



Arrest

nr. 186 193 van 27 april 2017
in de zaak RvV 182 362 / II

In zake: [REDACTED]

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat B. BRIJS
Moskoustraat 2
1060 BRUSSEL

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie
en Administratieve Vereenvoudiging.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat [REDACTED] die verklaart van Rwandese nationaliteit te zijn, op 9 november 2015 in eigen naam en als wettelijke vertegenwoordiger van haar minderjarig kind [REDACTED] heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 15 september 2015 waarbij de verlenging wordt geweigerd van de machtiging tot voorlopig verblijf, voordien toegestaan op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

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 beschikking houdende de vaststelling van het rolrecht van 27 november 2015 met refertenummer 58360.

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 8 november 2016, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 5 december 2016.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. DE GROOTE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat DE MEUTER, die loco advocaat B. BRIJS verschijnt voor de verzoekende partij 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. Op 26 maart 2012 dienden de verzoeksters een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

1.2. Bij beslissing van 18 juli 2017 werd de in punt 1.1. vermelde aanvraag gegrond verklaard. De verzoeksters werden gemachtigd tot een tijdelijk verblijf van één jaar.

1.3. Op 2 juni 2015 vragen de verzoeksters de verlenging aan van de machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.4. Op 15 september 2015 beslist de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) de verlenging van het tijdelijk verblijf, voordien toegestaan in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, te weigeren.

Het betreft de bestreden beslissing, die op 9 oktober 2015 aan de verzoeksters werd ter kennis gebracht en die als volgt is gemotiveerd:

*"M., P. (R.R.: ...)
geboren te K... op 30.06.1974*

*G., Y.
geboren te K... op 13.03.1998*

*nationaliteit: Rwanda (Rep.)
adres: (...)*

Onder verwijzing naar de aanvraag die op datum van 02.06.2015 bij onze diensten werd ingediend tot verlenging van de machtiging tot voorlopig verblijf, voordien toegestaan 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, ingesteld door artikel 5 van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980, en in toepassing van artikel 13 van de wet van 15 december 1980, gewijzigd door artikel 12 van de wet van 15 september 2006, deel ik u mee dat, overeenkomstig artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007 (B.S. 31/05/2007) en art. 13 §3,2° van de wet van 15 december 1980, aan dit verzoek tot verblijfsverlenging geen gunstig gevolg kan worden gegeven.

Overwegende dat betrokkene een aanvraag tot verblijfsmachtiging bij onze diensten heeft ingediend op basis van genoemd artikel 9ter op 26.03.2012. Dat dit verzoek door onze diensten op 18.07.2014 gegrond werd verklaard waarna betrokkene in het bezit werd gesteld van een bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister geldig van 06.08.2014 tot 29.07.2015, dit BIVR mag niet langer verlengd worden.

Reden(en):

De aangehaalde medische elementen voor G., Y. worden niet langer weerhouden door de arts-adviseur (zie medisch advies d.d.26.08.2015 onder gesloten omslag in bijlage)

Overwegende dat evenwel de omstandigheden op grond waarvan de machtiging oorspronkelijk werd toegestaan niet langer bestaan, of dat deze zodanig zijn gewijzigd dat de machtiging niet langer nodig is (artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007 (B.S. 31/05/2007) tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980), waarbij werd nagegaan of de verandering van deze omstandigheden een voldoende ingrijpend en niet-voorbijgaand karakter heeft.

Dat derhalve, gezien hoger gemaakte vaststellingen, het niet langer blijkt

1) dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of

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

Bijgevolg is geen bewijs aanwezig dat een terugkeer naar haar land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

Het bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister dat werd afgegeven aan betrokkene dient door uw diensten te worden ingehouden."

2. Over de rechtspleging

2.1. De verzoeksters hebben de griffie van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) er tijdig van in kennis gesteld dat zij geen synthesesmemorie wensen in te dienen.

De procedure werd dienvolgens voortgezet conform artikel 39/81, eerste lid van de vreemdelingenwet.

2.2. De Raad stelt vast dat het onderhavige verzoekschrift werd ingediend door de eerste verzoekster, handelend in eigen naam alsook in haar hoedanigheid van wettelijke vertegenwoordiger van haar dochter die op het moment van het instellen van de vordering minderjarig was.

Aangezien een minderjarige in beginsel handelingsonbekwaam is, wordt aangenomen dat zijn of haar wettelijke vertegenwoordigers - te dezen de eerste verzoekster - kunnen optreden om in zijn of haar naam een annulatieberoep aanhangig te maken.

De dochter van de verzoekster is tijdens de loop van de procedure evenwel meerderjarig geworden.

Vanaf het ogenblik van haar meerderjarigheid is aan de wettelijke vertegenwoordiging dan ook een einde gekomen en kan de eerste verzoekster dus niet meer voor haar dochter, Y. G., optreden. Vanaf dat ogenblik verliest de moeder haar hoedanigheid van wettelijke vertegenwoordiger en de daarmee samenhangende procesbevoegdheid en wordt de meerderjarig geworden verzoekster geacht het proces in eigen naam - en overigens zonder enige vormvereiste - verder te zetten (cf. RvS 24 november 2010, nr. 209.129).

De tweede verzoeker wordt zodoende geacht het beroep in eigen naam verder te zetten.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een tweede middel voeren de verzoeksters de schending aan van de artikelen 9^{ter} en 62 van de vreemdelingenwet, de artikelen 1, 2 en 3 van de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, het rechtszekerheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel, het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel, het evenredigheidsbeginsel en artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te New York op 4 november 1950 en goedgekeurd bij wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM).

Het middel wordt als volgt toegelicht:

"TWEEDE MIDDEL, genomen uit de schending van:

- Artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet ;
- Schending van de motiveringsplicht zoals voorzien in artikel 62 van de Vreemdelingenwet en de artikelen 1, 2 en 3 van de Wet van 29/07/1991 met betrekking tot de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen (Principe van interne motivering - een manifest foutieve beoordeling) ;
- Het algemeen rechtsbeginsel van behoorlijk bestuur, meer bepaald het rechtszekerheids-, vertrouwens- en zorgvuldigheidsbeginsel, alsook het criterium van de redelijkheid en proportionaliteit en de verplichting alle gegevens en stukken van het dossier in overweging te nemen ;

- Artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

Doordat, de bestreden beslissing een algemeen en stereotiep gemotiveerd document is, dat niet gebaseerd is op een concrete en volledige analyse van het geheel van de aangebrachte elementen, en in dat opzicht heeft verweerster haar motivatieplicht alsook de artikelen 9ter (geciteerd hierboven) en 3 EVRM miskend.

Terwijl,

- Artikel 62 van de wet van 15/12/1980 stelt: "De administratieve beslissingen worden met redenen omkleed"
- De vermelde wet van 29/07/1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen stelt:

Artikel 2: "De bestuurshandelingen van de besturen bedoeld in artikel 1 moeten uitdrukkelijk worden gemotiveerd."

Artikel 3: "De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moet afdoende zijn."

- Het principe van behoorlijk en zorgvuldig bestuur houdende o.a. de beginselen van redelijkheid - billijkheid, proportionaliteit, rechtmatig vertrouwen en voorzorg, houdt in dat de overheid zijn beslissing zorgvuldig dient voor te bereiden. De beslissing dient zich te baseren op informatie die correct werd verkregen. De overheid dient zich ervan voldoende te vergewissen en te informeren teneinde een beslissing te nemen met volle kennis ter zake. De overheid dient tot een beslissing te komen op basis van een volledig en adequaat onderzoek van het concreet geval in redelijkheid en in billijkheid.
- Artikel 3 van het EVRM bepaalt : "Niemand mag worden onderworpen aan foltering en aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen."

En terwijl,

1. Overwegende dat de formele motivering van administratieve rechtshandelingen maakt een substantiële formaliteit uit bestaande in de aangeving, in het instrumentum van de administratieve rechtshandeling, van motieven in rechte, namelijk de normen waarvan de auteur van de handeling toepassing maakt, en de motieven in feite, zijnde de omstandigheden die eraan zijn voorafgegaan, die de grond uitmaken van de rechtshandeling.

Dat deze verplichting werd in de wet van 29/07/1991 met betrekking tot de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen.

Dat de ingeroepen wettelijke bepalingen bepalen dat elke administratieve beslissing volledig, afdoende en concreet moet gemotiveerd worden.

Dat de formele motivering, gepreciseerd in artikel 3 van de wet van 29/07/1991, adequaat moet zijn en dat bepaalt "De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moet afdoende zijn." In de commissie van de Kamer heeft de minister geoordeeld "cette obligation demeure d'ailleurs générale et doit être proportionnelle à l'intérêt et à la portée de la décision" (l'obligation de motiver les actes administratifs, Bruges, La Chartres, 1992, page 6). Namelijk, deze verplichting blijft algemeen en moet proportioneel zijn ten aanzien van het gewicht van de beslissing.

Dat de naleving van deze vereiste moet geëvalueerd worden in functie van het principiële doel van de wet van 1991, zijnde, « toelaten aan degene wie de administratieve bestuurshandeling betreft om de redenen in feite en in rechte te begrijpen die de administratie ertoe geleid hebben de betreffende beslissing te nemen en bijgevolg hem toelaten de wettelijkheid en pertinentie van deze beslissing beter te kunnen ». (vrije vertaling, C.E., 14 juin 2002, n° 107.842)

Dat de bedoeling van de vermelde wettelijke bepaling ook neerkomt op het verplichten van de administratie om "de rechter een grondige basis te bieden voor zijn legaliteitscontrole" en dat "de algemene verplichting om de administratieve handelingen te motiveren eveneens een essentiële garantie uitmaakt voor de goede werking, namelijk de legaliteitscontrole van de administratieve bestuurshandelingen" (vrije vertaling, Dominique Lagasse, la loi du 29/7/1991, J.T., 1991, page 737).

Dat E. Cerexhe en J. Vande Lanotte herhalen dat wanneer het beslissingen betreft die het voorwerp hebben uitgemaakt van discussies over dewelke de overheid een grote appreciatiemarge beschikken, de motivering moet gedetailleerd zijn.

Overeenkomstig de rechtspraak van de Raad van State moet de motiveringsplicht, zoals vervat in de voormelde wet van 29 juli 1991, verzoeker toelaten de reden te begrijpen die aan de basis liggen van de genomen beslissing en bijgevolg hem toelaten het wettelijk en pertinent karakter van deze beslissing te begrijpen, alsook de opportuniteit om deze in rechte aan te vechten (R.v.St., nr. 191.585, 18 maart 2009, C.E. 14 juin 2002, n° 107.842)

2. Overwegende dat de principes van behoorlijk bestuur iedere normaal zorgvuldige administratie oplegt haar appreciatiebevoegdheid uit te oefenen als een normaal voorzichtig en redelijk bestuur, rekening houdend met het wettelijkheidsbeginsel.

Dat de manifest verkeerde appreciatie een schending uitmaakt van het redelijkheidsbeginsel dat het bestuur verbiedt te handelen tegen alle redelijkheid in.

Dat er eveneens sprake is van een fout die onaanvaardbaar is voor elke redelijke persoon.

Dat de Raad van State ook heeft bepaald « est manifeste ce dont l'existence ou la nature s'impose à un esprit raisonnable avec une force de conviction telle que de plus amples investigations n'apparaissent pas nécessaires ». (C.E., 12 août 1992 n° 40.082)

Vrije vertaling :

« ... manifest is wanneer het bestaan of de aard ervan zich redelijk met overtuigingskracht opdringt zodat verdere vraagstelling niet nodig blijkt »

Dat de interne motivatie van een administratieve akte veronderstelt dat elke administratieve rechtshandeling gebaseerd is op exacte juridische en feitelijke motieven, ook redelijk en wettelijk toegelaten.

Dat deze regel zich opdringt aan de administratie ook al beschikt zij over een uitgebreide discretionnaire appreciatiebevoegdheid.

Dat ze oplegt dat de administratie handelt overeenkomstig de wetten en algemene rechtsprincipes die haar de bevoegdheid geven staven.

3. Overwegende dat artikel 9ter par. 1 van de wet van 15/12/1980 bepaalt dat :

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

Dat het artikel eveneens bepaalt in de 1e par., 5e lid :

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

Dat in eerste instantie dus de ziekte en ernst ervan moet beoordeeld worden door de ambtenaar-geneesheer.

Dat het gaat om een medische appreciatie en dat deze ook als dusdanig moet gemotiveerd worden. In casu werd de aanvraag ontvankelijk en zelfs gegrond verklaard en werd de ernst van de pathologie en de contra-indicaties van terugkeer naar Rwanda in de zin van artikel 9ter erkend.

De enige motivering voor de weigering van verlenging die nu door de ambtenaar-geneesheer, en integraal overgenomen door verwerende partij, wordt gegeven betreft enkel en alleen het aantonen van de mogelijkheid tot verzorging, meer bepaald beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen, in het land van herkomst.

4. Overwegende dat de arts van DVZ, Dr. VAN DOREN, dus geen enkel medisch gegeven, aangebracht door verzoekende partij betwist.

4.1. De arts herneemt eigenlijk gewoon de medische voorgeschiedenis en vat de toegevoegde medische getuigschriften samen, om dan te stellen dat de verblijfsmachtiging in 2014 werd toegekend "alleen omdat een levende donor beschikbaar was, met name de moeder."

