisted. ”

(Human Rights Watch, Armenia. Events of 2020,2021, <https://www.hrw.org/world-report/2021 /country-chapters/armenia>)

“In March 2018 the office of the ombudsman issued an ad hoc report on the situation in psychiatric institutions, noting violations of human rights. Shortcomings included legal gaps in regulating compulsory treatment, expired medication, inappropriate use of means of restraint, absence of mechanisms for urgent stationary psychiatric assistance, overcrowding, discrimination, inadequate housing and sanitary conditions, inadequate food, and other problems. ”

(United States Department of State, Country Reports on Human Right Practices for 2019. Armenia 2019 Human Rights Report, 2020, <https://am.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/92/hrr2019.pdf>)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hoewel deze problematiek enerzijds duidelijk vermeld is door verzoekers doorheen de procedure en anderzijds eenvoudig terug te vinden is en duidelijk gedocumenteerd is, weigert verwerende partij categoriek om hierop in te gaan.

Verwerende partij stelt enkel dat de vereiste medicatie voor eerste verzoeker gratis en beschikbaar zou zijn in Armenië, doch gaat nergens verder in op de toegankelijkheid hieromtrent.

Dit is zeer verwonderlijk te noemen daar de arts-adviseur in zijn vorige verslag hieromtrent zelf nog specifiek het volgende stelde:

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

Bovenstaande geldt echter niet automatisch voor personen met mentale problemen die gratis psychiatrische zorg krijgen via de overheid. Zij dienen hiervoor te beschikken over een certificaat dat bevestigt dat zij een handicap hebben. "

(Stuk 8: Verslag arts-adviseur dd. 22 juli 2019)

In het beroep tegen de bijhorende beslissing heeft de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen nog expliciet verwezen naar dit element en terecht bekritiseerd gelet op het dossier in kwestie:

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

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

(Arrest Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 2 december 2019 gekend onder RvV 236 345 p. 29)

Waar dus de arts-adviseur anderhalf jaar geleden zelf nog melding van maakte van een vereist certificaat en op dit element ook specifiek is verwezen door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt hier in voorgaand en huidig advies opeens in alle toonaarden over gezwegen.

Een dergelijke houding kan onmogelijk gehonoreerd worden waarbij men opeens op belangrijke elementen niet meer ingaat en deze informatie achterhoudt.

Tot op heden is er door verwerende partij aldus, ondanks de uitdrukkelijke vraag hieromtrent van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, niet ingegaan op de vereisten noch de manieren om dit certificaat te verkrijgen, terwijl dit certificaat niettemin nog steeds essentieel is.

Verzoekers wijzen er ter volledigheid nog op dat verwerende partij ook nergens aanhaalt noch bewijst dat de vereiste van zulk een certificaat opeens zou gewijzigd zijn.

Verzoeker wijst erop dat hij daarenboven opgeroepen is om zijn legerdienst te vervoegen en dit ondanks zijn medische situatie (stuk 11).

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

gevolgen van dien zoals ook correct is weergegeven door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen in haar arrest dd. 2 december 2019 gekend onder RvV 236 345.

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

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

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

Ten overvloede wenst verzoeker nog het volgende aan te duiden.

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

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

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

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

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

Als voornaamste mantelverzorger is dit immers van belang en dient verwerende partij met deze informatie wel degelijk rekening te houden.

Waar verwerende partij nog aanhaalt dat de meerderjarige broer van eerste verzoeker, zijnde de heer S. V., in België verblijft en mee terug kan keren naar Armenië, wijzen verzoekers erop dat deze recent is toegelaten tot een tijdelijk verblijf van 1 jaar bij beslissing dd. 15 juli 2020 en er dus niet zomaar van hem kan verlangd worden dat hij België zou verlaten (stuk 12).

Hierbij is het opmerkelijk dat door verwerende partij noch door de arts-adviseur met de bijhorende stukken hieromtrent geen enkele rekening is gehouden, ook al was zij hiervan duidelijk op de hoogte (stukken 9 en 10).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Ernstige gedragsproblemen
2. Leverfibrose + levercirrose

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

1. Idem
2. Achteruitgang indien voldoende dieetmaatregelen

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

Patiënt heeft continu toezicht nodig.

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

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

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

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

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

Daarbovenop ontving eerste verzoeker nog een convocatie om zijn dienstplicht te vervullen in Armenië (stuk 11).

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

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

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

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

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

[...]

Elk jaar vallen er dodelijke slachtoffers als gevolg van geweld binnen het leger. In het Armeense leger is nog steeds sprake van grove ontgroeningsmethoden, pesterijen en gewelddadige omgangsvormen. De ontgroeningspraktijken gaan veelal gepaard met geweld, vaak onder het voorwendsel van disciplinehandhaving. De meeste zelfmoorden in het leger zijn vermoedelijk moorden. "

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

Het is hierbij overduidelijk dat indien eerste verzoeker terugkeert naar Armenië hij geen enkele opvang noch begeleiding zal krijgen, maar ofwel zal worden opgesloten in de gevangenis of verplicht zal worden om in het leger te gaan en zijn dienstplicht te vervullen.

Verwerende partij stelt hieromtrent dat personen op grond van gezondheidsredenen ongeschikt kunnen bevonden worden voor militaire dienst en uitstel kunnen krijgen van hun militaire dienst.

Gelet op het feit dat eerste verzoeker voorheen een beperkt uitstel kreeg, stelt verwerende partij dat het leger wel degelijk met eerste verzoeker zijn medische situatie rekening zal houden en hij aldus niet noodzakelijk zal worden gerekruteerd of aangehouden zou worden.

Deze stelling van verwerende partij is echter incorrect en gaat in tegen de feiten.

Verwerende partij heeft in het verleden slechts een uitstel gekregen, zonder dat er hierbij is beslist dat hij zijn militaire dienst niet meer zou moeten doen!

Ondanks de zeer ernstige medische situatie van eerste verzoeker, stelt Armenië dus dat eerste verzoeker nog steeds zijn dienstplicht dient te vervullen en zijn medische problematiek geen probleem zou zijn, hetgeen ook onomstotelijk blijkt uit de eerder voorgebracht oproepingen (stuk 11).

Gelet op het feit dat eerste verzoeker daarnaast nog een broer heeft die Armeens staatsburger is (de heer V. S.), kan hij daarnaast ook geen beroep doen op het uitstel wegens familieomstandigheden zoals verwerende partij laat uitschijnen.

Dat eerste verzoeker wél degelijk het risico loopt om te worden opgesloten in de gevangenis, blijkt daarnaast ook duidelijk uit de oproeping van de Armeense politie als de rechtsliteratuur.

De eenvoudige stelling van verwerende partij dat zij geen onderzoek dient te verrichten naar de vervolging in het land van herkomst en de gevolgen van een vervolging, kan uiteraard niet overtuigen.

