

Witboek over de machtiging tot verblijf om medische redenen (9ter)

*Voor een toepassing van de wet met respect voor de
mensenrechten van ernstig zieke vreemdelingen*

Partners:

Association pour le droit des étrangers (ADDE), Caritas International, Centre de référence SIDA du CHU de Charleroi, Centre de santé mentale EXIL, Centre de santé mentale Ulysse, Coordination et Initiative pour Réfugiés et Etrangers (CIRE), Institut des droits de l'Homme du barreau de Bruxelles, Ligue des droits de l'Homme (LDH), Médecins du Monde, Medimmigrant, Service des Maladies Infectieuses du CHU Saint-Pierre, Service de pédiatrie du CHU Saint-Pierre

Met de steun van:***Aidsreferentiecentra en diensten gespecialiseerd in HIV***

ULB Erasme Bruxelles, UCL CHU Dinant-Godinne, UCL Cliniques Universitaires Saint-Luc Brussel, CHU de Liège, UZ Gent, KUL UZ Leuven, UZ Brussel, IMT Antwerpen, Service de Maladies Infectieuses enfants/adultes du CHR de la Citadelle de Liège, AZ Sint-Jan Brugge-Oostende

Aidssector

Observatoire du sida et des sexualités, Association SIDA IST Charleroi-Mons, Plateforme Prévention SIDA, Nyampinga asbl, Libiki asbl, SIDA SOL, SIDA'SOS, Aide info SIDA ASBL, Espace P asbl, Ex-Æquo, Livhing, Merhaba, Conseil Positif, Sensoa, Alias asbl, Service de Santé affective, sexuelle et de réduction des risques (Province de Namur)

Medische sector

Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de santé francophones, Fédération Laïque de planification familiale, Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles asbl (FAMGB), Réseau Hépatite C, La Mass Bxl, Constat vzw, Free-Clinic, Fares en VRGT, Entr'Aide des Marolles vzw, Geneeskunde voor het Volk, Wijkgezondheidscentrum De Brug, Wijkgezondheidscentrum Medikuregem, Vereniging van Wijkgezondheidscentra, Expertisecentrum Kraamzorg, De Kraamvogel vzw, Brusselse Huisartsenkring (BHAK), Belgische Vereniging voor infectiologie en klinische microbiologie (BVIKM), Le Conseil bruxellois de coordination socio-politique (CBCS)

NGO's

AZG België, Amnesty International België, Platform Kinderen op de Vlucht, JRS Belgium, Nationaal Centrum voor Ontwikkelingssamenwerking (NCOS)

Ziekenhuisdiensten

Dienst gynaecologie / verloskunde UMC Sint-Pieter

Academische medische sector

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Département de médecine Générale de l'ULB, Faculté de médecine de l'ULB

Juridische sector

Syndicat des Avocats pour la Démocratie (SAD), Ordre des barreaux francophones et germanophone de Belgique (Avocats.be), Ordre français des avocats du barreau de Bruxelles

Publieke diensten

Kind&Gezin, Waals-Brabant

Sociale sector

AWSA.be, Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri AMA, Intact asbl, GAMS, SAMU SOCIAL, Transit ASBL, Aquarelle ASBL, Recht op Migratie, Gemeenschap van Sant'Egidio, Orbit, Orca, Bond Zonder Naam, Filet Divers, Solidariteit. eva, CAW Antwerpen, CAW Brussel, Meeting vzw, SIAL, Centre Social Protestant/Protestants Sociaal Centrum, SIREAS, La Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fedito), Service social de solidarité socialiste (SESO), Aide aux personnes déplacées, Cap migrants, Point d'appui, Espace 28, Vluchtelingenwerk Vlaanderen

Sector mentale gezondheidszorg

Ligue francophone bruxelloise de santé mentale, Fédération francophone des centres de santé mentale, Centre de santé mentale l'Adret, Centre « D'Ici et d'Ailleurs », Service de Santé mentale Le Norois, Fédération des Employeurs des Services de Santé Mentale Bruxellois, Le Méridien, Service de Santé Mentale Le Chien Vert asbl, Santé en exil, Réseau santé mentale en exil