En verder: "De behandelende artsen verklaren dat 'gezien patiënte helemaal afhankelijk is van haar mama, een levende donortransplantatie met mama niet aan de orde is'. (...) Als er nu werd beslist deze niet uit te voeren, kan betrokkene in Rwanda volledig verder opgevolgd worden (zie beschikbaarheidsinfo: INFRA). Dialyse is een valabele behandeling bij nierinsufficiëntie. Een niertransplantatie ... kan een blijvende oplossing bieden (...) Transplantatie via levende donor werd afgevoerd. Transplantatie via een cadavernier blijft een mogelijkheid, maar omwille van de bloedgroep van betrokkene en andere minder gunstige parameters, zal betrokkene niet snel een vervangnier kunnen krijgen."

Hij concludeert: "Ik beschouw nierdialyse als een valabele behandeling en ik beschouw een transplantatie niet als een noodzakelijke ingreep."

Dit dient enigszins genuanceerd te worden !

4.2. Ter herhaling, in 2014 werd duidelijk dat een nierfunctievervangende therapie erg noodzakelijk werd. Dat de dure mogelijkheid van dialyse afhankelijk is van de financiering door de overheid en leek een levende donortransplantatie een goedkopere oplossing (zie medische attesten dd. 24.06.2014 en 11.03.2014: stukken 4).

In mei 2015 (zien aanvulling raadsman: stuk 5) werd dan toch overwogen dat de aanwezigheid van de moeder, voorziene donor, onontbeerlijk is en daarin geen risico kon worden genomen. Verzoeksters moesten aldus teruggrijpen naar de dure dialysebehandeling. Maar dit is geen optie in Rwanda, bij gebrek aan specialisten en financiële middelen. Er werd dan ook aangedrongen op een definitieve beslissing in de verblijfsprocedure.

De brief van 20.10.2015 van Dr. Van Hoeck, behandelende arts van [REDACTED] (stuk 3), is hierin des te duidelijker (verzoekster onderlijnt):

« Geachte collega,

Ik zag uw patiënte op de raadpleging kindemefrologie.

Dank voor het toesturen van de medische argumentatie om de beslissing te nemen de verlenging van de verblijfsmachtiging bij patiënte niet toe te staan.

U haalt hiervoor 2 argumenten aan.

Het eerste argument is dat de vorige verblijfsmachtiging werd toegekend alleen omdat een levende donor beschikbaar was, met name de moeder.

In de voorwaarde voor de moeder om hier in het land te blijven stelt u echter dat zij een inkomen moet verwerven. Gezien het doneren van een orgaan niet compatibel is met arbeidsgeschiktheid en het zoeken en het behouden van tewerkstelling, leek ons dit op korte termijn onmogelijk.

Patiënte werd op de euro transplant lijst geplaatst maar kreeg geen enkel aanbod, mede door haar zeldzame bloedgroep en HLA profiel.

Met deze tijdelijke toestemming was er evenmin garantie dat patiënt na transplantatie de nodige medische en farmaceutische follow up in België zou krijgen, naar ons weten worden ook patiënten na transplantatie terug gestuurd. Hiervoor is een permanente verblijfsmachtiging nodig. In Rwanda is Immunosuppressieve therapie voor deze patiënt niet beschikbaar.

Tweede argument is dat u stelt dat dialyse een valabele behandeling bij een nierinsufficiëntie is en dat u transplantatie niet als een noodzakelijke ingreep beschouwt.

Hiervoor wil ik verwijzen naar zeer recente analyses van de mortaliteits cijfers bij jong volwassenen die nierfunctie vervangende therapie starten op kindereleeftijd. Die is sowieso 30 keer hoger dan leeftijdsgenoten. De helft van de patiënten stierf terwijl ze behandeld werden met een dialyse in afwachting van een transplantatie. De blootstellingstijd aan dialyse was echter maar een tiende van de blootstellingstijd aan transplantatie.

Stellen dat nierdialyse een valabele behandeling is die transplantatie een niet noodzakelijke ingreep maakt, is niet te ondersteunen. Met de keuze patiënte te veroordelen voor chronische dialyse veroordeelt u haar ook tot een zeer hoog sterfterisico.

De faciliteiten in het King Faisal Hospital in Kigali, Rwanda, zijn mij niet bekend. Het zou zeker helpen indien we de overlevingscijfers van de patiënten die op jonge leeftijd nierinsufficiënt zijn geworden, kunnen inkijken. Bovendien is de beschikbaarheid van dialyse voor kinderen niet voorhanden. Navraag bij dialyse vloeistof producenten leert ons dat zij niet leveren in Rwanda. »

Hij eindigt als volgt : « Onze doelstelling was duidelijk. Dit meisje heeft alleen een kans als ze de transplantniet van haar moeder krijgt maar daarvoor moet een permanent verblijf hier in het land gegarandeerd zijn.

Concluderend lijkt het mij fair dat u uw beslissing om patiënte terug te sturen ofwel opnieuw overweegt ofwel duidelijk vermeldt in uw argumentatie dat u patiënte weloverwogen aan een bewezen hoger sterfterisico blootstelt. »

4.3. Aldus:

De keuze om de (beste en eigenlijk enige) oplossing van de levende donor af te voeren was wel overwogen, want bleek meer bepaald onmogelijk in het kader van een tijdelijke verblijfsmachtiging (onredelijke werkvoorwaarde moeder en risico repatriëring na transplantatie zonder mogelijke opvolging in Rwanda). Een cadavernier is in casu sowieso problematisch.

De dure dialyse is in ieder geval maar een tijdelijke oplossing en dus zeker geen alternatief voor de transplantatie, tenzij de arts-adviseur [REDACTED] wil veroordelen tot een hoger sterfterisico ...

Dr. Van Hoeck nam ook contact (mail) met het King Faisal Hospital in Kigali, maar kreeg geen antwoord. Echter bleek er na navraag dat dialyse vloeistof gewoon niet wordt geleverd aan Rwanda.

Dit medisch onderbouwd advies van verzoeksters behandelende arts is overduidelijk - spreekt voor zich - en doet het advies van de arts-adviseur teniet!

Deze laatste heeft schijnbaar de voorliggende medische gegevens onvoldoende in aanmerking genomen, wat resulteert in een schending van de motivatieplicht van de tegenpartij als 'behoorlijk bestuur', artikel 3 EVRM en artikel 9TER.

5. Dat de arts-adviseur zich in zijn redenering, gesteld op basis van de neergelegde medische rapporten en zonder dat hij het nodig achtte verzoekster te onderzoeken, de vraag heeft gesteld naar de behandelingsmogelijkheden in Rwanda.

Deze redenering werd hierboven door verzoekende partij ernstig in vraag gesteld.

Uw Raad kan hierin al een schending van de wettelijke bepalingen van het middel vaststellen en de beslissing annuleren. Indien Uw Raad niettemin van oordeel zou zijn dat de arts-adviseur terecht is

overgegaan tot onderzoek van de medische situatie in het land van herkomst, wenst verzoekende partij nog te wijzen op de volgende gebreken in de motivering.

5.1. De arts adviseur gaat verder met zijn uiteenzetting van de beschikbare zorgen in Rwanda.

Deze analyse kan samengevat worden als volgt: opvolging door een nefroloog of internist, met hemodialyse en peritoneaaldialyse is enkel mogelijk in King Faisal Hospital, (niet te vergeten) een privé-ziekenhuis.

Wat het onderzoek naar de toegankelijkheid dan ook gaat beperken tot Kigali, en niet "het hele land" Rwanda zoals de arts-adviseur naar voor schuift (in de 3e pag. van zijn advies). De toevoeging door de arts-adviseur (op dezelfde 3e pag.: randnummers 2, p. 18 van nr. 6 en nr. 7) over de afstanden in kilometers tot een gezondheidsinstelling of de constructie van nieuwe ziekenhuizen in Rwanda is bijgevolg eveneens niet langer pertinent.

Verzoeksters behandelende arts liet zijn twijfels al blijken over mogelijke behandeling in Rwanda, en specifiek het King Faisal ziekenhuis, met de opmerking dat het hier bovendien gaat om een kind en er geen dialysevloeistof wordt geleverd aan Rwanda.

Ter herinnering chronische dialyse is uitgesloten, en wat betreft de tijdelijke behandeling via dialyse heeft Dr. Van Hoeck gewezen op het sterftecijfer van patiënten in afwachting van een transplantatie.

Het advies aan de basis van de bestreden beslissing was bijgevolg in se niet meer dan een betwifelbaar advies, en in verzoeksters geval betekent twijfel een risico op overlijden.

Dat de geciteerde motivering in het medisch advies van de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken op al deze medische elementen van verzoekster MANIFEST geen afdoende antwoord biedt.

Dat de bestreden beslissing geenszins aantoon in hoeverre het medisch dossier van tweede verzoekster effectief onderzocht werd en de absoluut noodzakelijke behandeling in haar specifiek geval beschikbaar is.

Er dient dan ook besloten te worden dat verwerende partij zich niet baseerde op een concrete en volledige analyse van het geheel van de aangebrachte elementen, en in dat opzicht haar motivatieplicht niet heeft voldaan.

5.2. Dat moet vastgesteld worden dat het onderzoek naar de toegankelijkheid eveneens faalt.

Dat de ambtenaar-geneesheer inderdaad verder overging tot analyse van de toegankelijkheid van de medische zorgen, maar ook hier geen rekening hield met alle aangaande pertinente gegevens.

Namelijk, rekening houdend met de kostprijs al in België, zijnde 50€/dag (na navraag behandelend medisch team van [REDACTED], waar zij kan rekenen op een effectieve tussenkomst van de mutualiteit, ligt dit in Rwanda wel anders.

Een - in casu - dagelijkse dialysebehandeling ten koste van de patiënt wordt wel heel kostelijk voor eerste verzoekster.

Maar, zonder degelijke (en per definitie tijdelijke) dialysebehandeling zal [REDACTED] in-een coma belanden en sterven ...

Vooreerst, bepaalt de arts-adviseur in zijn medisch advies dat er in Rwanda een vooruitgang werd geboekt de voorbije jaren in de sociale zekerheid, met ondersteunende maatregelen voor het oprichten van ziekenfondsen.

Hij gaat deze stelling baseren op een website van GESS (zijnde randnummers 3 en 5) die echter niet meer bestaat (stuk 6) !

Vervolgens poneert hij dat er een "verplichte nationale ziekteverzekering werd ingevoerd". Hij baseert dit gegeven dan op één bron, een artikel uit de New York Times daterend van 2010 (randnummer 4).

Op te merken, ten eerste, dat dit wil zeggen voordat de aanvraag 9ter van verzoekster werd gegrond verklaard.

Terwijl de medische toestand van [REDACTED] niet wijzigde, maar wel het voorstel tot behandeling door haar behandelende artsen in België. Namelijk overgaand van een levende donortransplantatie op nierdialyse, zijnde van een 'goedkope blijvende' naar een 'dure tijdelijke' oplossing.

En nu gaat de arts-adviseur zijn stelling veranderen en aangeven dat de transplantatie geen noodzakelijke ingreep is, terwijl deze tevoren wel degelijk een machtiging rechtvaardigde ?

En, ten tweede, zou een beslissing anno 2015 met dergelijke implicaties voor de verzoekende partij (supra) minstens gestoeld mogen worden op recente EN effectief medische inlichtingen!

Hetzelfde kan gezegd worden over de overige bronnen (van 2011 of 2012). Zo is te lezen in het artikel SlateAfrique dat er in 2009 één arts was per 18.000 bewoners ...

Temeer daar er voldoende andere bronnen zijn die ook het tegendeel verdedigen (stukken 7).

De kwaliteit van de gezondheidszorg in Rwanda, nog steeds een ontwikkelingsland, kan bij deze zeker ook al betwijfeld worden, namelijk gelet op de gevoegde informatie (stukken 7):

- Het artikel « Le Rwanda lancera un premier centre rural de traitement du cancer en Afrique de l'Est » dd. 11.07.2012 : « Le Rwanda compte près de 11 millions d'habitants, et aucun oncologue rwandais. Les cancers infantiles, comme la leucémie ... qui affiche un taux de guérison de 80% dans les pays modernes, sont pratiquement synonymes de condamnation à mort pour les enfants rwandais. »

- Artikel « Examinons de plus près le rôle joué par l'Assurance maladie communautaire dans le succès du Rwanda » dd. 16.09.2011 concludeerde dat de verzekeringspremies een 'financieel ostakel' blijven vormen voor een zgn. Universele toegang, met uitsluiting van de financieel zwakkeren en een overschatting van de werkelijke vooruitgang met nog vele beperkingen

Verder geven de volgende websites aan:

- Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, 2009-2013 Rwanda
(www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc...gid...)

« Malgré les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies notamment, l'élimination du tétanos maternel et néo-natal, la documentation de l'éradication de la poliomyélite, le contrôle de la rougeole et la réduction de la mortalité liée au paludisme, le profil épidémiologique du Rwanda reste dominé par les maladies transmissibles qui constituent 90 % des motifs de consultation dans les formations sanitaires. La mortalité et la morbidité dues à ces affections sont aggravées par le haut niveau de pauvreté, le bas niveau d'éducation de la population ainsi que par les problèmes liés à l'insuffisance de l'eau, de l'hygiène et des systèmes d'assainissement adéquats. ... Par ailleurs, il est important de signaler la part de l'épilepsie dans la morbidité générale, au Rwanda, ainsi qu'une insuffisance de la connaissance de la part des troubles neurologiques dans la morbidité générale.

Les pathologies les plus fréquentes sont, par ordre d'importance, l'épilepsie (46,9%), les troubles psychiatriques (21%), les troubles psychosomatiques (15%), les troubles neurologiques (7,4%), et les troubles psycho traumatiques (3,6%). (...)