Het feit dat eerste verzoeker een groot risico loopt op opsluiting in de gevangenis, is wel degelijk een element dat door verwerende partij dient te worden nagegaan, zoals ook specifiek is aangehaald door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen in haar voorgaand arrest in huidig dossier dd. 16 december 2020:

"Naar luid van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet komt het evenwel de arts-adviseur toe om de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst te beoordelen. Verzoekers hebben elementen aangebracht waaruit blijkt dat eerste verzoeker een risico loopt op een gevangenisstraf in Armenië wegens het niet vervullen van zijn militaire verplichtingen, alsook informatie waaruit blijkt dat de toegankelijkheid voor psychische zorgen in de Armeense gevangnissen erg problematisch is. Door louter te stellen dat "dit niet echter niet aantoonbaar dat dit hem

zal verhinderen om toegang te krijgen tot de benodigde medische zorgen in het land van herkomst ", gaat de arts-adviseur voorbij aan de specifieke elementen van de zaak. "

(Arrest Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dd. 16 december 2020 gekend onder RVV 252 160/ II p. 29)

De loutere bewering van verwerende partij dat het niet aan haar is om de vervolging in het land van herkomst na te gaan, kan dan ook niet overtuigen.

Daarnaast gaat verwerende partij nergens in op de specifieke problematiek van psychische behandeling en voorzieningen in de Armeense gevangenissen, ondanks het feit dat dit aldus expliciet is gesteld en gevraagd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen.

Verwerende partij maakt enkel een zéér globale opmerkingen dat op papier medische zorg gratis zou zijn voor gedetineerden ... zonder hierbij zelfs nog maar de beschikbaarheid van psychische zorgen of de situatie in de praktijk na te gaan.

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

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

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

In addition to beds in mental health facilities, there are also 60 beds for persons with mental disorders in forensic inpatient unit that is located in mental hospitals (see Graph 2.1). There are no forensic units in general hospitals or prison mental health treatment facilities. The data is not available on percentages of patients who spent more than a month in forensic care due to confidentiality. There are no other residential facilities such as homes for persons with mental retardation, detoxification inpatient facilities, homes for the destitute, etc. in Armenia. Limited or even no housing is provided to mental health patients. The only possibility for shelter is Vardenis long stay hospital which has limited number of beds and can't support needs of all patients. There is no psychogeriatric care in Armenia. There are no continuous nursing beds in hospitals.

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

Op dit aspect wordt ook door verwerende partij op geen enkel moment adequaat ingegaan, hoewel dit ook duidelijk doorheen de procedure is aangegeven én zelfs door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen is aangehaald in haar voorgaand arrest dd. 16 december 2020.

Verwerende partij stelt enkel eenvoudigweg dat daar eerste verzoeker heden 28 jaar oud is, dat hij niet meer onder de dienstplicht valt en het feit dat de politie hem zoekt geen teken is dat hij niet verzorgd zal worden.

Verwerende partij gaat hierbij echter niet na wat er gebeurt met personen die hun dienstplicht niet uitvoeren en hierdoor deze mogelijks nog stééds dienen uit te voeren en/of in de gevangenis worden opgesloten.

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

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

2.1.2. De eerste bestreden beslissing is gesteund op het advies van arts-adviseur C.B. d.d. 1 maart 2021 dat aan deze bestreden beslissing werd toegevoegd en aan de verzoekers tezelfdertijd ter kennis werd gebracht. Het medisch advies maakt derhalve deel uit van de motivering van deze bestreden beslissing. In dit advies oordeelt de arts-adviseur:

“(…)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. [S.A.] in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten Ingediend op 28.01.2011. Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken.

15.11.2010 *Laboresultaten: te hoog cholesterol, licht gestoorde levertesten, virale sérologie negatief, schildklierfundie normaal.*

22.11.2010 *Verslag CT schedel van Dr. D. D. W.: normaal.*

13.12.2010

- *Medisch attest van Dr. I. N.; kan geen 'psychodiagnostiek' geven, heeft een aantal technische onderzoeken voorgesteld en een consult bij een gastro-enteroloog.*

- *Medisch verslag van Dr. B. T.: KNO - EEG; normaal.*

24.01.2011 *SMG van Dr. P. H.: start Sertraline¹¹*

obesitas met respiratoire problemen, hypercholesterolemie en leverfunctiestoornissen angststoornis (differentieel diagnose: PTSS of prepsychose)

21.03.2011 *Afspraakbevestiging voor dagopname op 16/05/2011 voor een septoplastie en conchotomie bij Dr. K.D..*

08.09.2011 *Medisch attest van Dr. L. V. O.: betrokkene “woont 1 jaar in België, zit continu thuis en eet de hele dag, neemt geen beweging” - moet dieet volgen!; waarschijnlijk genetisch bepaalde mentale retardatie*

22.09.2011 *Consultatieverslag van Dr. L. V. O. van de raadpleging op 18/08/2011 en 22/09/2011: mentaal geretardeerd met gestoorde levertesten toe te schrijven aan NAFLD in het kader van obesitas (120kg) door sedentaire levensstijl en calorierijke voeding - op 1 maand tijd 6kg vermagerd met dieet en lichaamsbeweging (fietsen).*

20.12.2011

- *SMG van Dr. K.W : behandeling wegens een huldinfectie, mentale retardatie wegens een chromosoomafwijking = syndromale afwijking met ASS-gedragsstoornissen, NASH (niet-alcoholische steohepatitis) - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip*

- *Medisch attest van Dr. K. W.: behandeling voor recidiverende huidinfectie tijdens de maand december.*

03.05.2012 *Verwijsbrief van Dr. K. W. (huisarts) voor advies In verband met leverlijden (NAFLD) en obesitas problematiek ten gevolge van inactiviteit - medicatie. Fluvoxamine.*

07.05.2012, 19/12/2011 en 24/01/2011 *Medische attesten van Dr. P. H.: obesitas, PTSD, angststoornis, geen hospitalisaties.*

14.05.2012 *Verslag kinesitherapie van Mevr. P. D. S.; start op 26/04/2012 met conditieverbetering verder te zetten in een fitness-zaak.*

24.09.2012 *Verwijsbrief van Dr. W. V. (psychiater) voor overdracht van betrokkene aan collega Jorens; mentale handicap met gedragsproblemen, overdreven kwaad, omkering slaap-waakritme, obesitas met complicaties, vader zou vermoedelijk een psychose gehad hebben - medicatie: Fluvoxamine*

14.01.2013 *SMG van Dr. P. H.: zwakbegaafdheid en psychotische gedragsstoornissen (hebefrene schizofrenie) behandeld sinds 24/01/2011. lever- en pancreasaandoening in behandeling bij Dr. V. O. - medicatie; Citalopram (sinds 07/01/2013) ter vervanging van Fluvoxamine (gedurende 2 jaar genomen); geen hospitalisaties, geen genezing mogelijk enkel stabilisatie, leven zonder toezicht is niet haalbaar.*

18.02.2013 *Medisch attest van Dr. L. V. O.: forse leversteatose met psychiatrisch beeld en mentale retardatie in het kader van een genetische afwijking dat nog verder in onderzoek is (vermoedelijk duplicatie van 882kb op lange arm chromosoom 1 (1q21.1).*

04.03.2013 *Medisch attest van Dr. P. H.: mentale retardatie en gedragsstoornissen, waarschijnlijk als kind van de 3^e verdieping gevallen, er waren geen hospitalisaties noch acute opstoten.*

09.03.2016 *Consultatieverslag van Dr. B. T. en bijgeschreven op 13.10.2016; gedragsproblemen en motorische tics, forse dyslipidémie, depressieve stemming en overschakelen van Venlafaxine naar Escitalopram*

- *afgevallen van 126kg (met kleding aan) naar 106,5kg, nog steeds depressieve gedachten, gekende mentale retardatie - medicatie: Citalopram en Orap ongewijzigd verder*

26.04.2016 en 18.10.2016 *Consultatieverslag en controleconsultatie van Dr. L. V. O.: start revalidatieprogramma om gestructureerd te bewegen en advies tot verderzetting hiervan.*

18.10.2016 *Consultatieverslag van Dr. L. V. O.; in totaal 22kg vermagerd, volledig genormaliseerde transaminasen en gunstig lipiden profiel, start D-Cure.*

21.10.2016 Medisch attest van Dr. K. W.: 20kg vermagerd en verbeterde conditie, psychisch nog moeilijk (donkere gedachten, moeilijke daginvulling, gedragsstoornissen), moet medisch multidisciplinair opgevolgd worden.