Verantwoordelijke uitgever: Alexis Deswaef

Uitgave: 2016.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	7
Inleiding.....	14
I. De machtiging tot verblijf om medische redenen	18
1. Voorgeschiedenis van de machtiging tot verblijf om medische redenen	18
2. Wettelijk kader van de machtiging tot verblijf om medische redenen.....	19
2.1 Procedure bij de DVZ en de RvV	20
a) Ontvankelijkheidsonderzoek van de 9 ^{ter} -aanvraag....	20
b) Gegrondheidsonderzoek van de 9 ^{ter} -aanvraag	21
c) Hernieuwing van de verblijfstitel op grond van artikel 9 ^{ter}	22
d) Beroep tegen een weigeringsbeslissing van de 9 ^{ter} -aanvraag	22
2.2 Sociale rechten tijdens de procedure tot machtiging tot verblijf om medische redenen	24
3. Rechtspraak van het EHRM en nationale rechtspraak met betrekking tot het verbod op onmenselijke of vernederende behandelingen (artikel 3 EVRM) bij ernstig zieke personen.....	25
3.1 De beperkende rechtspraak van het EHRM.....	25
3.2 Het huidige standpunt van de RvS en de RvV	27
II. Praktijk van de Belgische autoriteiten op vlak van de machtiging tot verblijf om medische redenen.....	29
1. D., 30 jaar, Rwanda	29
2. Z., 7 jaar, Rusland.....	32
3. Sergei, 40 jaar, Rusland	34

4. Alexandra, 21 jaar, Ivoorkust	36
5. Adrien, 68 jaar, Burundi	39
6. L., 4 jaar en zijn mama mevrouw K., Guinee	42
7. Grace, 39 jaar, Tanzania	45
8. G., 35 jaar, Benin	48
9. Edi, 21 jaar, Oekraïne.....	51

III. Kritische analyse van de praktijk van de Belgische autoriteiten met betrekking tot de behandeling van de 9ter-aanvragen	54
1. Een overdreven formalisme in het onderzoek van de ontvankelijkheidsvoorwaarden van de 9ter-aanvraag.....	54
2. Een te strenge beoordeling van de “ernst” van de ziekte	57
3. Een onnauwkeurig onderzoek van de individuele situatie van de aanvrager en een ontoereikende motivatie van de weigeringsbeslissing	58
4. Een onderzoek naar de algemene beschikbaarheid van de zorgen en niet naar de daadwerkelijke toegankelijkheid ervan	62
5. Het ontbreken van een debat op tegenspraak bij de DVZ	64
6. De ondoeltreffendheid van het beroep bij de RvV	66
7. Het ontbreken van een globaal onderzoek van de situatie van de aanvrager	68
8. Het gebrek aan inoverwegingname van psychische en psychiatrische elementen	69
9. Een te streng onderzoek naar de evaluatie van de gezondheidstoestand op het moment van de hernieuwing van de machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter	72
10. De moeilijke toegang tot sociale rechten gedurende de 9ter-procedure	73
11. De niet-naleving van de medische deontologie	75
12. Het gebrek aan inoverwegingname van de belangen van de volksgezondheid.....	79
Besluit	81
Aanbevelingen.....	85
“Lijst met afkortingen” en “Bijkomende informatie”	87

Bijlagen	88
<i>Bijlage 1</i>	
<i>Cijfers omtrent de beslissingen over machtigingen tot verblijf om medische redenen</i>	88
<i>Bijlage 2</i>	
<i>Standaard medisch getuigschrift voorgeschreven door het koninklijk besluit van 24 januari 2011</i>	91
<i>Bijlage 3</i>	
<i>Advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren van 16 november 2013</i>	92
<i>Bijlage 4</i>	
<i>HIV, volksgezondheid en internationale verbintenissen</i>	95

VOORWOORD

Prof. Bob Colebunders

Universiteit Antwerpen

Emeritus Professor Instituut voor Tropische Geneeskunde

Prof. Nathan Clumeck

Emeritus Professor, Erediensthoofd Besmettelijke Ziektes UMC Sint-Pieter, Brussel

Wij, artsen, die gebonden zijn aan de eed van Hippocrates; moeten wij doof, blind, ongevoelig worden voor het lijden van de zieken die ons in vertrouwen nemen?