La mauvaise gestion des déchets et des produits chimiques dangereux et toxiques, constitue des menaces contre l'environnement et la santé publique. Le défi principal est donc d'améliorer la qualité des systèmes d'approvisionnement, en eau potable et leur accessibilité à la population, et de promouvoir un environnement sûr, durable et favorable à la santé.

La sécurité sanitaire des aliments est marquée par l'absence d'un système de réglementation, de législation et de coordination efficace. Le défi principal est d'assurer la sécurité sanitaire des aliments à tous les niveaux.

Le renforcement des capacités des communautés, la création d'environnements favorables à la santé et le plaidoyer constituent les piliers de la promotion de la santé. La promotion de la santé en général, et la prise en charge de la santé par les communautés en particulier, n'ont pas encore une place de choix

dans l'amélioration de la santé, alors que 70% des maladies les plus fréquentes, sont évitables par la prévention. (...)

Pour le système de santé et de prestation des services, les défis sont notamment : l'insuffisance et la distribution inéquitable du personnel de santé, l'insuffisance des capacités techniques des formations sanitaires (30% remplissent les normes minima en équipements) et la faiblesse structurelle et fonctionnelle du Système d'information sanitaire (SIS).

Concernant le financement de la santé, il y a certes un accroissement de la part du gouvernement, mais la forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs demeure. (...)

Le pays dispose d'une production locale de médicaments mais de faible capacité. ... »

- Rwanda: Réhabilitation psychiatrique en voie de réalisation par Raymond Porchet : Infirmier en soins psychiatriques (<http://www.grandslacs.net/doc/0695.pdf>)

« Problèmes

Si les problèmes liés au manque de personnel soignant qualifié ont pu trouver un début de solution avec l'engagement de jeunes diplômé(e)s en soins généraux d'accord de suivre le programme de formation proposé, nous nous heurtons à une autre difficulté : Le manque de médecins spécialisés. L'hôpital fonctionnant avec un seul médecin à plein temps ainsi qu'un médecin à temps partiel trois jours par semaine. Il faut savoir qu'en plus des patients hospitalisés, ces médecins ont à faire face à un nombre très important de consultations ambulatoires, ce qui rend leur présence très aléatoire dans les différents temps de formation reposés. Ce manque de disponibilité nuit évidemment au déroulement du projet, surtout pour ce qui est de sa continuation. Mais des communiqués diffusés sur les ondes de la radio nationale en vue de l'engagement de deux jeunes médecins nous laissent l'espoir d'une solution prochaine.

Conclusion

Le travail est considérable mais aussi très intéressant et enthousiasmant. Il n'existe personne dans ce pays qui ne soit traumatisé par les événements passés et le retour récent de ces centaines de milliers de réfugiés qui se sont installés sur leurs collines n'est pas sans poser des problèmes, et sans réveiller des sentiments pour le moins contradictoires dans la population. Partout le pays se reconstruit, les enfants ont repris leur vie scolaire, et les traces du génocide sont en train de disparaître, mais les cœurs sont lourds, et les souvenirs tenaces. Si l'on veut parler de santé mentale pour ce pays, il n'est pas exagéré de dire que les besoins sont immenses, et qu'une solution, si l'on peut parler de solution, ne peut être envisagée que sur le long terme. »

- Agro Radio Hebdo

Rwanda : Même avec l'assurance-maladie, plusieurs Rwandais n'arrivent pas à bénéficier de soins médicaux (Syfia Grands Lacs) (Date publiée: 16 juillet 2012 - Publiée dans: Dépêche de nouvelles agricoles africaines, Parutions passées, numéro 208) (in bijlage)

« Au Rwanda, avoir une mutuelle de santé n'est pas une garantie que l'on sera soigné. Les Rwandais doivent pouvoir payer 10% du coût des soins. Ceux qui n'ont pas les moyens de se payer des soins modernes se tournent vers les médecins traditionnels ou l'auto-médication. (...)

Un malade ou son accompagnateur doit d'abord s'acquitter de 10% du coût du transport, soit 40 francs rwandais (Frw) par kilomètre, ainsi que du coût des soins donnés lors du trajet. Un villageois de Kabuga, une localité située à 20 kilomètres de Kigali, la capitale, raconte : « Quand j'ai appelé l'ambulance pour secourir mon fils qui venait de se brûler tout le corps, on m'a dit que je [devais] d'abord payer 2600 Frw (4,30 dollars américains), dont 800 Frw pour l'ambulance et le reste pour les premiers soins. » Ce villageois a choisi de ne pas se rendre à l'hôpital, sachant qu'il devrait payer presque la même somme afin que son fils fût soigné.

Une fois à l'hôpital, après consultation, le patient doit payer 10 pour cent de tout le matériel nécessaire aux examens, aux soins et même aux opérations : seringues, gants, compresses, désinfectants, sérum et même bistouri. Un garde-malade du centre hospitalier universitaire de Kigali affirme : « Même en cas d'opération, tout le matériel doit être fourni par le patient. Si celui-ci n'est pas en mesure de l'acheter, il ne peut pas avoir d'examens médicaux, encore moins de médicaments. L'infirmière explique que les

malades sont obligés de faire des va-et-vient entre les guichets de la mutuelle et les pharmacies pour chercher les documents et les médicaments nécessaires.

Depuis mi-2011, les cotisations annuelles pour l'assurance maladie des villageois ont été revues à la hausse, passant de 1000 Frw par personne à 7000 Frw, 3000 Frw et 2000 Frw, suivant les catégories établies en fonction des revenus de chacun. Tout assuré doit en outre payer le ticket modérateur, soit 10% du coût total des prestations. Un infirmier de Bugesera, dans l'est du pays, constate : « Une famille de six personnes classée dans la deuxième catégorie doit s'acquitter annuellement de 18 000 Frw [30 dollars américains]. Il est quasiment impossible pour les villageois de payer, en plus, le ticket modérateur. » Mais il y a souvent des ruptures de stocks de médicaments dans les pharmacies publiques, obligeant les patients à prendre en charge ces coûts tous seuls.

Pour aller dans les hôpitaux, souvent en ville, les gens doivent payer le transport et le logement. Kantarama vit à Rwamagana, un village situé dans l'Est du pays. Lorsque son fils a eu un accident à l'œil, il a été transféré à Kabgayi, dans le sud du pays. Kantarama explique que parce qu'il ne connaissait personne dans cette région, il a dû vendre toute sa moisson de l'année pour payer le transport et l'hébergement.

En 2010, les hôpitaux ont perdu d'énormes sommes car de nombreuses personnes devaient recevoir des soins médicaux mais n'avaient pas les moyens de payer. Pour limiter ces pertes, les autorités ont décidé que tout service devrait être payé d'avance. Certains établissements vont même jusqu'à renvoyer les accidentés incapables de déposer une caution à l'arrivée. Un activiste des droits de la personne de Kigali explique que « cette obligation décourage les gens et les pousse à aller voir les médecins traditionnels ou à pratiquer l'auto-médication. » Il pense qu'il serait mieux d'augmenter les cotisations au lieu de taxer les villageois qui ont souvent des difficultés à avoir de l'argent liquide. »

- Document IWPAR over de « Mutuelle de Santé » in Rwanda (in bijlage)

[http://www.iwpar.org/id-15-rwanda-les-mutuelles-de-](http://www.iwpar.org/id-15-rwanda-les-mutuelles-de-sante.html?file=tl_files/fr/bonne_pratique/pdf/Bonne_Pratique_15_Mutuelles_de_sante_Rwanda.pdf)

[sante.html?file=tl_files/fr/bonne_pratique/pdf/Bonne_Pratique_15_Mutuelles_de_sante_Rwanda.pdf](http://www.iwpar.org/id-15-rwanda-les-mutuelles-de-sante.html?file=tl_files/fr/bonne_pratique/pdf/Bonne_Pratique_15_Mutuelles_de_sante_Rwanda.pdf),

Hieruit blijkt dat niet alle geneesmiddelen ten laste worden genomen (p. 7). Dit moet aldus concreet voor verzoeker onderzocht worden.

En dit rapport stelt ook (p. 6) « Tous les soins médicaux ne sont pas couverts par les mutuelles » ... « coûts de transports ne sont pas prise en charge ».

- Over « la Rwandaise d'assurance maladie » voor de werknemers, ambtenaren en militairen, waartoe verzoeker niet behoort (in bijlage)

<http://www.solmond.be/IMG/pdf/Broch-WSM-Rwa-bu.pdf>

« Par la loi n° 24/2001 du 27 avril 2001, il a été institué un régime d'assurance maladie des agents de l'État, dont la gestion a été confiée à la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA). Ce texte de loi a été successivement modifié et complété par la loi n° 29/2002 du 19-09-2002 et celle n° 27/2007 du 26-06-2007 » (p. 29).

« Dans le secteur structuré, les populations ayant une couverture formelle en assurance maladie sont les suivantes:

- Les agents de l'État et des établissements publics qui sont affiliés obligatoirement à la RAMA.
- Les travailleurs du secteur privé structuré qui sont affiliés volontairement soit à la RAMA, soit dans des sociétés d'assurance privées, selon le désir de chaque employeur. En effet, certaines entreprises qui se portent bien financièrement optent souvent pour une prise en charge des dépenses des soins médicaux occasionnées par leurs travailleurs. Le niveau des prestations offertes varie d'une entreprise à une autre.

Par ailleurs, dans le même secteur structuré, certaines catégories de population sont laissées pour compte en matière de couverture maladie. Il s'agit notamment:

- des travailleurs oeuvrant dans des professions libérales;
- des travailleurs oeuvrant dans de petites et moyennes entreprises, voire des grandes entreprises, qui n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour une prise en charge directe des soins médicaux;

ou bien ceux dont les employeurs négligent de souscrire à une assurance maladie, faute de contrainte légale;

- des bénéficiaires des pensions et rentes servies par la CSR. »

- Over de zgn. "MMI", eveneens voor werknemers, ambtenaren en militairen: Etude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi, Rapport sur les droits économiques et sociaux, <http://www.solmond.be/IMG/pdf/Broch-WSM-Rwa-bu.pdf>

« Fondée en 2005 par la loi no 14/2004, cette assurance maladie de l'Armée est basée sur le modèle de la RAMA. Les militaires sont affiliés obligatoirement à l'assurance maladie gérée par la MMI. Cette assurance couvrirait un nombre d'affiliés estimé à 100.000 personnes, soit environ 1,1% de la population rwandaise »

Dus evenmin van toepassing op verzoeksters.

Conclusie die uit deze bijkomende informatie volgt kan niet anders klinken dan:

1) een absoluut inefficiënte gezondheidszorg voor verzoekster in casu. Namelijk de middelen daar beantwoorden niet aan haar aandoening: gebrek aan experts en specialisten, aan medische apparatuur en personeel, onvoldoende medische centra, niet meer dan niet concrete toekomstplannen en projecten, en (financieel) ontoegankelijk ...

2) Systemen van sociale zekerheid, maar dan alleen voor personen met een job (in de zin van de 'Code du Travail', of ambtenaren of militairen, wat geenszins overeenkomt met de situatie van verzoekende partij ...

En, ten derde en niet in het minst belangrijk, dit artikel van de New York Times stelt letterlijk (!): "Of course, many things that are routine in the United States, like MRI scans like dialyses, are generally unavailable".

Terwijl dit eigenlijk het enige randnummer is dat "standhield" naast irrelevante inlichtingen (buiten Kigali en omgeving) enerzijds en onbestaande bronnen anderzijds.

Tegenpartij leest blijkbaar haar eigen bronnen niet na, en spreekt zichzelf in deze tegen, wat leidt tot een interne contradictie en toont aan dat geen ernstig onderzoek is gevoerd naar de duurzame wijziging in de toestand van Yvette.

Wanneer de conclusies van een arts niet te rijmen vallen met de elementen die voorliggen ter staving van de medische toestand, dan dient een schending van de materiële motiveringsplicht te worden aangenomen (RvV 24 april 2015, nr. 144.071).

Dan resteren, tot slot, nog vele vragen die niet beantwoord worden, namelijk door GEEN van de voorgelegde bronnen door de tegenpartij:

- Welke 92% van de bevolking?
- Over welke nationale ziekteverzekering gaat het, want in Rwanda bestaan verschillende systemen (zie stukken 7) ?
- Tegen welke voorwaarden?
- Wat is daarin begrepen ("it covers the basics")?
- Volgend op de vorige vraag, wat is de kostprijs voor dagelijkse dialyse (voor zover beschikbaar: supra) in het King Faisal ziekenhuis ?

Een medische analyse die aan al deze gegevens voorbijgaat of er abstract over blijft is niet afdoende. Geen van de geciteerde bronnen/artikelen bieden garantie of enigszins zekerheid voor verzoeksters in concreto.

Dit blijkt al uit een eerste simpele lezing ervan.

Verder, wordt er gesteld dat Mevrouw M. bij haar aankomst in Rwanda maar onmiddellijk moet beginnen werken, of (tijdelijke?) financiële hulp en opvang moet inroepen van vrienden en kennissen.

Haar dochter mag, zoals gezegd, haar behandeling absoluut niet onderbreken.

Daarnaast is het wel heel simpel voorop te stellen dat eerste verzoekster niet arbeidsongeschikt is en gewoon kan gaan werken om de kosten te dekken.

Het bedrag van die kosten is alweer een abstract gegeven.