24.10.2016 Medisch attest van Dr. P. H.: psychotische gedragsstoornissen ten gevolge van hebefrene schizofrenie en mentale retardatie die enkel gestabiliseerd kan worden, niet genezen; leven zonder toezicht is niet mogelijk - medicatie; Escitalopram, Orap

11.01.2017 Beëdigde vertaling van Armeens naar Nederlands door Mevr. A. D. gevalideerd op de Griffie van Mechelen op 17/01/2018: Attest van de directeur van het psychiatrisch centrum Avan te Yerevan, A.R. H., d.d. "25710/2017; A. S., kind van V., zou sinds 2011 "een gevaar geweest zijn voor zijn naasten die in dezelfde woonplaats verblijven'.

17.10.2017 Attest erkenning van handicap van Mr. A. G.: erkenning voor sociaal telefoontarief van 01/06/2017 - 31/10/2019 wegens vermindering van de zelfredzaamheid met 09 punten.

10.11.2017

- Consultatieverslag van Dr. B. T.: tics goed onder controle met medicatie - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip.

- Medisch attest van Dr. B. T.: regelmatige neurologische opvolging noodzakelijk.

15.12.2017 Consultatieverslag van Dr. L. V. O.: aangeboren afwijking (duplicatie van 882kb op lange arm van chromosoom 1 (1q21.1) waardoor OMIM 612475 (mentale retardatie, macrocephalie, psychiatrische stoornissen, autisme, beperkte dysmorphie).

Totalip mag gestopt worden gezien prima evolutie door verandering van levensstijl met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c.

29.12.2017 SMG van Dr. K. W.: genetisch afwijking met mentale retardatie, psychiatrische stoornis, autisme, dysmorphie; leversteatose = leververvetting (NAFLD = non-alcoholic fatty liver disease) - medicatie; Escitalopram, Totalip en Orap.

14.01.2018 Medisch attest van Dr. P. H.: betrokkene kwam naar de raadpleging, mentale retardatie en gedragsstoornissen, waarschijnlijk als kind van de 3<tó verdieping gevallen, er waren geen hospitalisaties noch acute opstoten

16.03.2018 Medisch attest van Dr. K. W.; medische toestand spectaculair verbeterd dankzij enorme inspanningen van moeder en broer, gedragsproblemen zijn toegenomen, document uit Armenië betreft de vader van betrokkene.

26.03.2018 Medisch attest van Dr. P. H.: volgt betrokkene sinds januari 2011, diagnose van chronische ongedifferentieerde hebefrene schizofrenie - medicatie: Escitalopram en Orap, erkenning handicap bij FOD-S2 van 01/06/2017-31/10/2019 (minder dan 1/3d9 verdienvermogen en 9ptn verminderde zelfredzaamheid), mantelzorg voorzien door familie,

20.04.2018 Medisch attest van Dr. B. T.: mentale retardatie en gedragsstoornissen met autistische kenmerken, niet in staat zich zelfstandig in de maatschappij te handhaven en toezicht (door naaste familie) strikt noodzakelijk, de vader wordt zelf begeleid omwille van psychiatrische problematiek en kan niet zorgen voor A.

09.02.2018 SMG van Dr. K. W.: syndromale afwijking met ASS-gedragsstoornissen. NASH - medicatie; Escitalopram, Orap en Totalip.

12.06.2018 Onvolledig consultatieverslag van Dr. <onbekend> zonder de laboresultaten: blijft stabiel op 94kg (komt van max 126kg), normale levertesten, normaal HbA1c, gunstig lipidenprofiel, lichte homogene leversteatose en normale elastografie - medicatie: Escitalopram, Orap en Totalip.

En van de (niet-lmedische stukken die medisch inhoudelijk niets bijdragen aan een medische adviesvorming;

- Afspraakbevestiging

d.d. 13/07/2012 bij Dr. C. te Leuven op 15/11/2012

- d.d. 11/02/2013 bij Prof. A. V. op 27/06/2013

- Dr. V. O.: 22/07/2013

- Geneesmiddelenvoorschrift (is geen bewijs van aankoop van de medicatie)

Dr. P. H.: 19/12/2011 voor Depakine en Fluvoxamine

- Dr. L. V. O.: ??/??/2017 ONLEESBAAR ■ Bewijs dat betrokkene op de raadpleging kwam bij:

- Dr. P. H.: 21/03/2011, 19/12/2011, 07/05/2012, 06/08/2012, 04/03/2013, 13/05/2013, 01/07/2013, 22/07/2013, 29/07/2013, 23/04/2018, 04/06/2018, 30/07/2018, 01/10/2018, 27/08/2018, 05/11/2018

- Prof. Dr. D. C.: 13/07/2012, 15/11/2012

- Dr. A. V.: 09/07/2013

Bespreking:

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 27-jarige man met een genetische afwijking (duplicatie van 882kb op de lange arm van chromosoom 1) die

aanleiding geeft tot mentale retardatie, macrocephalie (groot hoofd), psychiatrische/gedragsstoornissen waaronder autisme (ASS: autismespectrum stoornis) en een beperkte dysmorphie (abnormale lichaams- en/of gelaatsvorm).

Mr. S. lijdt aan:

1) *Hebefrene schizofrenie: Uit de voorgelegde medische stukken blijken de psychiatrische en gedragsstoornissen te behoren tot de autismespectrum stoornissen (ASS) en sinds oktober 2016 wordt de diagnose gesteld van hebefrene schizofrenie = schizofrenie van het gedesorganiseerde type, een vorm van schizofrenie waarbij voornamelijk affectieve symptomen op de voorgrond treden. Het affect is vaak afgevlakt en niet toepasselijk bij de omstandigheden. De spraak is erg verward en anderen kunnen moeilijk volgen wat de patiënt probeert te vertellen. Door de denkstoornissen komen deze mensen erg chaotisch over. Deze vorm van schizofrenie komt vooral voor tussen 15 en 25jaar (hebefrenie - puberteitspsychose).*

2) *Lichte leversteatose; Mr. S. werd in het kader van zijn gedragsstoornissen zeer zwaarlijvig door zich te overeten (boulimie) in combinatie met een gebrek aan beweging, waardoor ook zijn lever vervet was (steatose) met gestoorde levertesten (NAFLD - Non Alcoholic Fatty Liver Disease/Niet-alcoholische leververvetting en NASH = Niet-alcoholische steatose hepatitis).*

Opmerkingen:

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

- *Op 16/05/2011 werd er een ingreep uitgevoerd aan de neus van Mr. S.: aanpassing van het neustussenschot (septoplastie) en van een neusschelp (conchoplastie). Dit is geen actieve pathologie meer.*

- *Tussen 2011 en december 2018 slaagt Mr. S. er in om zijn gewicht te verminderen van max 126kg naar 94 kg en zijn conditie gevoelig te verbeteren (dieet en lichaamsbeweging), waardoor er een normalisatie is opgetreden van de levertesten, er opnieuw een gunstig lipidenprofiel is (cholesterol is verlaagd) en het HbA1c (maat voor insulineresistentie en beginnende ontwikkeling van diabetes) zich genormaliseerd heeft. De elastografie van de lever is normaal, wat betekent dat er geen leverfibrose (verharding van de lever) aanwezig is. Dit alles heeft tot gevolg gehad dat de cholesterolverlagende medicatie, atorvastatine (Totalip) gestopt kon worden vanaf 15/12/2017.*

Waarom deze medicatie nog vermeld wordt in het SMG d.d. 09/02/2018 en het meest recente consultatieverslag d.d. 12/06/2018 wordt niet geobjectiveerd in voorliggend medisch dossier.