En zij is meer dan 4 jaar weggeweest uit Rwanda. Zij zal zeker en vast tijd nodig hebben om er zich te herinstalleren. Onmiddellijk werk vinden is logischerwijze bijzonder moeilijk, zoniet uitgesloten. Financiële hulp krijgen van mensen die ze 4 jaar niet gezien hebben is evident evenmin een zekerheid. Hoe groot de noodzakelijke financiële hulp is, is dus evenmin duidelijk bij gebrek aan enige analyse.

Dat verweerster dit onderzoek niettemin afrondt zonder een voldoende berekening of een individuele analyse, leidt tot een nieuw gebrek in de motivering. Bij gebrek aan een overzicht of budgettering is het nochtans onmogelijk om te bepalen of zorgen werkelijk financieel toegankelijk zijn.

Dat inderdaad moet opgemerkt worden dat de tegenpartij zich niet positioneert ten aanzien van de concrete mogelijkheid voor verzoekster om deze zorgen te kunnen ontvangen, zijnde in de eerste plaats dus de effectieve en directe mogelijkheid te werken, de financiële middelen, de afstand, de onmogelijkheid tot het ondernemen van een terugreis, het transport, enz.

Terwijl artikel 9ter vooropstelt dat het aan de ambtenaar-geneesheer toekomt een advies te verstrekken over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen voor de betrokken persoon in zijn/haar land van herkomst. Echter in casu, ter herhaling, het advies zich beperkt tot een uiteenzetting van een betwifelbare sanitaire situatie in Rwanda zonder het geheel van de gekende elementen van verzoeksters eigen situatie daarin te schetsen.

Ter conclusie, verwerende partij kan redelijkerwijze op basis van een dergelijke gebrekkige analyse niet beslissen dat verzoekster effectief toegang zal kunnen krijgen tot de nodige verzorging.

Dat dus noch de expert noch de Dienst Vreemdelingenzaken een antwoord formuleert op de elementen van verzoekende partij, maar zich enkele beperken tot abstracte opzoeken, en hieruit een gebrek aan zorgvuldigheid blijkt in hoofde van verweerster.

Dat manifest geen ernstig, correct of volledig medisch onderzoek is gebeurd.

Dat dan ook besloten moet worden dat de bestreden beslissing een stereotiepe document is, wat ontegensprekelijk neerkomt op gebrekkige en niet afdoende motivering in de zin van de voorwaarden van artikel 9ter en 62 van de Wet van 15/12/1980 en van de artikelen 2 en 3 van de Wet van 29/07/1991.

Dat het tweede middel ook gegrond is.

Zodat,

De geformuleerde argumenten ten aanzien van de motivering van de tegenpartij aantonen dat geen enkele voldoende analyse, gebaseerd op effectieve en nagekeken medische elementen, is gebeurd.

De wettelijke bepalingen uiteengezet in het enig middel leggen een correcte, formele, duidelijke, precieze, geldige en voldoende motivering op.

Dat de tegenpartij hierbij haar motiveringsplicht schendt. Het geheel van de aangegeven gebreken, aan een effectieve medische analyse, aan een concrete medische motivering, slechts een standaard en stereotiepe motivering, maakt dus een schending uit van artikel 62 van de wet van 15 december 1980 en de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en de motivering in feite niet voor waar kan worden weerhouden omwille van de erge en herhaalde aangetoonde gebreken.

Dat een dergelijke gebrekkige motivering eveneens een schending uitmaakt van de zorgvuldigheidsplicht waartoe elk behoorlijk bestuur gehouden is doordat de vraag naar de beschikbaarheid/toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling niet juist noch terecht beantwoord werd.

Dat deze motivering dus ook een schending uitmaakt van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 aangezien de afwezigheid van degelijke medische vaststelling niet toelaat het bestaan van een pathologie te bepalen die overeenkomt met de vereisten van artikel 3 EVRM en de eerste paragraaf van artikel 9ter.

Dat de bestreden beslissing een manifeste schending uitmaakt van de wettelijke bepalingen geciteerd in de middelen, en vernietigd dient te worden.

3.2. De verweerder repliceert in de nota met opmerkingen als volgt:

"In een tweede middel stelt verzoekster een schending voor van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van het rechtszekerheidsbeginsel, van het vertrouwensbeginsel, van het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en van artikel 3 EVRM.

Zij betoogt dat de enige motivering die werd gegeven betrekking heeft op de mogelijkheid tot verzorging en beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen in Rwanda. Zij verwijt de arts de medische voorgeschiedenis te hernemen. Zij stelt dat ze moesten teruggrijpen naar de dure dialysebehandeling, doch dat dit geen optie zou zijn in Rwanda bij gebrek aan specialisten en financiële middelen, wat zou blijken uit de brief van 20 oktober 2015 van dr. Van Hoeck. Dr. Van Hoeck zou tevergeefs contact hebben gezocht met het King Faisal Hospital in Kigali en nadien zou gebleken zijn dat de vloeistof dialyse niet wordt geleverd aan Rwanda. De behandeling zou enkel mogelijk zijn in een privé ziekenhuis en zou zeer kostelijk zijn. Zij begrijpt niet waarom de ambtenaar-geneesheer voordien stelde dat de transplantatie noodzakelijk is en thans weer niet. De kwaliteit van de gezondheidszorg in Rwanda zou betwijfeld kunnen worden. Uit informatie zou blijken dat niet alle geneesmiddelen ten laste worden genomen. Het vinden van werk bij terugkeer zou niet evident zijn en evenmin een zekerheid zijn.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat verzoekster d.d. 25 maart 2012 een aanvraag om machtiging tot verblijf indiende bij toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. In navolging hiervan stelde de ambtenaar-geneesheer d.d. 11 juli 2014 een advies op ten aanzien van verzoeksters dochter en gaf aan dat gelet op de mogelijkheid van een levende donor (verzoekster) het verblijf wordt toegestaan. De ambtenaar-geneesheer stelde dat de ziekte tijdelijk een ernstig risico voor het leven of de fysieke integriteit vormt en dat een transplantatie van een levende donor, zijnde de moeder, realiseerbaar is in korte tijd. Dientengevolge werd bij beslissing van 18 juli 2014 verzoekster gemachtigd tot een verblijf van één jaar.

Verzoekster diende vervolgens op 2 juni 2015 een aanvraag in tot verlenging van de machtiging tot voorlopig verblijf, toegestaan op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. In navolging van die aanvraag tot verlenging stelde de ambtenaar-geneesheer d.d. 26 augustus 2015 een advies op voor verzoekster dochter, dat onder meer luidt als volgt:

"(...) Er werd reeds eerder advies verleend door Dr. Strale d.d. 11/07/2014. Betrokkene leed/lijdt aan een chronische nierinsufficiëntie stadium 5 met secundaire hyperparathyroidie. De verblijfsmachtiging werd toegekend alleen omdat een levende donor beschikbaar was, met name de moeder. Dr. Strale verklaarde "Gezien de mogelijkheid bestaat tot een transplantatie van een levende donor (de moeder), wordt de verblijfsmachtiging toegekend."

Hiervoor maak ik gebruik van de attesten die ons werden bezorgd sinds het vorig advies:

- Het medisch attest d.d. 13/05/2015 van Prof. Dr. K. Van Hoeck en Prof. Dr. D. Trouet, kindernefrologie, Universitair Ziekenhuis te Antwerpen;

Actuele aandoening met behandeling:

- Betrokkene lijdt aan een chronische nierinsufficiëntie die wordt behandeld met peritoneaaldialyse. Ze staat op de wachtlijst voor een niertransplantatie. Gezien het feit dat zij relatief veel antistoffen in het bloed heeft en bloedgroep 0 positief is, maakt dat het aanbod voor niertransplantatie voor haar beperkt. (...) Hematologisch en nutritioneel is ze stabiel en de vitale parameters zijn in orde.

De behandelende artsen verklaren dat "gezien patiënte helemaal afhankelijk is van haar mama, een levende donortransplantatie met mama niet aan de orde is". Nochtans was deze levende donortransplantatie de enige reden waarom betrokkene een tijdelijke verblijfsvergunning kreeg in 2014. Als er nu werd beslist deze niet uit te voeren, dan kan betrokkene in Rwanda volledig verder opgevolgd

worden (zie beschikbaarheidsinfo). Dialyse is een valabele behandeling bij nierinsufficiëntie. Een niertransplantatie (...) kan een blijvende oplossing bieden mits er levenslang medicatie wordt genomen tegen de mogelijke afstoting. Een niertransplantatie houdt ook risico's in. Transplantatie via levende donor werd afgevoerd. Transplantatie van een cadavernier blijft een mogelijkheid maar omwille van de bloedgroep van betrokkene en andere minder gunstige parameters, zal betrokkene niet snel een vervanger kunnen krijgen; Ik beschouw nierdialyse als een valabele behandeling en ik beschouw een transplantatie niet als een noodzakelijke ingreep. De aandoening verhindert betrokkene niet te reizen. Mantelzorg is niet vereist. De vraag stelt zich naar de behandelingsmogelijkheden in Rwanda.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst
Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (...)

- Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank:
 - o Van lokale artsen die in het land van herkomst werken van 14/08/2015 met uniek referentienummer (...)
 - o Van lokale artsen die in het land van herkomst werken van 18/04/2013 (...)

Hieruit blijkt dat opvolging mogelijk is door:

- Een nefroloog of een internist in:
 - o King Faisal Hospital Po Box (...)
 - o Kigali University (...)
 - o Butare University (...)
 - o Rwanda Military Hospital (...)
- Hemodialyse is mogelijk in:
 - o King Faisal Hospital (...)
 - o Butare University (...)
- Peritoneaaldialyse is mogelijk in:

In het King Faisal Hospital worden de zorgen verleend door een nefroloog met hemo- en peritoneaaldialyse en een posttransplantatie kliniek ter opvolging. Het is volledig functioneel zonder problemen met de bevoorrading van het materiaal.
De medicatie die betrokkene neemt is beschikbaar: (...) "

Alle medicijnen die men nodig zou kunnen hebben bij chronische nierinsufficiëntie zijn beschikbaar, ook al heeft betrokkene deze medicijnen op dit ogenblik niet nodig (...)

Toegankelijkheid van de zorgen in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf
(...)

Over het algemeen beschikken de gezondheidscentra in Rwanda overal geneesmiddelen die opgenomen zijn in de lijst van belangrijke geneesmiddelen van de WGO. Voor het grootste deel zijn het generieke geneesmiddelen (...)

Betrokkene haar moeder, M. P., legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Overigens lijkt het ook erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Rwanda geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht zouden kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar/ of voor (tijdelijke) financiële hulp.
(...)

Concluderend kan gesteld worden dat de nodige zorgen toegankelijk zijn in Rwanda. Bij terugkeer zullen voorafgaandelijk de nodige afspraken gemaakt moeten worden om de continuïteit van de zorgen te garanderen. De zieke lijdt niet op zodanige wijze aan een aandoening dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. (...) "

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer, op grond waarvan verzoekster en haar kind in het bezit gesteld werden van een tijdelijke verblijfsmachtiging, blijkt dat die toekenning gestoeld was op de vaststelling dat de transplantatie van een levende donor (verzoekster zelf) op korte termijn mogelijk werd geacht.

De ambtenaar-geneesheer stelde in zijn advies van 26 augustus 2015 vast dat de behandelende artsen verklaarden dat "gezien patiënte helemaal afhankelijk is van haar mama, een levende donortransplantatie met mama niet aan de orde is" en dat dit nochtans de enige reden was waarom een tijdelijke verblijfsvergunning werd toegestaan in 2014. In tegenstelling tot wat verzoekster aanvoert, is het niet de ambtenaar-geneesheer die oordeelde dat de transplantatie voordien noodzakelijk was en thans niet meer, doch voorgaande betreft slechts een vaststelling op grond van de attesten die verzoekster zelf heeft overgemaakt.

De ambtenaar-geneesheer stelde vervolgens dat daar er werd beslist om de transplantatie niet uit te voeren, verzoeksters kindje in Rwanda volledig verder opgevolgd kan worden. Dienaangaande voerde hij een onderzoek naar de behandelingsmogelijkheden en toegankelijkheid ervan in Rwanda.

Verzoekster toont niet aan dat voorgaande vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer geen steun zouden vinden in de attesten die zij zelf heeft aangebracht. Zij kan dan ook niet gevolgd worden waar zij de ambtenaar-geneesheer verwijt dat de enige motivering die werd gegeven betrekking heeft op de mogelijkheid tot verzorging en beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen in Rwanda. Daar het in casu gaat om een aanvraag tot verlenging van een machtiging tot verblijf, kan zij de ambtenaar-geneesheer evenmin verwijten de medische voorgeschiedenis te hebben hernomen.

Waar zij stelt dat de dure dialysebehandeling geen optie zou zijn in Rwanda bij gebrek aan specialisten en financiële middelen, dient te worden opgemerkt dat uit het advies blijkt dat de ambtenaar-geneesheer zich bij het onderzoeken naar de beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst heeft gebaseerd op informatie afkomstig uit de MedCOI-databank (van lokale artsen die in het land van herkomst werken van 14/08/2015 en van 18/04/2013). Op grond van die informatie werd vastgesteld dat de opvolging mogelijk is door een nefroloog of een internist in vier hospitalen, dat hemodialyse mogelijk is zowel in King Faisal Hospital als in Butare University en dat peritoneaaldialyse mogelijk is in King Faisal Hospital. Door te verwijzen naar een schrijven van dr. Van Hoeck van 20 oktober 2015, waarin die dokter aangeeft niet gekend te zijn met de dialyse in Rwanda en dat de vloeistof er niet geleverd wordt, wordt verder door diezelfde dokter niet gestaafd, waardoor er geen rekening gehouden kan mee worden.