- *De diagnose van NASH (SMG d.d. 09/02/2018) = Non Alcoholic Steo-Hepatitis (niet-alcoholische leververvetting en ontsteking), een verergering van een NAFID, wordt niet gestaafd in voortiggend medisch dossier met een anatomopathologisch verslag van een histologisch onderzoek van een levertopsie (= enige manier om een leverontsteking te objectiveren), noch wordt een eventuele nieuwe achteruitgang van de leverfunctie van betrokkene door een ontsteking gestaafd met laboresultaten (levertesten). Integendeel, uit het consultatieverslag d.d. 12/06/2018 blijkt dat de levertesten en andere biochemische parameters zich genormaliseerd hebben en dat de elastografie van de lever normaal is.*

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

Op 2-jarige leeftijd emigreerde de familie met betrokkene naar Rusland waar zij 13 jaar gewoond hebben, waarna ze terug in Armenië zijn gaan wonen.

Tijdens zijn kinderjaren had hij enkel problemen met de sinussen, die in Rusland verzorgd werden, viel hij op 8-jarige leeftijd van een trap en hij zou in zijn (linker?) bil gebeten geweest zijn door een hond, waardoor hij nog steeds schrik heeft van honden.

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

In 2010 zijn zijn moeder, hijzelf en zijn broer met het vliegtuig naar België gekomen.

Zijn grootste probleem was een eetstoornis, boulimie, zodat hij op zeker moment méér dan 126kg woog, maar nu is hij zeer goed vermagerd tot 92kg.

Het klinisch onderzoek was volledig normaal (bloeddruk 120/80, normaal sinusaal hartritme 80/min, soepele buik, geen bewegingsbeperkingen, normale reflexen), er werden geen karakteriële stoornissen vastgesteld en betrokkene kon goed antwoorden op de vragen die hem via de tolk gesteld werden.

Hij bevestigt dat zijn problemen met de lever (leververvetting, leverontsteking) zich genormaliseerd hebben tijdens het vermageren.

Volgens zijn broer haalt de voorgeschreven medicatie helemaal niets uit, en is zeker niet in staat de mentale retardatie te genezen.

Betrokkene gaat nu naar een "bezigheidscentrum" in Mechelen, waar hij o.a. tekeningen maakt.

Zijn vader woont nog steeds in Armenië.

Als actuele medicatie weerhoud ik'.

Esötalopram (Escitalopram), een antidepressivum van het type selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) dat ook gebruikt wordt bij obsessieve compulsieve stoornissen (b.v. dezelfde zinnen/dezelfde handelingen blijven herhalen)

Pimozide (Orap), een antipsychoticum gebruikt bij schizofrenie

I. Apr. 2021 1 7:21 Aton/astatine (Totalip), een "cholesterol verlagend" middel

Volgens de attesterende arts is opvolging en behandeling bij een internist (neuroloog, gastro-enteroloog) en bij

een psychiater aangewezen, evenals regelmatige kiné/fysiotherapie (bewegen!).

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

Gezien de beperkte zelfredzaamheid van Mr. S. is mantelzorg of institutionalisering aangewezen.

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

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

dossier van de betrokkene):

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

Aanvraag Medcoi van 22/11/2019 met het unieke referentienummer BMA 12960 Aanvraag Medcoi van 30/07/2019 met het unieke referentienummer BMA 12623 Aanvraag Medcoi van 10/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10849 Aanvraag Medcoi van 13/02/2018 met het unieke referentienummer BMA 10724 Aanvraag Medcoi van 26/03/2018 met het unieke referentienummer BMA 10919 Aanvraag Medcoi van 18/10/2018 met het unieke referentienummer BMA 11684 Aanvraag Medcoi van 27/11/2018 met het unieke referentienummer BMA 11778

En een overzicht met in Armenië beschikbare medicatie voor Mr. S. volgens recente MedCOI- dossiers.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist (met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog met subspecialisatie als hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië. Eventueel in een multidisciplinaire setting in verscheidene medische centra.

Fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist zijn beschikbaar.

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

Escitalopram en Atorvastatine zijn beschikbaar in Armenië.

Pimozide is niet beschikbaar in Armenië, maar therapeutische equivalenten die Pimozide kunnen vervangen zijn dat wel, nl.; Haloperidol, Quetiapine, Risperidon, Olanzapine, Aripiprazol, Paliperidon, Clozapine en Sulpiride.

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

S. A. haalt aan dat de gezondheidszorg in Armenië ondermaats is. Hij legt echter geen persoonlijke bewijzen voor die aantonen dat hij er geen toegang heeft tot de benodigde zorg.

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).

Bovendien dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandeling 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.

Betrokkene haalt aan dat hij in 2013 werd opgeroepen voor zijn militaire dienst in Armenië, dat het leger rekruteert zonder rekening te houden met de medische toestand, dat er veel dodelijke slachtoffers vallen ten gevolge van geweld en brutaliteiten binnen het leger en dat zijn dienstplicht zijn therapie zal onderbreken.

Het feit dat betrokkene in 2013 werd opgeroepen voor zijn militaire dienst, bewijst niet dat er geen rekening gehouden zal worden met zijn medische situatie. Personen die op grond van hun gezondheidssituatie door de oproepcommissie ongeschikt zijn bevonden voor de militaire dienst, worden vrijgesteld van de militaire dienstplicht. Verder kan onder bepaalde voorwaarden uitstel van militaire dienst worden verleend aan dienstplichtigen die een medische behandeling nodig hebben en dienstplichtigen die tijdelijk ongeschikt zijn voor de verplichte militaire dienst vanwege hun gezondheidstoestand. De duur van het uitstel is afhankelijk van de gezondheidstoestand van de dienstplichtige.⁴

Uitstel van militaire dienst wegens familieomstandigheden wordt verleend aan een dienstplichtige die een arbeidsongeschikte vader en/of moeder heeft, of een alleenstaande vader of moeder die niet kan werken, op voorwaarde dat deze ouder(s) geen andere arbeidsongeschikte zoon heeft (hebben) die staatsburger van de Republiek Armenië is, en geen militaire dienstplicht vervult.

Uit het militair boekje van verzoeker blijkt dat hij in het verleden reeds eerder uitstel heeft verkregen. Militairen krijgen overigens gratis medicatie of aan gereduceerde tarieven.⁵

In Armenië geldt een dienstplicht voor mannen tussen 18 en 27 jaar.⁶ Betrokkene wordt in juli 29 jaar oud, waardoor we kunnen oordelen dat hij niet meer dienstplichtig is.

Verzoeker legt eveneens een attest neer van 4 april 2018, waaruit blijkt dat hij gezocht wordt door de Armeense politie. Dit attest toont niet aan dat betrokkene een gevangenisstraf zal moeten uitzitten. Het komt de Dienst Medisch Verblijf niet toe het risico op vervolging in het land van herkomst te onderzoeken. Daarbij dient opgemerkt te worden dat het opvallend is dat betrokkene sinds 13.09.2010 in België verblijft en nooit asiel heeft aangevraagd op basis van het risico op vervolging in het land van herkomst.

Medische zorg is overigens gratis voor gearresteerden, gevangenen en veroordeelden.⁷

De gezondheidszorg in Armenië is georganiseerd op drie niveaus, primaire, secundaire en tertiaire zorg.⁸ Betrokkene kan terecht in poliklinieken of in gespecialiseerde medische centra voor gespecialiseerde zorg. Psychiatrische zorgverlening wordt gedekt door het 'Ministry of Health' (MOH). Alle Armeense burgers kunnen gratis psychiatrische zorg bekomen. Dringende psychiatrische hulpverlening, inpatient en outpatient consultaties, diagnose; behandeling en rehabilitatie worden gegarandeerd.⁹

Psychische aandoeningen staan op de lijst van ziektes waarvoor de medicatie gratis verspreid wordt. ¹⁰ Het 'Basic Benefit Package' (BBP) regelt de toegang tot gratis gezondheidszorg en medische diensten voor de bevolking, op alle niveaus.

Ook opvolging door gespecialiseerde diensten, zoals een neuroloog, behoort tot het pakket gratis zorgen.¹¹

Sociaal kwetsbare groepen (arme families, kinderen, gehandicapten,...) krijgen gespecialiseerde zorgen en de benodigde medicatie gratis of krijgen korting. Zo is medicatie gratis voor kinderen uit een eenoudergezin en voor invaliden van de eerste en tweede graad. Invaliden van de derde graad krijgen 50% korting.¹²

Voor mensen die deels of volledig invalide verklaard worden en minstens 5 jaar in officiële loondienst gewerkt hebben, is er een invaliditeitspensioen. ¹³ Indien men niet aan deze vijf jaar komt, kan men aanspraak maken op een sociaal invaliditeitspensioen.

Ook indien de aandoening van betrokkene niet erkend zou worden in Armenië en hij niet kan genieten van gratis zorg, tonen betrokkenen niet aan dat de zorgen financieel ontoegankelijk zijn. De beslissing is immers eveneens van toepassing op de moeder van betrokkene, A. N. (OV; ...). Betrokkene heeft bovendien nog een meerderjarige broer, S. V., die momenteel in België verblijft (OV: ...). Geen van beiden legt een bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij verzoeker niet financieel kunnen bijstaan.

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkenen in Armenië geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp. Zo verklaarde A. N. tijdens haar interview op 16.09.2010 dat zij nog een zus en een broer heeft die in Armenië verblijven.

Niets verhindert verzoekers derhalve om terug te keren. Het staat hen 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:

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

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

(...)"

2.1.3. Verzoekers betogen in hun middel dat deze beoordeling te kort schiet. Eerste verzoeker lijdt aan een gecompliceerde aandoening, waarbij de fysieke klachten het gevolg zijn van zijn psychische en mentale toestand. Dankzij een multidisciplinaire aanpak is verzoekers toestand in België sterk verbeterd. Hij wordt actueel nog steeds multidisciplinair opgevolgd en deze behandeling heeft een gunstig resultaat. Verzoekers betwisten dat deze multidisciplinaire behandeling zal kunnen worden verdergezet in Armenië. Zij voeren aan dat niet werd nagegaan of een dergelijke gespecialiseerde en multidisciplinaire behandeling in Armenië beschikbaar is. Uit de medische stukken met betrekking tot eerste verzoeker blijkt immers dat er een sterk gedifferentieerd ziektebeeld aanwezig is, waardoor het belangrijk is dit multidisciplinair te behandelen, hetgeen ook herhaaldelijk terugkomt in de voorgelegde medische attesten. Elk van deze verschillende ziektebeelden heeft een impact op de andere ziektes en de daarbij behorende behandelingen.

2.1.4. Het medisch advies stelt vast dat er geen actuele behandeling meer is van de chronische pancreatitis en ook dat de leversteatose thans verbeterd is. Uit de lezing van de medische stukken blijkt dat deze verbeteringen te danken zijn aan de behandeling waarbij verzoekers gedragsstoornissen werden aangepakt door een combinatie van beweging, dieet, aanpassingen in levensstijl (gewichtverlies en lichaamsbeweging), waardoor er een normalisatie is opgetreden van de levertesten, er opnieuw een gunstig lipidenprofiel is (cholesterol is verlaagd) en het HbA1c (maat voor insulineresistentie en beginnende ontwikkeling van diabetes) zich genormaliseerd heeft. Hierdoor kon ook de cholesterolverlagende medicatie, atorvastatine (Totalip), worden stopgezet. Verzoeker wordt echter nog steeds behandeld met antidepressiva die ook worden gebruikt bij obsessieve compulsieve stoornissen thans (b.v. dezelfde zinnen/dezelfde handelingen blijven herhalen). Hij wordt nog opgevolgd door een internist (neuroloog, gastro-enteroloog), een psychiater en volgt regelmatige kiné/fysiotherapie. Gezien de beperkte zelfredzaamheid en mentale retardatie acht de arts-adviseur mantelzorg of institutionalisering aangewezen. Thans gaat eerste verzoeker naar een "bezigheidscentrum", waar hij o.a. tekeningen maakt.

De arts-adviseur weerhoudt als medicatie Esötalopram (Escitalopram), een antidepressivum van het type selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) dat ook gebruikt wordt bij obsessieve compulsieve stoornissen (b.v. dezelfde zinnen/dezelfde handelingen blijven herhalen), Pimozide (Orap), een antipsychoticum gebruikt bij schizofrenie en Aton/astatine (Totalip), een cholesterolverlagend middel.

De psychiatrische problematiek wordt door de arts-adviseur aldus onderkend. Deze oordeelt evenwel dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist (met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog met subspecialisatie als hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië. Deze behandeling bestaat uit een gecombineerde behandeling van psychofarmacotherapie en psychotherapie. Daarnaast wordt ook vastgesteld dat fysiotherapie (bewegingstherapie) en een diëtist beschikbaar zijn.

Het medisch advies vermeldt dat deze behandelingen eventueel plaats moeten vinden in een multidisciplinaire setting in verscheidene medische centra. Aldus wordt minstens gedeeltelijk erkend dat de opvolging en behandeling van eerste verzoeker multidisciplinair dient te verlopen. Het advies besluit

dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist, internist (met subspecialisaties als neuroloog, gastro-enteroloog met subspecialisatie als hepatoloog), een psychiater en een psycholoog beschikbaar zijn in Armenië. Fysiotherapie en een diëtist zijn beschikbaar. Thuisverpleging voor hulp met mantelzorg voor betrokkene is beschikbaar, evenals dagopvang van 09-16u en kortdurende en langdurige psychiatrische hospitalisatie voor patiënten met chronische schizofrenie. Met betrekking tot de medicatie wordt vastgesteld dat Escitalopram en Atorvastatine beschikbaar zijn in Armenië. Pimozide is niet beschikbaar in Armenië, maar therapeutische equivalenten die Pimozide kunnen vervangen zijn dat wel, nl. Haloperidol, Quetiapine, Risperidon, Olanzapine, Aripiprazol, Paliperidon, Clozapine en Sulpiride.