Waar verzoekster stelt dat de website GESS waarnaar verwezen wordt in het advies niet meer bestaat, dient te worden opgemerkt dat die website geraadpleegd werd in 2011 en dat men thans, bij het intypen van die website, direct en automatisch wordt doorverzonden naar de site <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowMainPage.action>.

Verzoekster toont niet aan geen toegang te krijgen tot het King Faisal Hospital, waarvan de ambtenaar-geneesheer verder specificeerde dat de zorgen verleend worden door een nefroloog met hemo- en peritoneaaldialyse en een posttransplantatie kliniek ter opvolging. Hij vervolgde dat het volledig functioneel is zonder problemen met de bevoorrading van het materiaal en dat de medicatie die het kindje neemt beschikbaar is. Vervolgens werd erop gewezen dat alle medicijnen die men nodig zou kunnen hebben bij chronische nierinsufficiëntie zijn beschikbaar zijn, ook al heeft het kindje deze medicijnen op dit ogenblik niet nodig.

Verzoekster stelt dat de documentatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd verouderd is en meent ze recentere informatie te kunnen bijbrengen. Uit een lezing daarvan blijkt echter niet dat kan worden afgeleid dat dialyse helemaal niet beschikbaar zou zijn.

Waar verzoekster kritiek levert op de hoge kosten van de behandeling, kan gewezen worden op arrest nr. 115.720 d.d. 16 december 2013 van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen waarin oordeelde, waarin geoordeeld werd als volgt:

"In zoverre verzoekers met hun verwijzing naar een mogelijke-kost van de medicatie trachten aan te tonen dat de beslissing in strijd zou zijn met artikel 3 van het EVRM, herhaalt de Raad dat het EHRM inzake medische dossiers een zeer hoge lat hanteert alvorens tot een schending van artikel 3 van het EVRM te besluiten. Uit de voormeld geciteerde rechtspraak van het EHRM blijkt dat het feit dat de medicatie moeilijk kan verkregen worden of slechts tegen betaling door de betrokkene niet automatisch leidt tot een schending van artikel 3 van het EVRM (EHRM 21 mei 2008, N. t. het Verenigd Koninkrijk, nr. 26565/05)."

Ook in arrest nr. 73.032 d.d. 11 januari 2012 stelde de Raad m.b.t. de kosten van de medische zorgen het volgende: "(...) Volgens het Hof kan artikel 3 van het EVRM niet beschouwd worden als een verplichting voor de verdragspartijen om de ongelijkheden tussen landen op vlak van medische voorzieningen te overbruggen door het voorzien van gratis en onbeperkte gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen. (...) Rekening houdende met de rechtspraak van het EHRM kunnen verzoekers met het argument dat de medische zorgen in de praktijk niet gratis zijn, geen schending van artikel 3 EVRM aannemelijk maken. (...) "

Waar verzoekster stelt dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in Rwanda betwijfeld kan worden en hiervoor verwijst naar allerlei artikelen, dient te worden opgemerkt dat het geenszins vereist is dat het kwaliteitsniveau van de zorgen in Rwanda vergelijkbaar moet zijn met het systeem dat in België bestaat. Het tegendeel wordt door verzoekster niet aangetoond. Het arrest nr. 10486/10 d.d. 20 december 2011 *^YOH-EKALE MWANJE t/België^* van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens handelde over een seropositieve vrouw, waarbij de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen in Kameroen dienden te worden beoordeeld. Het Hof stelde dat uit het dossier kon worden afgeleid dat de voor verzoekster nodige medicamenten in Kameroen beschikbaar zijn, doch dat hun toegankelijkheid slechts bepaald werd op 1.89% van de patiënten die ze nodig hebben. Desalniettemin, op basis van deze vaststellingen, concludeerde het Hof dat dergelijke omstandigheden niet volstaan om tot een schending van artikel 3 EVRM te besluiten. Het Hof stelde verder dat verzoekster niet in een kritische situatie verkeert en in staat is om te reizen.

Het tweede middel is ongegrond."

3.3. In een tweede middel voeren de verzoeksters onder meer de schending aan van de materiële motiveringsplicht, de zorgvuldigheidsplicht en artikel 3 van het EVRM.

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

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

Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

3.3.1. Zoals blijkt uit de stukken van het administratief dossier, werd aan de verzoeksters op 18 juli 2014 een tijdelijke machtiging tot verblijf toegekend op grond van de op 26 maart 2012 ingediende aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

De gemachtigde heeft zijn beslissing tot toekenning van een tijdelijk verblijf van één jaar van 18 juli 2014 als volgt gemotiveerd:

"Ik heb de eer u mee te delen dat de voornoemde personen naar aanleiding van de regularisatieaanvraag bij onze diensten per aangetekend schrijven ingediend op 26.03.2012, 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, en in toepassing van artikel 13 van de wet van 15 december 1980, gewijzigd door artikel 12 van de wet van 15 september 2006, gemachtigd wordt tot een verblijf van één jaar vanaf de afgifte van de documenten.

Bijgevolg verzoek ik u betrokkenen in het vreemdelingenregister in te schrijven en het bewijs van inschrijving in dat register af te geven geldig voor de duur van 12 maanden.

Het BIVR moet het volgende vermelden: "tijdelijk verblijf".

De tijdelijke verblijfsvergunning wordt toegestaan omwille van de in hun aanvraag ingeroepen gezondheidsredenen en betreft Mevr G., Y.

Ten laatste de 30ste dag (= 1 maand) voor de vervaldatum van de verblijfsvergunning dienen betrokkenen via de Burgemeester van de verblijfplaats een verzoek tot verblijfsverlenging te richten, voorzien van volgende bewijsstukken:

Voorwaarden voor G. Y. :

- Een recent standaard medisch getuigschrift opgesteld conform het model vereist door Art.9ter §1 van de wet van 15.12.1980 en gepubliceerd in bijlage bij het KB van 24.01.2011 tot wijziging van het KB van 17.05.2007 en andere medische rapporten, die de evolutie van de ziekte + haar graad van ernst alsook de noodzakelijke behandeling preciseren. Het standaard medisch getuigschrift mag niet ouder zijn dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag tot verblijfsverlenging; zo niet zal uw betreffende aanvraag geweigerd worden.
- Indien de asielpprocedure afgesloten is, een geldig internationaal erkend en door de nationale overheden afgeleverd reisdocument/paspoort

Bijkomende voorwaarden voor M., P. :

- Indien de asielpprocedure afgesloten is een geldig internationaal erkend en door de nationale overheden afgeleverd reisdocument/paspoort
- Samenwoonstverslag van de hele familie
- Een geldige arbeids- of beroepskaart en het bewijs van effectieve en recente tewerkstelling
-

DE VERLENGING van het TIJDELIJKE verblijf zal onderworpen worden aan een medische herevaluatie en aan een voorafgaand akkoord door de Medische Sectie van de Dienst Humanitaire Regularisaties (F 02 274 66 71)."

Op 2 juni 2015 vragen de verzoeksters de verlenging van deze tijdelijke verblijfsmachtiging aan. Deze verlenging wordt hen met de thans bestreden beslissing geweigerd, hiertoe uitdrukkelijk verwijzende naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 augustus 2015, dat aan de verzoeksters werd ter kennis gebracht tezamen met de bestreden beslissing. De inhoud van dit advies maakt zodoende integraal deel uit van de motieven van de bestreden beslissing.

Het voornoemde advies van 26 augustus 2015 is als volgt gemotiveerd:

"Graag kom ik terug op uw vraag tot herevaluatie van het medisch dossier voorgelegd door voornoemde persoon in het kader van een aanvraag tot verlening van de verblijfsmachtiging.

Er werd reeds eerder advies verleend door Dr. Strale d.d. 11/07/2014. Betrokkene leed/lijdt aan een chronische nierinsufficiëntie stadium 5 met secundaire hyperparathyroïdie. De verblijfsmachtiging werd toegekend alleen omdat een levende donor beschikbaar was, met name de moeder. Dr. Strale verklaarde "Gezien de mogelijkheid bestaat tot een transplantatie van een levende donor (de moeder), wordt de verblijfsmachtiging toegekend."

Hiervoor maak ik gebruik van de attesten die ons werden bezorgd sinds het vorig advies:

- Het medisch attest d.d. 13/05/2015 van Prof. Dr. K. Van. Hoeck en Prof. Dr. D. Trouet, kindernefrologie, Universitair Ziekenhuis te Antwerpen;

Actuele aandoening met behandeling:

- Betrokkene lijdt aan een chronische nierinsufficiëntie die wordt behandeld met peritoneaaldialyse. Ze staat op de wachtlijst voor een niertransplantatie. Gezien het feit dat zij relatief veel antistoffen in het bloed heeft en bloedgroep 0 positief is, maakt dat het aanbod voor niertransplantatie voor haar beperkt is. Ze verblijft sinds 2011 in België met deze aandoening. De oorzaak van de nierinsufficiëntie is een nefrectomie links (dit is een verwijdering van de linker nier) na trauma en recurrenente tubulo-interstitiële

fibrose en atrofie van de rechter nier (dit is verschrompeling en functieverlies). In 2012 gleed ze af naar stadium 5 met een glomerulaire filtratie rate van 13 ml/min. Onder de 20 ml/min is dialyse aangewezen. In 2014 werd semidringend chronische peritoneaaldialyse opgestart. Zij doet thuisdialyse 's nachts. Gelukkig zijn er geen bloedafwijkingen buiten de hypocalciëmie tgv de hyperparathyroidie. Zij moet Vit D innemen. Zij neemt D-cure 25.000 om de 2 weken (...) en 1-alpha Leo van 1.5. microgram (...). Hematologisch en nutritioneel is ze stabiel en de vitale parameters zijn in orde.

De behandelende artsen verklaren dat "gezien patiënte helemaal afhankelijk is van haar mama, een levende donortransplantatie met mama niet aan de orde is". Nochtans was deze levende donortransplantatie de enige reden waarom betrokkene een tijdelijke verblijfsvergunning kreeg in 2014. Als er nu werd beslist deze niet uit te voeren, dan kan betrokkene in Rwanda volledig verder opgevolgd worden (zie beschikbaarheidsinfo). Dialyse is een valabele behandeling bij nierinsufficiëntie. Een niertransplantatie (via een levende donor of via een cadavernier) kan een blijvende oplossing bieden mits er levenslang medicatie wordt genomen tegen de mogelijke afstoting. Een niertransplantatie houdt ook risico's in. Transplantatie via levende donor werd afgevoerd. Transplantatie van een cadavernier blijft een mogelijkheid maar omwille van de bloedgroep van betrokkene en andere minder gunstige parameters, zal betrokkene niet snel een vervanger kunnen krijgen; Ik beschouw nierdialyse als een valabele behandeling en ik beschouw een transplantatie niet als een noodzakelijke ingreep. De aandoening verhindert betrokkene niet te reizen. Mantelzorg is niet vereist. De vraag stelt zich naar de behandelingsmogelijkheden in Rwanda.

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:
 - o Van lokale artsen die in het land van herkomst werken van 14/08/2015 met uniek referentienummer 7136
 - o Van lokale artsen die in het land van herkomst werken van 18/04/2013 met unie referentienummer 3280.

Hieruit blijkt dat opvolging mogelijk is door:

- Een nefroloog of een internist in:
 - o King Faisal Hospital Po Box 2534 te Kigali, Rwanda
 - o Kigali University Teaching Hospital te Kigali Po Box 655, Rwanda
 - o Butare University Teaching Hospital in Huye, South Province, Po Box 254 Butare, Rwanda.
 - o Rwanda Military Hospital in Kigali po Box 3377 Rwanda
- Hemodialyse is mogelijk in:
 - o King Faisal Hospital Po Box 2534 te Kigali, Rwanda
 - o Butare University Teaching Hospital in Huye, South Province, Po Box 254 Butare, Rwanda
- Peritoneaaldialyse is mogelijk in:
 - o King Faisal Hospital Po Box 2534 te Kigali, Rwanda

In het King Faisal Hospital worden de zorgen verleend door een nefroloog met hemo- en peritoneaaldialyse en een posttransplantatie kliniek ter opvolging. Het is volledig functioneel zonder problemen met de bevoorrading van het materiaal.

De medicatie die betrokkene neemt is beschikbaar. (...) "

Alle medicijnen die men nodig zou kunnen hebben bij chronische nierinsufficiëntie zijn beschikbaar, ook al heeft betrokkene deze medicijnen op dit ogenblik niet nodig (...)