2.1.5. Hoewel het advies terecht opmerkt dat niet is vereist dat de zorgen in Armenië van dezelfde kwaliteit zijn, blijkt uit de medische stukken van het administratief dossier dat eerste verzoeker nood heeft aan een gerichte multidisciplinaire behandeling, zoals in het medisch advies ook wordt erkend. De vraag rijst dan ook of met het verwijzen naar de afzonderlijke behandelingsmogelijkheden – waarbij verzoekers zelf zullen moeten instaan voor de afstemming van de verschillende luiken – de arts-adviseur op afdoende wijze heeft onderzocht of een gespecialiseerde multidisciplinair revalidatieprogramma voor verzoeker beschikbaar is in Armenië. In dit verband wijzen verzoekers op een aantal stukken uit hun dossier:

“Controle bij deze patiënt met NAFLD, tevens mentale retardatie. Met verandering van de levensstijl en vooral ten gevolge van de continue begeleiding van de kine-revalidatie, is er verder een prima evolutie met normalisatie van de levertesten, gunstig lipidenprofiel en normaal HbA1c. De vrees bestaat, dat bij het stoppen van de revalidatie programma, er terug een recidief zal optreden van het overgewicht en het levertijden. We hopen dan ook, dat een uitwijzing kan vermeden worden (ik\> lopende asiël aanvraag).” (stuk 7: Attest d.d. 29 juni 2018, Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten); en: *“Ondergetekende verklaart dat bovenvermeld patiënt met ernstige medische aandoening regelmatig op controle komt.*

Dankzij multidisciplinaire samenwerking met diëtist, revalidatie arts gaat het op het fysieke vlak beter met Arthur, hij is 20 kg vermagerd en zijn conditie is goed verbeterd. Op het psychische vlak blijft het heel erg moeilijk: donkere gedachten, moeilijke daginvulling, gedragsstoornissen. Het is voor A. erg belangrijk dat hij medische zeer nauwkeurig en multidisciplinair opgevolgd wordt. ” (Stuk 3: medisch attest dr. W. d.d. 21 oktober 2016).

Uit de stukken van het dossier blijkt aldus dat het om een multidisciplinair revalidatieprogramma gaat, dat onder meer bestaat uit psychofarmacotherapie en psychotherapie (of aanvankelijk ondersteunende en supportieve psychosociale hulp), die op elkaar moet worden afgestemd. De Raad dient dan ook verzoeker bij te treden dat onvoldoende uit het medisch advies blijkt of een gerichte revalidatie, zoals verzoeker actueel volgt, in Armenië beschikbaar is. Uit de medische stukken in het administratief dossier blijkt duidelijk dat verzoeker zonder gerichte behandeling zal evolueren in de richting van een psychose (verzoekschrift, stukken 4 en 5).

In dit verband brengen verzoekers verschillende stukken aan met betrekking tot de stand van psychiatrische behandeling in Armenië. Zo wordt erop gewezen dat de psychische zorg verouderd is, dat er nog praktijken uit de Sovjet-periode bestaan, dat mentale zorg slecht geïntegreerd is in het primaire zorgsysteem en dat er een tekort aan verzorgend personeel is (A. SOGHOYAN, A. HAKOBYAN, H. DAVTYAN, M. KHURSHUDYAN en K. GASPARYAN, o.c., 62.) Er is ook sprake van slechte behandeling van patiënten, met onaangepaste voeding, en een tekort aan zinvolle activiteiten (CARITAS INTERNATIONAL, o.c., 139). De zorg draait rond interne patiënten en er is weinig zorg voor gemeenschapsniveau. Psychische en mentale zorg is in essentie beperkt tot gespecialiseerde centra waar weinig psychosociale zorg is. Overcapaciteit aan interne patiënten en onder-representatie van externe patiënten (World Health Organization, WHO-AIMS Report on Mental Health System in Armenia, 2009, http://www.who.int/mental_health/armenia_who_aims_report.pdf). Er is ook rapportering van mishandelingen, het toedienen van gedwongen medicatie (Eurasianet, Armenia: Report Details Psychiatric Hospital Abuses, 2014, <https://eurasianet.Org/s/armenia-report-details-psychiatric-hospital-abuses>) (Open Society Foundations, Sanctioned Abuse in Armenia 's Hospitals, 2010, <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/sanctioned-abuse-armenia-s-hospitals>) en mensenrechtenschendingen (OC Media, 'I lived in hell': life in a psychiatric hospital in Armenia, 2019, <https://oc-media.org/features/i-lived-in-hell-life-in-a-psychiatric-hospital-in-armenia/>). Psychische zorg op gemeenschapsniveau is onbestaande en in de hospitalen is sprake van slechte levensomstandigheden en hygiëne, slechte voeding en geen recht op beweging (International Ombudsman Institute, Armenia. Human Rights Defender publishes report on right of persons with mental health issues in psychiatric institutions, 2018, <http://www.theioi.org/ioi-news/current-news/human-rights-defender-publishes-report-on-rights-of-persons-with-mental-health-issues-in-psychiatric-institutions>).

Gelet op deze zaken, brengen verzoekers voldoende gegevens aan die erop kunnen wijzen dat de medische voorzieningen in Armenië niet van aard zijn te voorzien in de verderzetting van de noodzakelijk geachte revalidatie, onder meer op de vlakken van psychosociale begeleiding, voeding en beweging, wat net de gebieden die in het kader van verzoekers revalidatie geïdendeerd worden en die gevolgen hebben op verzoekers klinische problemen, onder meer de obesitas, pancreas en leververvetting. De Raad treedt dan ook de verzoekers bij waar zij aanvoeren dat het medisch advies niet op afdoende wijze motiveert dat verzoeker in Armenië de noodzakelijke multidisciplinaire revalidatiebehandeling kan verderzetten.

2.1.6. Met betrekking tot de toegankelijkheid voeren verzoekers aan dat het systeem van gratis of goedkopere voorzieningen slechts theoretisch aanwezig is en dat medische zorgen in de praktijk door de betrokkenen zelf gefinancierd moeten worden. Zij verwijzen naar informatie van de WHO waaruit blijkt dat het *Basic Benefits Package* eerder theoretisch is (*World Health Organization, Armenians struggle for health care and medicines*, 2009, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/09-010709/en/>). Daarnaast is ook het systeem van informele betalingen "onder tafel" wijd verspreid, waardoor een medische zorg voor vele sociale groepen, zoals onder meer personen met mentale beperkingen, in de praktijk niet toegankelijk is, zelfs voor behandelingen die officieel gratis zijn (*Health and Human Rights Journal, Identifying the gaps: Armenian health care legislation and human rights in patient care protections*, 2013, <https://www.hhjournal.org/2013/12/identifying-the-gaps-armenian-health-care-legislation-and-human-rights-in-patient-care-protections/>; *International Journal Equity Health, "Health inequalities in Armenia - analysis of survey results"*, 2012, [https://www.gov.Uk/guidance/living-in-armenia#health](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430552/J;Gov.uk, Guidance. Living in Armenia, 2013, <a href=); *Information Company, Patients in Armenia still pay for free health care services*, 2013, <http://armino.info/index.cfm?objectid=75d74aa0-dd97-11-e2-bbc80eb7c0d21663>; *Journal of Public Health, The Armenian healthcare system: recent changes and challenges*, 2008, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-007-0160-v>; Arus Hakobian, *Minister wants to tax informal payments to doctors*, 2016, <https://www.azatutvun.am/a/28172178.html>; *Geneva Health Forum Archive, More healthcare providers: A Crisis in Armenia's Health System*, 2012, <http://ghf.g2hp.net/2012/11/12/more-healthcare-providers-a-crisis-in-armenias-health-system>; Shafrin J., *Health care workers and Informal Payments*, 2014, <https://www.healthcare-economist.com/2014/02/04/health-care-workers-and-informal-payments>; Balteanu D., *A comparative study of patient satisfaction with mental health services in Armenia and Moldavia*, 2011, 19, <https://aia.am/chsr/UserFiles/File/new/Domnica%20Balteanu.pdf>; *Human Rights Watch, Armenia. Events of 2020*, 2021, <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/Armenia>.