Toegankelijkheid van de zorgen in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. 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 het land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager. Uit de rechtspraak van het EHRM blijkt dat de kosteloosheid van de medische behandeling geenszins een vereiste is en dat zelfs al zou er een aanzienlijke kost zijn voor verzoekers, zulks er geenszins toe leidt dat dit strijdig zou zijn met artikel 3 E.V.R.M. (zie arrest nr. 26.565/05 van 27 mei 2008 van het EHRM, de zaak N. vs. het Verenigd Koninkrijk.). Aangaande de kosten van de medische zorgen oordeelde het EHRM eerder al als volgt: "(...) Volgens het Hof kan artikel 3 van het EVRM niet beschouwd worden als een verplichting voor de verdragspartijen om de ongelijkheden tussen landen op vlak van medische voorzieningen te overbruggen door het voorzien van gratis en onbeperkte gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen. (...) Rekening houdende met de rechtspraak van het EHRM kunnen verzoekers met het argument dat de medische zorgen in de praktijk niet gratis zijn, geen schending van artikel 3 EVRM aannemelijk maken.(...)"(Arrest RVV nr. 81574 van 23 mei 2012)

Over het algemeen beschikken de gezondheidscentra in Rwanda overal geneesmiddelen die opgenomen zijn in de lijst van belangrijke geneesmiddelen van de WGO. Voor het grootste deel zijn het generieke geneesmiddelen. Aanzienlijke vooruitgang is de laatste jaren geboekt wat de uitbreiding van de sociale zekerheid betreft. Voor de hele bevolking werd een verplichte ziekteverzekering ingevoerd (92% van de bevolking is gedekt door een nationale ziekteverzekering) en er zijn ondersteunende maatregelen genomen voor het oprichten van ziekenfondsen in het hele land. Het gezondheidsnetwerk in Rwanda wordt als toereikend beschouwd, aangezien 75% van de bevolking op minder dan 5 km en 85% op minder dan 15 km van een gezondheidsinstelling woont. Met het oog op het "verhogen van het aantal personen dat bij een gezondheidsmutualiteit aangesloten zijn heeft de Rwandese regering grote inspanningen geleverd op het gebied van constructie van ziekenhuizen, kraamklinieken en gezondheidscentra": "volgens het activiteitenverslag van de regering, dat op de site van het kantoor van de Rwandese premier gepubliceerd werd, werden tussen 2003 en 2009 8 nieuwe ziekenhuizen, 75 gezondheidscentra en 2 kraamklinieken gebouwd. Volgens dezelfde bronnen werden de gezondheidsdiensten met meer dan 10.300 ambtenaren versterkt. In 2003 was er in Rwanda 1 arts voor 50.000 bewoners, in 2009 was er 1 arts voor 18.000 bewoners".

Betrokkene haar moeder, M. P., legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Overigens lijkt het ook erg onwaarschijnlijk dat betrokkene in Rwanda geen familie, vrienden of kennissen meer zouden hebben bij wie zij terecht zouden kunnen voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar/ of voor (tijdelijke) financiële hulp.

Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient nogmaals verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk verkregen kan worden door de betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het E.V.R.M. (Arrest RVV nr. 81574 van 23 mei 2012)

Concluderend kan gesteld worden dat de nodige zorgen toegankelijk zijn in Rwanda. Bij terugkeer zullen voorafgaandelijk de nodige afspraken gemaakt moeten worden om de continuïteit van de zorgen te garanderen. De zieke lijdt niet op zodanige wijze aan een aandoening dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Rwanda.

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

De arts-adviseur stelt in eerste instantie, met verwijzing naar het advies van zijn collega Dr. S. van 11 juli 2014, aldus dat de tijdelijke verblijfsmachtiging alleen werd toegekend omdat een levende donor beschikbaar was, met name de eerste verzoekster. De verzoeksters brengen hiertegen in dat de aanvraag aanvankelijk gegrond werd verklaard, zodat de ernst van de pathologie en de contra-indicatie van terugkeer naar Rwanda in de zin van artikel 9ter van de vreemdelingenwet werden erkend, daar

waar thans de verlenging van de verblijfsmachtiging wordt geweigerd door een onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst. De verzoeksters voeren aan dat de medische toestand van de tweede verzoekster niet wijzigde en dat zulks ook niet wordt betwist, maar dat wel het voorstel tot behandeling door haar behandelende artsen werd gewijzigd, met name werd overgegaan van de goedkopere oplossing van een levende donortransplantatie naar een "dure" en tijdelijke oplossing van de dagelijkse peritoneaaldialyse. De verzoeksters menen dat de ambtenaar-geneesheer zijn stelling wijzigt waar hij thans stelt dat een transplantatie geen noodzakelijke ingreep is, terwijl tevoren wel op deze basis een verblijfsmachtiging werd toegekend. Zij benadrukken tevens dat de tweede verzoekster zonder deze dagelijkse dialyse in een coma zal belanden en zal overlijden.

Dienaangaande merkt de Raad vooreerst op dat het advies van de ambtenaar-geneesheer van 11 juli 2014, waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst in zijn advies van 26 augustus 2015 dat werd uitgebracht in het kader van de aanvraag tot verlenging van de tijdelijke verblijfsmachtiging, zich in het administratief dossier bevindt. Het advies is als volgt – in het Frans – gemotiveerd:

"Je reviens à votre demande d'évaluation du dossier médical présenté par la personne susmentionnée dans le cadre de sa demande d'autorisation de séjour introduite auprès de nos services en date du 26.03.2012.

Me référant à votre question, je peux vous informer :

Histoire clinique

(...)

24.06.2014 : rapport de consultation de néphrologie pédiatrique des Prs. K. VAN HOECK et D. TROUET : insuffisance rénale préterminale dont l'anémie est traitée par fer et Aranesp, l'hyperparathyroïdie par vitamine D et 1-alpha leo. Un traitement par dialyse péritoneale ou hémodialyse est envisagé ou une transplantation à partir d'un donneur vivant.

Pathologies actives actuelles

*Insuffisance rénale chronique stade 5 en attente de transplantation.
Hyperparathyroïdie secondaire.*

Traitement actif actuel

*D-cure (colecalférol – vitamine D3 – hyperparathyroïdie).
1-alpha leo (alfacalcidol – vitamine D – hyperparathyroïdie).
Bicarbonat de sodium (agent alcalinisant – acidose métabolique).
Aranesp (darbépoéline – érythropoïétine – médicament de l'hématopoïèse – anémie rénale).
Fer (minéral – anémie)*

Suivi néphrologique et transplantation.

Capacité de voyager

Pas de contre-indication médicale à voyager.

Disponibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Vu la possibilité d'une greffe à partir de donneur vivant (sa maman), le séjour est accordé.

Accessibilité des soins et du suivi dans le pays d'origine

Vu la possibilité d'une greffe à partir de donneur vivant (sa maman), le séjour est accordé.

Conclusion

La maladie présente temporairement un risque pour la vie ou l'intégrité physique et bien que la transplantation rénale soit réalisée au King Faisal Hospital de Kigali depuis 2010, une transplantation à partir de donneur vivant est réalisable dans l'immédiat chez nous.

Les certificats médicaux fournis permettent d'établir que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne momentanément un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique de telle sorte que, d'un point de vue médicale, un retour dans le pays d'origine ou de provenance est momentanément contre-indiqué en vue de pratiquer une transplantation rénale à partir d'un donneur vivant."

Echter blijkt uit de stukken van het administratief dossier dat de gemachtigde in zijn beslissing van 18 juli 2014, waarbij de verzoeksters werden gemachtigd tot een verblijf van één jaar, geheel niet naar dit advies van de ambtenaar-geneesheer verwijst waar hij stelt dat *"De tijdelijke verblijfsvergunning wordt toegestaan omwille van de in hun aanvraag ingeroepen gezondheidsredenen en betreft Mevr. G., Y."* Evenmin blijkt dat het advies van 11 juli 2014 aan de verzoeksters werd ter kennis gebracht. Voor zover uit dit advies al zou kunnen worden opgemaakt dat de tijdelijke verblijfsmachtiging werd toegekend om de enkele reden dat een levende donor (de eerste verzoekster) beschikbaar was, dient dan ook te worden vastgesteld dat dit geenszins op ondubbelzinnige wijze blijkt uit de beslissing waarbij de verzoeksters tot een tijdelijk verblijf werden gemachtigd. Hieruit blijkt immers dat deze machtiging werd toegekend omwille van de ingeroepen *"gezondheidsredenen"*, waaruit de verzoeksters dus bij gebrek aan enige andere redengeving geenszins konden afleiden dat de verblijfsmachtiging werd toegekend omwille van de vooropgestelde behandeling, met name een transplantatie met een levende donornier. In tegendeel lijkt de term *"gezondheidsredenen"* eerder te slaan op de ernst van de pathologie.

Verder dient te worden vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 26 augustus 2016 de vaststellingen van zijn collega in het eerder verleende advies van 11 juli 2014 niet correct heeft beoordeeld wanneer hij uit dit advies afleidt dat de verblijfsmachtiging *"alleen"* werd toegekend omdat een levende donornier beschikbaar was, met name die van de eerste verzoekster. In het hierboven geciteerde advies van 11 juli 2014 concludeert de ambtenaar-geneesheer immers in de eerste plaats dat de tweede verzoekster leed aan een ziekte die van die aard is dat zij op dat moment een reëel risico inhield voor haar leven of haar fysieke integriteit (*"que l'intéressée souffre d'une maladie dans un état tel qu'elle entraîne momentanément un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique"*) en dat bijkomend wordt gesteld dat daarom een terugkeer naar het land van herkomst tijdelijk niet aangewezen is in het licht van een transplantatie met een levende donornier (*"de telle sorte que, d'un point de vue médicale, un retour dans le pays d'origine ou de provenance est momentanément contre-indiqué en vue de pratiquer une transplantation rénale à partir d'un donneur vivant"*). De ambtenaar-geneesheer heeft zich dus in de eerste plaats uitgesproken over de ernst van de aandoening, in die zin dat zij *"momenteel"* een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van de tweede verzoekster, en heeft hier louter aan toegevoegd dat een terugkeer naar het land van herkomst *"momenteel"* niet aangewezen is met het oog op een transplantatie met een levende donornier die in de nabije toekomst in België kan worden gerealiseerd (*"une transplantation à partir de donneur vivant est réalisable dans l'immédiat chez nous"*) waarbij hij evenwel uitdrukkelijk erkent dat de transplantatie ook realiseerbaar is in een ziekenhuis in Kigali, Rwanda (*"bien que la transplantation rénale soit réalisée au King Faisal Hospital de Kigali depuis 2010"*).

Zoals de verzoeksters pertinent opmerken wordt de ernst van de pathologie in het thans verstrekte advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 augustus 2015 nogmaals bevestigd daar nog steeds wordt vastgesteld dat de tweede verzoekster lijdt aan een chronische nierinsufficiëntie. Bovendien blijkt uit de stukken van het administratief dossier dat de pathologie op dat moment nog ernstiger was. Immers spreekt het meest recente medisch attest dat voorlag ten tijde van het advies van de ambtenaar-geneesheer van 11 juli 2014 (attest d.d. 24 juni 2014) van een *"preterminale"* nierinsufficiëntie terwijl in het medisch attest van 13 mei 2015 dat werd neergelegd ter ondersteuning van de aanvraag tot verlenging van de verblijfsmachtiging een *"terminale"* nierinsufficiëntie wordt geattesteerd.

In het voormelde attest van 24 juni 2014, waarnaar in het advies van de ambtenaar-geneesheer van 11 juli 2014 uitdrukkelijk wordt verwezen en dat zich in het administratief dossier bevindt, wordt voorts het volgende gesteld:

"Omdat nierfunctievervangende therapie nu toch wel erg noodzakelijk wordt, bespreken wij de verschillende opties. In eerste instantie is er de goedkopere vorm (voor de maatschappij) met thuis

peritoneaaldialyse. Dit levert ook meer mogelijkheden op om een normale scholing te volgen. Ze leven in een tweekamerappartement met 2 mensen, dus dat zou net kunnen indien de sanitaire voorzieningen zoals een voldoende ruimte om het dialysemateriaal te stockeren, ruimte om een steriel veld klaar te maken en mogelijkheid om de handen te wassen in de kamer, aanwezig zijn. Het alternatief van de duurdere hemodialyse met 3 sessies van 4 uur tijdens de kantooruren in het ziekenhuis spreken haar minder aan. Er is natuurlijk ook de pijnlijke procedure van het aanprikken van een dialysefistel.

Er wordt haar ook uitgelegd dat wanneer we geen nierfunctievervangende therapie starten, haar spieren gewichtsverlies zal doorzetten. Vermoeidheid zal toenemen, zodat slapen overdag ook noodzakelijk wordt en schoolverlet haar verder ontwikkeling en zelfstandigheid compleet zal beletten. Zij zal volledig afhankelijk worden van steun.

Uiteraard wordt de mogelijkheid om deze zorg te kunnen en mogen uitvoeren afhankelijk van de beslissing van de overheid om dit te financieren. In dat kader breng ik opnieuw de bemerking dat de financiering voor een levende donortransplantatie goedkoper is.

Gezien de hoogdringendheid wordt het starten van nierfunctievervangende therapie nu toch vastgelegd op 01/08/2014, waarna een chronische behandeling kan starten om gewichtstoename en betere algemene toestand te verkrijgen."

In het daaraan voorafgaande medisch attest van 11 maart 2014, waarnaar eveneens wordt verwezen in voormeld advies van 11 juli 2014, wordt het volgende gesteld:

"Meisje met afglijdende nierfunctie, waarvoor nu toch nierfunctievervangende therapie moet worden gepland. Mama is als potentiële nierdonor met een vermageringsprogramma bezig en heeft de geschatte BMI bereikt. Zij zal zich opnieuw aanbieden bij dr. M. H. als potentiële donor. Gezien hun onzeker verblijfsstatuut, worden vraagtekens gezet bij de wenselijkheid van een levende donorprocedure.

Om hier een gewogen beslissing te kunnen nemen, verwijs ik graag naar het laatste symposium over levende donortransplantatie aan de UA, waarbij de volgende kostenschattingen vanuit een Leuvense studie werden gedocumenteerd.

1 jaar dialyse als nierfunctievervangende therapie kost de maatschappij (ziektekostenverzekering ofwel OCMW) 50 000 € per jaar.

Wanneer patiëntje dialyse als levensreddende therapie nodig heeft, komt ze gezien haar verblijfsstatuut niet in aanmerking om op de Eurotransplantwachtlust te fungeren en is ze vertrokken voor ettelijke jaren nierfunctievervangende therapie aan deze kostprijs van 50 000 € per jaar.

Daarentegen bedragen de kosten om moeder als donor te laten fungeren voor zowel de maatschappij (RIZIV dan wel OCMW) een 12 914 €, waarin 10 jaar follow-up van de donor is verrekend.

De kostprijs voor de acceptor wordt geschat op 30 000 € in het eerste jaar en nadien 5 000 € per jaar aan medicatie en follow-up.

Dit betekent dat een levende donortransplantatie voor de gemeenschap (RIZIV dan wel OCMW) nog altijd veel lager uitvalt dan een dialysebehandeling en dit vanaf het eerste jaar. Het eerste jaar wordt 10 000 € uitgespaard; het daaropvolgende jaar 45 000 € per jaar aan medische uitgaven.

Bij dit meisje dat op latere leeftijd nierinsufficiënt is geworden, goed onderwijs ondergaat en ondanks deze ziekte toch zelfredzaamheid kan tonen en later een economisch actief leven zou kunnen leiden, is het dus ten zeerste aan te bevelen om een levende donortransplantatieprocedure voor te bereiden."

Het medisch attest van 13 mei 2015, dat werd voorgelegd ter ondersteuning van de aanvraag tot verlenging van de tijdelijke verblijfsmachtiging, bevat de volgende elementen:

"Huidige problematiek: Opvolging van een meisje met terminale nierinsufficiëntie, behandeld met peritoneaaldialyse. Ze staat op de wachtlust voor niertransplantatie.
(...)

In de zomer van 2014 kon conservatieve behandeling niet meer gerechtvaardigd worden en werd semidringend met levensreddende chronische peritoneaaldialyse gestart.
(...)

Bespreking en beleid: Meisje met terminale nierinsufficiëntie, goed onder behandeling met peritoneaaldialyse, behalve de endocriene comorbiditeit. Er is een belangrijke hyperparathyroïdie, waarvoor de vitamine D-suppletie moet aangepast worden. Hematologisch en nutritioneel is ze stabiel en ze is dus klaar om een niertransplantatie te ondergaan.

Omdat dit meisje helemaal afhankelijk is van haar mama, is een levende donortransplantatie met mama niet aan de orde.

(...) Wel moet zorg gedragen worden voor het feit dat ze geen nieraanbod met A31 en A33 mag accepteren. Ze heeft 8% virtuele antistoffen. De o-positieve bloedgroep maakt bovendien dat het aanbod voor haar beperkt is."

Waar in het onderhavige middel wordt aangevoerd dat de ernst van de pathologie niet is gewijzigd, doch enkel het voorstel van behandeling door van een "goedkopere" oplossing van de levende donortransplantatie over te gaan naar de "duurdere" doch tijdelijke oplossing van de peritoneaaldialyse, dient dan ook te worden vastgesteld dat dit steun vindt in de stukken van het administratief dossier. Immers worden in de attesten van 11 maart 2014 en 24 juli 2014 twee (drie) behandelingsmogelijkheden naar voor worden geschoven (een "goedkopere" levende donortransplantatie, een gevoelig duurdere peritoneaaldialyse thuis en een nog duurdere hemodialyse in het ziekenhuis) waarbij een voorkeur wordt geuit voor de goedkoopste behandeling, en wordt in het attest van 13 mei 2015 afgestapt van deze goedkopere behandeling omdat de tweede verzoekster volledig afhankelijk is van haar moeder en wordt geattesteerd dat de verzoekster. Zodoende wordt, in afwachting van een donornier via de wachtlijst voor niertransplantatie, de behandeling met dagelijkse peritoneaaldialyse thuis verdergezet. De verzoeksters kunnen tevens worden gevolgd waar zij stellen dat deze peritoneaaldialyse door de behandelende artsen enkel als een tijdelijke oplossing wordt naar voor geschoven en dat zij niet als een alternatief voor de transplantatie wordt gezien, nu in het attest van 13 mei 2015 op duidelijke wijze wordt geattesteerd dat de tweede verzoekster op de wachtlijst staat voor transplantatie en dat ze hematologisch en nutritioneel stabiel is en dus klaar om een niertransplantatie te ondergaan, waarbij evenwel wordt aangegeven dat het aanbod beperkt is. Het verweer in de nota met opmerkingen dat *"in tegenstelling tot wat verzoekster aanvoert, het niet de ambtenaar-geneesheer (is) die oordeelde dat de transplantatie voordien noodzakelijk was en thans niet meer, doch voorgaande betreft slechts een vaststelling op grond van de attesten die verzoekster zelf heeft overgemaakt"* kan dan ook niet overtuigen.

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer van 11 juli 2014, dat werd verleend voorafgaand aan het verlenen van de tijdelijke verblijfsmachtiging, blijkt eveneens dat de behandelende artsen toen reeds drie mogelijke behandelingsmethodes voorop stelden. De ambtenaar-geneesheer stelt immers uitdrukkelijk vast dat het medisch attest van 24 juni 2013 een behandeling met peritoneaaldialyse dan wel met hemodialyse ofwel een levende donortransplantatie in het vooruitzicht stelt (*"Un traitement par dialyse péritoneale ou hémodialyse est envisagé ou une transplantation à partir d'un donneur vivant."*). De Raad benadrukt dat dit medisch attest het meest recente is waarop het voormeld medisch advies is gebaseerd. Daar waar de ambtenaar-geneesheer bij het verlenen van de tijdelijk verblijfsmachtiging geheel voorbij gaat aan de in dit attest vooropgestelde mogelijkheid tot behandeling met dialyse (hemodialyse dan wel peritoneaaldialyse) en waar hij besluit dat de tweede verzoekster op dat moment lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar leven of fysieke integriteit en dat een terugkeer contra-geïndiceerd is omwille van de vooropgestelde levende donortransplantatie, getuigt de ambtenaar-geneesheer bij de evaluatie van de aanvraag tot verlenging van de tijdelijke verblijfsmachtiging in het advies van 26 augustus 2016 dan ook van een kennelijk onredelijk handelen waar deze verlenging weigert om reden dat de tweede verzoekster in haar land van herkomst op adequate wijze kan worden behandeld aangezien de medicatie en de behandeling met dialyse (peritoneaaldialyse dan wel hemodialyse) er voor haar beschikbaar en toegankelijk is.

De Raad wijst er op dat het aanvankelijk verlenen van de tijdelijke verblijfsmachtiging kadert in de toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, dat luidt als volgt:

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

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.

De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

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

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet voorziet derhalve in twee afzonderlijke situaties waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfsmachtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoont dat een terugkeer op zich naar het land van herkomst niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (cf. *Parl.St. Kamer*, 2005-06, nr. 2478/001, 34). Het betreft hier dus vreemdelingen *"die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst"* en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de vreemdelingenwet (*Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/008, 9). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd.

Aangezien beide toepassingsgevallen van artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet duidelijk naast elkaar staan, en gelet op de bewoordingen van het advies van de ambtenaar-geneesheer van 11 juli 2014 waarbij op dat moment een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de tweede verzoekster en een contra-indicatie met betrekking tot de terugkeer naar het land van herkomst worden weerhouden, dient derhalve te worden vastgesteld dat de verzoeksters aanvankelijk tot een verblijf werden gemachtigd op grond van het eerste toepassingsgeval van artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Dit toepassingsgeval staat volledig los van mogelijkheid tot het verkrijgen van een adequate behandeling (de beschikbaarheid en toegankelijkheid tot de zorgen) in het land van herkomst, hetgeen ook duidelijk werd veruitwendigd in het advies van 11 juli 2014 nu hierin niet op concrete wijze de beschikbaarheid van en de toegankelijkheid tot deze of gene behandeling in het land van herkomst werd onderzocht en de ambtenaar-geneesheer in tegendeel uitdrukkelijk erkende dat de transplantatie ook wordt aangeboden in het King Faisal ziekenhuis te Kigali.

Daar waar het niet ter betwisting staat dat de graad van ernst van de aandoening van de tweede verzoekster (chronische nierinsufficiëntie) thans – minstens – gehandhaafd blijft, kan de ambtenaar-geneesheer zijn advies bij de aanvraag tot verlenging van de verblijfsmachtiging dan ook niet op redelijke wijze gronden op de vaststelling dat de tweede verzoekster *"niet op zodanige wijze aan een aandoening (lijdt) dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het land van herkomst"* en finaal de aanvraag tot verlenging weigeren omdat niet is voldaan aan het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet, met name omdat de ziekte *"geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Rwanda"*. De Raad benadrukt hierbij nogmaals dat de twee toepassingsgevallen van artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet naast elkaar staan. Het betreft geenszins cumulatieve voorwaarden. De vaststelling dat aan één van beide toepassingsgevallen is voldaan is dan ook voldoende voor het verlenen van de verblijfsmachtiging. Wat betreft de vermelding in de conclusie van het advies van 26 augustus 2015 dat *"de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die een reëel risico inhoudt voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt"* dient dan ook te worden opgemerkt dat dit geen correcte toepassing is van artikel 9ter, §1 van de vreemdelingenwet nu het lijden aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit (eerste toepassingsgeval) geenszins afhankelijk wordt gesteld van de mogelijkheid tot het verkrijgen van een adequate behandeling. Deze laatste mogelijkheid dient in tegendeel slechts te worden onderzocht indien niet is voldaan aan het eerste toepassingsgeval en wanneer dus geen reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit wordt weerhouden. Enkel dan moet bijkomend worden onderzocht of de ziekte geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling met zich mee brengt wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.

Wat er ook van zij, ook al zou artikel 9ter van de vreemdelingenwet ruimte laten voor het vermengen van de twee toepassingsgevallen vermeld in artikel 9ter, §1, eerste lid van die wet, dan nog kan de

bestreden beslissing op grond van het advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 augustus 2015 niet overeind blijven.

Immers dient te worden vastgesteld dat de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 11 juli 2014 in toepassing van artikel 9ter, §1, vijfde lid van de vreemdelingenwet, op duidelijke wijze heeft erkend dat de tweede verzoekster lijdt aan een ziekte die een reëel risico voor haar leven of fysieke integriteit inhoudt en dat hij tevens heeft geoordeeld dat zij op dat moment niet kon terugkeren naar haar land van herkomst. Hierbij heeft de ambtenaar-geneesheer geen enkel onderzoek verricht naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van nierfunctievervangende therapie (dialyse) in het land van herkomst en dit omwille van de mogelijkheid tot behandeling via levende donortransplantatie in België. Bijgevolg dient de Raad samen met de verzoeksters vast te stellen dat de ambtenaar-geneesheer op dat moment de, in de hem toen voorliggende medische attesten vermelde, mogelijkheid tot behandeling door middel van nierdialyse (peritoneaal- dan wel hemodialyse) niet als valabel heeft beschouwd in het licht van de terugkeer van de tweede verzoekster naar haar land van herkomst. Daar waar het niet ter betwisting staat dat de graad van ernst van de aandoening van de tweede verzoekster (chronische nierinsufficiëntie) thans – minstens – gehandhaafd blijft, dient te worden vastgesteld dat het kennelijk onredelijk is om de behandeling met nierdialyse amper een jaar later, bij de aanvraag tot verlenging van de verblijfsmachtiging, wel als een valabele behandeling naar voor te schuiven en enige vorm van transplantatie niet als een noodzakelijke ingreep te beschouwen.

De Raad benadrukt nogmaals dat reeds ten tijde van het advies van 11 juli 2014 door de behandelende artsen twee opties voor behandeling werden voorgesteld: een goedkopere transplantatie (waarbij aan de transplantatie met een levende donor de voorkeur werd gegeven) en een duurder nierdialyse (peritoneaal- dan wel hemodialyse). De ambtenaar-geneesheer heeft er toen evenwel niet voor geopteerd om de vooropgestelde mogelijkheid tot nierdialyse als een valabele, alternatieve behandeling, te beschouwen voor de transplantatie. Het getuigt dan ook van kennelijke onredelijkheid in de beoordeling van het medisch dossier van de tweede verzoekster om pas bij de aanvraag tot verlenging van de verblijfsmachtiging één van de twee behandelingsmogelijkheden die reeds bij het toekennen van de verblijfsmachtiging waren vooropgesteld, met name nierdialyse, als een valabele behandeling naar voor te schuiven en de andere behandelingsmogelijkheid, met name transplantatie, niet als een noodzakelijke ingreep te beschouwen. Er valt immers niet in te zien waarom de reeds sinds maart 2014 vooropgestelde mogelijkheid van peritoneaaldialyse, één jaar na het verstrekken van het advies van 11 juli 2014 en het toekennen van de verblijfsmachtiging, opeens wel een valabel alternatief zou vormen terwijl de graad van ernst van de nierinsufficiëntie minstens ongewijzigd is gebleven. Dit klemmt des te meer daar de optie nierdialyse in het medisch attest van 24 juni 2014 - dit is het meest recente medisch attest dat door de ambtenaar-geneesheer werd in rekening genomen in zijn advies van 11 juli 2014 - en dus niet de optie levende donortransplantatie, wordt vooropgesteld als de behandeling die zal worden opgestart: *"Gezien de hoogdringendheid wordt het starten van nierfunctievervangende therapie nu toch vastgelegd op 01/08/2014"*.

De verzoeksters voeren terecht aan dat geen ernstig onderzoek is gevoerd naar de duurzame wijziging in de omstandigheden op grond waarvan de verblijfsmachtiging aanvankelijk werd toegestaan.