De stellingname in het medisch advies dat de vereiste medicatie voor eerste verzoeker gratis en beschikbaar zou zijn in Armenië houdt geen rekening met de uitvoerige informatiebronnen over de toegankelijkheid in de praktijk. Door enkel te verwijzen naar het theoretisch wetgevend kader, gaat het advies voorbij aan de relevante en veelvuldige rapportering van systematische tekortkomingen op dit vlak. Aangezien buiten betwisting staat dat eerste verzoeker continu gespecialiseerde zorg en gespecialiseerde begeleiding nodig heeft, is verzoeker door deze systematische praktijk van zware 'out of pocket payments' geenszins verzekerd van een effectieve toegang tot verzorging. Waar het advies motiveert dat tweede verzoekster, de moeder van eerste verzoeker, de zorg als mantelverzorger kan verderzetten in het land van herkomst en dat zij toegang heeft tot de arbeidsmarkt, doet dit er geen afbreuk aan dat de toegang tot medische zorg omwille van de hogerstaande redenen beperkt is. Bovendien legde zij ook medische stukken neer betrekking tot haar eigen psychische problemen, waarmee zij aangeeft ook beperkt te zijn in haar mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Waar het medisch advies verder vermeldt dat verzoekers broer, S.V., eerste verzoeker mee kan ondersteunen in Armenië, treedt de Raad de verzoekers bij waar deze erop wijzen dat de verwerende partij deze broer op 15 juli 2020 zelf heeft toegelaten tot een verblijf in België van een jaar.

2.1.7. Een bijkomend probleem met betrekking tot de toegankelijkheid betreft de gevolgen van verzoekers oproeping voor de dienstplicht in Armenië. Hoewel het medisch advies terecht opmerkt dat verzoeker niet langer de dienstplichtige leeftijd heeft, leggen verzoekers een oproeping door de politie voor. In zijn arresten met nrs. 229 622 van 2 december 2019 en 246 221 van 16 december 2020 heeft de Raad reeds vastgesteld dat verzoekers aan de hand van informatiebronnen aannemelijk maakten dat jonge mannen die zich onttrekken aan de legerdienst door een verblijf in het buitenland actief worden vervolgd door de Armeense overheid en veroordeeld kunnen worden tot effectieve gevangenisstraffen. In het arrest nr. 246 221 oordeelde de Raad dat, daargelaten of verzoeker met het bereiken van de leeftijd van 28 jaar volledig werd vrijgesteld van zijn militaire verplichtingen in Armenië, hij aannemelijk

maakte dat hij nog wordt gezocht door de politie. Uit objectieve informatiebronnen bleek dat de toegang tot psychiatrische zorg in gevangenissen in Armenië *quasi* onbestaande is; slechts twee gevangenissen beschikken over een psychiater; geen enkele gevangenis heeft een klinisch psycholoog; behandeling is hoofdzakelijk gebaseerd op farmotherapie en er zijn geen therapeutische rehabiliterende of recreatieve activiteiten. Er is geen multidisciplinaire staf aanwezig en van een individueel aangepaste behandeling is geen sprake. In dit arrest besloot de Raad dat verzoekers voldoende concrete elementen hebben aangebracht waaruit blijkt dat eerste verzoeker een risico loopt op een gevangenisstraf in Armenië wegens het niet vervullen van zijn militaire verplichtingen, alsook informatie waaruit blijkt dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van psychische zorgen in de Armeense gevangenissen erg problematisch is. Ook in de huidige zaak legt verzoeker relevante informatiebronnen voor waaruit blijkt dat de mentale zorg in de gevangenissen niet verzekerd is (Simonyan G. en Vulic O., *Report on Mental Healthcare Issues in the Penitentiary Institutions of the Republic of Armenia*, 2017, <https://rm.coe.int/report-on-mental-healthcare/1680780339>).

Over deze problematiek motiveert het advies thans:

“Betrokkene haalt aan dat hij in 2013 werd opgeroepen voor zijn militaire dienst in Armenië, dat het leger rekruteert zonder rekening te houden met de medische toestand, dat er veel dodelijke slachtoffers vallen ten gevolge van geweld en brutaliteiten binnen het leger en dat zijn dienstplicht zijn therapie zal onderbreken.

Het feit dat betrokkene in 2013 werd opgeroepen voor zijn militaire dienst, bewijst niet dat er geen rekening gehouden zal worden met zijn medische situatie. Personen die op grond van hun gezondheidssituatie door de oproepcommissie ongeschikt zijn bevonden voor de militaire dienst, worden vrijgesteld van de militaire dienstplicht. Verder kan onder bepaalde voorwaarden uitstel van militaire dienst worden verleend aan dienstplichtigen die een medische behandeling nodig hebben en dienstplichtigen die tijdelijk ongeschikt zijn voor de verplichte militaire dienst vanwege hun gezondheidstoestand. De duur van het uitstel is afhankelijk van de gezondheidstoestand van de dienstplichtige.

Uitstel van militaire dienst wegens familieomstandigheden wordt verleend aan een dienstplichtige die een arbeidsongeschikte vader en/of moeder heeft, of een alleenstaande vader of moeder die niet kan werken, op voorwaarde dat deze ouder(s) geen andere arbeidsongeschikte zoon heeft (hebben) die staatsburger van de Republiek Armenië is, en geen militaire dienstplicht vervult.

Uit het militair boekje van verzoeker blijkt dat hij in het verleden reeds eerder uitstel heeft verkregen. Militairen krijgen overigens gratis medicatie of aan gereduceerde tarieven.⁵

In Armenië geldt een dienstplicht voor mannen tussen 18 en 27 jaar.⁶ Betrokkene wordt in juli 29 jaar oud, waardoor we kunnen oordelen dat hij niet meer dienstplichtig is.

Verzoeker legt eveneens een attest neer van 4 april 2018, waaruit blijkt dat hij gezocht wordt door de Armeense politie. Dit attest toont niet aan dat betrokkene een gevangenisstraf zal moeten uitzitten. Het komt de Dienst Medisch Verblijf niet toe het risico op vervolging in het land van herkomst te onderzoeken. Daarbij dient opgemerkt te worden dat het opvallend is dat betrokkene sinds 13.09.2010 in België verblijft en nooit asiel heeft aangevraagd op basis van het risico op vervolging in het land van herkomst.