Een schending van de materiële motiveringsplicht is dan ook aangetoond.

3.3.2. Daarnaast merkt de Raad op dat de bestreden beslissing tevens getuigt van een onzorgvuldig onderzoek en een ondeugdelijke motivering waar, in verwijzing naar het advies van de ambtenaar-geneesheer, wordt besloten dat de tweede verzoekster niet langer lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit dan wel 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, zodat niet bewezen is dat de terugkeer een inbreuk uitmaakt op artikel 3 van het EVRM.

De verzoeksters voeren terecht aan dat het onderzoek naar de beschikbaarheid van en de toegankelijkheid tot de levensnoodzakelijke behandeling in het land van herkomst, ernstige tekortkomingen vertoont.

Wat dit middelenonderdeel betreft, wijst de Raad er op dat de verzoeksters tevens de schending aanvoeren van artikel 3 van het EVRM. Het onderzoek betreffende de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht als beginselen van behoorlijk bestuur, dient op dit punt dan ook te worden gevoerd in het licht van deze verdragsrechtelijke bepaling.

De verzoeksters betogen in wezen dat de ambtenaar-geneesheer zich in zijn advies baseert op algemeenheden en abstracte gegevens en dat de geciteerde bronnen met betrekking tot de toegankelijkheid tot nierdialyse in Rwanda geenszins zekerheid bieden dat de tweede verzoekster *in concreto* enige garantie heeft dat zij haar levensnoodzakelijke behandeling daadwerkelijk kan verkrijgen. De verzoeksters benadrukken eveneens dat het enige ziekenhuis waar zij blijkens het advies van de ambtenaar-geneesheer haar behandeling kan krijgen, het King Faisal ziekenhuis in Kigali betreft en dat dit ziekenhuis een privéinstelling is. Nogmaals wordt beklemtoond dat de nierdialyse voor de tweede verzoekster absoluut noodzakelijk is en dat zij zonder deze (dagelijkse) behandeling in een coma zal belanden en sterven.

Vooreerst dient te worden opgemerkt dat het levensnoodzakelijk karakter van de behandeling met nierdialyse door de verweerder niet wordt betwist. De ambtenaar-geneesheer stelt in zijn advies van 26 augustus 2015 overigens zelf vast dat de verzoekster lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt. Bovendien blijkt uit het in dit advies vermelde medisch attest van 13 mei 2015 dat de tweede verzoekster lijdt aan een terminale nierinsufficiëntie. De verzoeksters voeren dan ook terecht aan dat de tweede verzoekster haar behandeling absoluut niet mag onderbreken, op gevaar voor haar leven.

De Raad meent dat, gelet op het aanvankelijk toekennen van de medische verblijfsmachtiging en gelet op het niet-betwiste levensnoodzakelijke karakter van een ononderbroken behandeling ten tijde van de bestreden weigering tot verlenging van deze machtiging, een des te nauwkeuriger en concreter onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de behandeling in het land van herkomst dient te worden gevoerd. Zoals de verzoeksters terecht aanvoeren, betekent elke twijfel omtrent het effectief kunnen verkrijgen van de behandeling in het land van herkomst, immers het overlijden van de tweede verzoekster.

In het medisch advies van 26 augustus 2015, wordt het volgende gesteld met betrekking tot de beschikbaarheid van de behandeling 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:*
 - o *Van lokale artsen die in het land van herkomst werken van 14/08/2015 met uniek referentienummer 7136*
 - o *Van lokale artsen die in het land van herkomst werken van 18/04/2013 met unie referentienummer 3280.*

Hieruit blijkt dat opvolging mogelijk is door:

- *Een nefroloog of een internist in:*
 - o *King Faisal Hospital Po Box 2534 te Kigali, Rwanda*
 - o *Kigali University Teaching Hospital te Kigali Po Box 655, Rwanda*
 - o *Butare University Teaching Hospital in Huye, South Province, Po Box 254 Butare, Rwanda.*
 - o *Rwanda Military Hospital in Kigali po Box 3377 Rwanda*
- *Hemodialyse is mogelijk in:*
 - o *King Faisal Hospital Po Box 2534 te Kigali, Rwanda*
 - o *Butare University Teaching Hospital in Huye, South Province, Po Box 254 Butare, Rwanda*
- *Peritoneaaldialyse is mogelijk in:*
 - o *King Faisal Hospital Po Box 2534 te Kigali, Rwanda*

In het King Faisal Hospital worden de zorgen verleend door een nefroloog met hemo- en peritoneaaldialyse en een posttransplantatie kliniek ter opvolging. Het is volledig functioneel zonder problemen met de bevoorrading van het materiaal."

De ambtenaar-geneesheer heeft dus, wat de beschikbaarheid van de noodzakelijke behandeling en zorgen betreft, op basis van de in zijn advies vermelde MedCOI-documenten enkel weerhouden dat de tweede verzoekster kan worden behandeld met hemo- en peritoneaaldialyse in het King Faisal Hospital te Kigali dat volledig functioneel is zonder problemen met de bevoorrading van het materiaal. De overige

behandelingsmogelijkheid in het universitair ziekenhuis Butare te Huye, wordt terecht niet weerhouden. Immers blijkt uit het MedCOI-document van 14 augustus 2015 dat het King Faisal ziekenhuis de enige geneeskundige instelling is die volledig functioneel is, en waar het niet frequent voorkomt dat de benodigde materialen niet in voorraad zijn. Bovendien is het ook het enige ziekenhuis waar een nefroloog aanwezig is.

De verzoeksters voeren dan ook terecht aan dat de (geografische en financiële) mogelijkheid tot het verkrijgen van de levensnoodzakelijke zorgen beperkt is tot het King Faisal ziekenhuis te Kigali. De zeer algemene en abstracte uiteenzettingen omtrent de bouw van nieuwe ziekenhuizen, gezondheidscentra en kraamklinieken, is dan ook niet relevant voor de beoordeling in het geval van de tweede verzoekster. Bovendien blijkt geenszins uit het advies van de ambtenaar-geneesheer dat concreet werd onderzocht of de tweede verzoekster de mogelijkheid heeft om zich, bij terugkeer naar het land van herkomst, in de buurt van dit ziekenhuis te vestigen en of zij de mogelijkheid heeft om zich dagelijks naar dit ziekenhuis te verplaatsen. Evenmin werd op enige wijze rekening gehouden met het gegeven dat het King Faisal ziekenhuis een privékliniek is, hetgeen inderdaad blijkt de stukken van het administratief dossier (MedCOI d.d. 14.08.2015). De ambtenaar-geneesheer verwijst wel in algemene termen naar het verder uitbouwen van de nationale ziektekostenverzekering en de dekkingsgraad van de ziektekostenverzekering, doch hij onderzoekt in het geheel niet welke de daadwerkelijke nominale kosten zijn van de levensnoodzakelijke dialyse in het King Faisal ziekenhuis, noch wordt concreet nagegaan of de kosten van een doorlopende dialysebehandeling in de voormelde privékliniek te Kigali wel worden gedekt door deze of gene ziektekostenverzekering en evenmin heeft hij er zich van vergewist of de verzoeksters wel in aanmerking komen voor enige ziekteverzekering wanneer zij terugkeren naar het land van herkomst. Waar de ambtenaar-geneesheer stelt dat de eerste verzoekster kan werken om de kosten te dekken, en dat er waarschijnlijk ook financiële hulp kan worden verkregen van familie en/of vrienden, beperkt hij zich nogmaals tot loutere vaagheden en veronderstellingen. De verzoeksters kunnen worden gevolgd waar ze stellen dat het zeer onzeker is dat de eerste verzoekster, na een afwezigheid van vier jaar, onmiddellijk werk zal vinden in Rwanda, en dat ook financiële hulp van derden geen zekerheid is. De Raad is het met de verzoeksters eens dat *in casu* wel degelijk zekerheid moet worden geboden omtrent de financiële mogelijkheden van de verzoeksters om de nierdialyse, zonder onderbreking, te bekostigen. Het reëel risico op overlijden van de tweede verzoekster wanneer de behandeling niet onmiddellijk kan worden bekostigd in het land van herkomst, is immers op evidente wijze aanwezig. De verzoeksters voeren ook terecht aan dat de daadwerkelijke kosten moeten worden begroot en dat de ambtenaar-geneesheer niet op abstracte wijze kan verwijzen naar "de kosten" van de behandeling. Zonder een dergelijke concrete budgettering, waarbij wordt onderzocht welke precies de medische kosten zijn die de verzoeksters zelf moeten dragen, is het inderdaad onmogelijk om zich concreet uit te spreken over de vraag of de verzoeksters daadwerkelijk in de mogelijkheid zijn om de nierdialyse in het King Faisal ziekenhuis te Kigali te kunnen bekostigen.

De Raad stelt derhalve samen met de verzoeksters vast dat de ambtenaar-geneesheer zich niet positioneert ten aanzien van de concrete mogelijkheid voor de tweede verzoekster om de levensnoodzakelijke zorgen te kunnen ontvangen, zijnde de effectieve en directe mogelijkheid om de nodige financiële middelen te verwerven in het land van herkomst, het daadwerkelijke kostenplaatje van een dagelijkse nierdialyse, de mogelijkheid om op een geringe afstand van het King Faisal ziekenhuis te wonen, de concrete mogelijkheid tot het bekomen van een ziektekostenverzekering die zorgen in voormelde privékliniek dekt, enz. ...

Er dient te worden benadrukt dat, gelet op het niet-betwiste gegeven dat het onderbreken van de nierdialyse leidt tot het overlijden van de tweede verzoekster, de ambtenaar-geneesheer zich in zijn advies niet kan beperken tot de stelling dat *"Bij terugkeer (...) voorafgaandelijk de nodige afspraken gemaakt moeten worden om de continuïteit van de zorgen te garanderen"*. In dergelijke omstandigheden dient de ambtenaar-geneesheer, in het licht de risico's vermeld in artikel 9ter, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet, immers reeds in zijn advies zelf te onderzoeken of de continuïteit van de zorgen gegarandeerd is. Waar de ambtenaar-geneesheer deze beoordeling niet doet en ze vooruitschuift naar een onbepaalde datum *"bij terugkeer"*, dient te worden vastgesteld dat zijn besluit dat er vanuit medisch oogpunt geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland, getuigt van een verregaande onzorgvuldigheid en een kennelijk onredelijke motivering.

Het verweer in de nota met opmerkingen doet hieraan geen afbreuk. Waar de verweerder verwijst naar arresten van de Raad met betrekking tot de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM), dient te worden opgemerkt het Hof in zijn arrest nr. 41738/10 in de zaak Paposhvili t. België van 13 december 2016 in § 183 heeft gesteld dat ook *"situaties die de verwijdering*

inhouden van ernstig zieke vreemdelingen waar ernstige aanwijzingen voorliggen dat hij of zij, ook al ligt geen imminent risico op overlijden voor, een reëel risico loopt in geval van afwezigheid van een gepaste behandeling in de ontvangende staat of het gebrek aan toegang tot een dergelijke behandeling, op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van zijn of haar gezondheidstoestand resulterend in een intens lijden of in een betekenisvolle vermindering van de levensverwachting (eigen vertaling)” onder het toepassingsgebied van artikel 3 van het EVRM vallen. De Raad herhaalt dat het *in casu* niet betwist is dat de tweede verzoekster lijdt aan een terminale nierinsufficiëntie, waarvan het stopzetten van de behandeling onvermijdelijk zal leiden tot haar dood, en het evenmin betwist is dat de behandeling niet onderbroken mag worden.

Het EHRM oordeelde in de zaak Paposhvili verder als volgt:

“190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see Aswat, cited above, § 55, and Tatar, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see Karagoz v. France (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001; N. v. the United Kingdom, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and E.O. v. Italy (dec.), cited above)” (vrije vertaling: De autoriteiten moeten ook de mate waarin de persoon in kwestie werkelijk toegang zal hebben tot de zorg en de zorginstellingen in de ontvangende staat in overweging nemen. Het Hof stelt in dat kader vast dat het reeds eerder de toegankelijkheid tot zorg in vraag stelde (...) en verwees naar de verplichting om de kost van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk, en de afstand die moet afgelegd worden om toegang te krijgen tot de noodzakelijke zorg in overweging te nemen (...))”

Hieruit blijkt dat het thans voorliggende onderzoek van de ambtenaar-geneesheer niet voldoet aan de vereisten die het Hof in de zaak Paposhvili vooropstelt.

Uit hetgeen voorafgaat blijkt dat manifest onvoldoende onderzoek werd verricht naar de toegankelijkheid tot de levensnoodzakelijke medische zorgen in het land van herkomst. De motieven die zijn opgenomen in het advies van de ambtenaar-geneesheer van 26 augustus 2015, kunnen het besluit in de bestreden beslissing dat de tweede verzoekster niet lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst, niet naar redelijkheid verantwoorden.

Een schending van de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht is dan ook aangetoond.

3.3.3. Het tweede middel is, in beide besproken onderdelen, gegrond.

4. Kosten

Gelet op het voorgaande past het de kosten van het beroep ten laste te leggen van de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde tot weigering van de verlenging van de machtiging tot voorlopig verblijf, voordien toegestaan op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen van 15 september 2015, wordt vernietigd.

Artikel 2

De kosten van het beroep, begroot op 186 euro, komen ten laste van de verwerende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op zevenentwintig april tweeduizend zeventien door:

mevr. C. DE GROOTE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken.

Dhr. T. VALGAERTS,

toegevoegd griffier.

De griffier,

De voorzitter,



T. VALGAERTS



C. DE GROOTE