Medische zorg is overigens gratis voor gearresteerden, gevangenen en veroordeelden.”

Het advies motiveert dat uit het militaire boekje blijkt dat verzoeker uitstel voor zijn militaire dienst heeft verkregen. Hierover moet vooreerst worden opgemerkt dat een uitstel geenszins gelijk te stellen is met een vrijstelling van militaire dienst, en er in tegendeel eerder op lijkt te wijzen dat verzoeker wel degelijk onderworpen was aan de dienstplicht. Het advies berust op dit punt slechts op een aanname, die niet van aard is de door verzoeker voorgelegde oproepingsbrieven te weerleggen. De verwijzing naar de mogelijkheden om uitstel en/of vrijstelling te krijgen doet hier geen afbreuk aan. Met betrekking tot het attest van 4 april 2018 waaruit blijkt dat verzoeker gezocht wordt in Armenië, motiveert de bestreden beslissing dat hieruit niet blijkt dat verzoeker een gevangenisstraf zal moeten uitzitten. Dit is evenwel slechts een algemene bewering; hiermee wordt niet de informatie weerlegd waaruit blijkt dat jonge mannen die zich onttrekken aan de dienstplicht na een verblijf in het buitenland een gevangenisstraf riskeren. De voorgelegde oproeping door de politie strookt met deze informatie, zodat het louter minimaliseren van deze oproeping niet afdoende is.

Het motief dat het de dienst medisch verblijf niet toekomt om het risico op vervolging in het land van herkomst te onderzoeken is evenmin pertinent. Vooreerst vormt het zich onttrekken aan de militaire verplichtingen van een land slechts in zeer strikte omstandigheden een grond tot asiel, zodat het niet relevant is dat verzoeker om deze reden geen verzoek om internationale bescherming heeft ingediend

(zie o.a. Hof van Justitie C-472/132 van 6 februari 2015, *Shepherd*). Het kwam de verwerende partij bijgevolg wel degelijk toe te onderzoeken of verzoeker bij een terugkeer in Armenië, eventueel in de gevangenis, toegang zal hebben tot een adequate behandeling. Zij kan zich niet verschuilen achter haar interne organisatiestructuur om dit niet te doen.

Gelet op wat voorafgaat, besluit de Raad dat het motief, dat de noodzakelijke medische zorgen in Armenië voor verzoeker beschikbaar en toegankelijk zijn, niet draagkrachtig is.

2.1.8. In de nota met opmerkingen zet de verwerende partij de beoordelingsbevoegdheid van de arts-adviseur uiteen in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Vervolgens worden de motieven van het medisch advies weergegeven, samengevat en bevestigd. Er worden echter geen argumenten aangereikt die een ander licht werpen op hogerstaande bespreking.

2.1.9. Het eerste middel is gegrond.

2.2.1. Verzoekers voeren een tweede middel aan, gericht tegen de bevelen om het grondgebied te verlaten, dat zij uiteenzetten als volgt:

“Niet naleving van substantiële of op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen, met name de schending van artikelen 9ter en 62 §2 van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980. Schending van art. 3 van de Wet van 29/07/1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen. Schending van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, meer specifiek van art. 3 en art. 8 EVRM.

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

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

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

De bestreden beslissingen stellen beide het volgende:

“ Betrokkene is niet in het bezit van een geldig paspoort en/of een geldig visum. ”

Verzoekers kunnen hier niet mee akkoord gaan.

In casu houden de bestreden beslissingen onvoldoende rekening met de persoonlijke situatie van verzoekers.

Eerste verzoeker: De samenhang met de beslissing 9ter

Het is duidelijk dat de beslissingen tot verlaten van het grondgebied het gevolg zijn van de beslissing dewelke genomen werd in de procedure 9ter van verzoekers.

Zoals hierboven reeds uitvoerig aangehaald (cfr. supra) is verwerende partij onterecht overgegaan tot de ongegrondheid verklaring van de procedure 9ter van eerste verzoeker.

Gelet op het feit dat de beslissing van verwerende partij omtrent de 9ter procedure van verzoekers foutief was en vernietigd dient te worden, dienen als dusdanig ook de bijhorende bevelen tot het grondgebied verlaten te worden vernietigd dewelke immers samenhangen met de voormelde beslissing omtrent de procedure 9ter.

De medische toestand van eerste verzoeker weerhoudt hem er immers van om het grondgebied te worden uitgezet, daar zulk een uitzetting immers een gevaar inhoudt voor diens fysieke integriteit en een risico vormt op een onmenselijke of vernederende behandeling.

De medische hulp en behandelingen dewelke eerste verzoeker krijgt in België zijn voor hem medisch noodzakelijk en kunnen niet worden stopgezet (stuk 4).

Daarenboven zijn deze benodigde medische hulp en behandelingen enerzijds niet voorzien in Armenië en anderzijds zouden de medische voorzieningen in Armenië, mochten deze al voorzien zijn, niet eens toegankelijk zijn voor verzoekers.

Indien eerste verzoeker daarnaast terugkeert naar Armenië is de kans groot dat hij alsnog zijn dienstplicht dient te vervullen, waaromtrent hij ook recent een convocatie heeft ontvangen (stuk 11).

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

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

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

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

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

Voor het overige verwijst eerste verzoeker naar hetgeen uitgezet onder "2.B. Omtrent de gegrondheid van het beroep tegen de beslissing 9ter" (cfr. supra) en zien dit dan ook als integraal herhaald en bevestigd.

Het is duidelijk dat in de beslissing tot grondgebied verlaten met al deze elementen door verwerende partij geen enkele rekening is gehouden.

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

Tweede verzoekster: De samenhang met eerste verzoeker

Tweede verzoekster is de moeder van eerste verzoeker en staat reeds jaren in voor zijn hulp en diens zorgen (stukken 8 en 9):

"Zij heeft met haar zus jaren voor hem steeds gezorgd.

Dit heeft haar overvraagd en uit geput, nog aan de gang. "

(stuk 8: attest dd. 26 maart 2018 van dr. H. P.)

"De zorg voor haar gehandicapte zoon A. is erg zwaar voor haar en door de onzekerheid rond regularisatie is het onmogelijk om voor A. de geschikte omkadering en opvang te zoeken.

Mijn bezorgdheid is dat ze op deze manier binnenkort zelf ook niet meer zal kunnen instaan voor de zorg voor A., op dat moment zal er zich een heel acuut probleem stellen. "

(stuk 9: attest dd. 16 maart 2018 van dr. W. K.)

Gelet op het belang van het gezin conform art. 8 E.V.R.M. en de huidige situatie tussen eerste en tweede verzoeker, zijn de procedures van eerste en tweede verzoeker dan ook onlosmakelijk verbonden.

Tweede verzoekster verwijst hieromtrent naar hetgeen hierboven vermeld onder "2.B. Omtrent de gegrondheid van het beroep tegen de beslissing 9ter" (cfr. supra) en ziet dit dan ook als integraal herhaald en bevestigd.

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

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

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

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

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

Het tweede middel is gegrond.

3. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van 1 maart 2021 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en de beslissingen van 1 maart 2021 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlagen 13) worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op één september tweeduizend eenentwintig door:

dhr. C. VERHAERT,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

C. VERHAERT