Aan welke regels moeten wij ons houden: aan een wet die zodanig geïnterpreteerd kan worden dat bureaucratische artsen een administratieve weigering kunnen nemen of aan onze ethiek die ons deontologisch gezien naast elke politieke beweegreden plaatst? De vraag stellen houdt in dat ze ook beantwoord moet worden.

In dit rapport worden verschillende schrijnende verhalen verteld over mensen die medische zorgen nodig hebben, die we zouden kunnen maar niet willen geven.

We kunnen heel goed de verontwaardiging begrijpen van onze collega's die dit dossier opstelden. Inderdaad zij zetten zich dagelijks in om het leed van deze mensen te verzachten, sommige werden door hen van een gewisse dood gered doordat levensreddende behandelingen werden gestart. Dit lijken verloren inspanningen te worden indien deze mensen terug naar hun land van herkomst worden gestuurd.

Men kan zich afvragen waarom wij deze mensen niet kunnen helpen?

Is het onbetaalbaar voor ons land? Gaan deze mensen onze gezondheidszorg in het gedrang brengen? Het antwoord is duidelijk neen. Kunnen we niet besparen in de gezondheidszorg door o.a. de overconsumptie van nutteloze geneesmiddelen en technische onderzoeken te beperken?

Hoe kunnen wij aanvaarden dat levensreddende medicatie zoals middelen voor de behandeling van aids en tuberculose niet gegeven

wordt aan mensen die bij ons verblijven? Het is ook in ons eigen belang dat iedereen in ons land van goede gezondheidszorg kan genieten zodat infectieziekten snel gediagnosticeerd en degelijk behandeld worden. Zo zullen deze ziekten zich ook bij ons niet verspreiden. Mensen met resistente infecties doorsturen, zonder efficiënte behandeling naar een ander land is op termijn ook gevaarlijk, want ooit keren deze infecties naar ons land terug.

Men kan zich ook afvragen waarom ons land aan ontwikkelingshulp doet maar de hulp ontzegt aan mensen met ernstige gezondheidsproblemen die in ons land leven. De overheid zegt vaak dat deze behandelingen ook beschikbaar zijn in het land van herkomst. Het kan inderdaad zijn dat op sommige plaatsen in het land van herkomst deze medicatie beschikbaar is, maar dit is vaak niet de aangewezen medicatie voor de patiënt en het is heel onwaarschijnlijk dat de persoon bij terugkeer aan de behandeling zal geraken.

Is het dat we deze mensen niet willen helpen omdat dit de vluchtelingstroom naar België verder zou gaan aanwakkeren? De laatste maanden hebben aangetoond dat de vluchtelingenstroom naar Europa vooral veroorzaakt wordt door oorlog en armoede in Afrika en het Midden-Oosten. Het is overduidelijk dat er op dit moment in Europa geen consensus bereikt wordt over de manier waarop deze toestroom kan ingeperkt worden en over de quota's die aan elk land opgelegd moeten worden. In afwachting mogen arme zieke mensen die in ons land leven maar het ongeluk hebben gehad in een ander land te zijn geboren niet het slachtoffer worden van een beleid dat als doel heeft de grenzen dicht te houden. Net zoals we geen mensen in nood in de Middellandse Zee mogen laten verdrinken, is het ethisch gezien onaanvaardbaar dat we levensreddende zorgen weigeren aan mensen die dit in hun land van herkomst evenmin kunnen krijgen.

Als besluit stellen we vast dat de redenen opgegeven door de administratie om deze personen terug te sturen naar hun land van herkomst van louter politieke aard zijn. Dit vloeit voort uit een beperkende interpretatie van de wet. Dit zorgt ervoor dat de patiënten die al gekenmerkt zijn door de vlucht op zich en armoede in moeilijkheden en gevaar terecht komen. Dit kunnen wij niet aanvaarden.

VOORWOORD

Benoit Dejemeppe

*Voorzitter van de Nationale Raad van de
Orde van Geneesheren*

Paul Martens

Emeritus voorzitter van het Grondwettelijk Hof

Op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 kan de minister of zijn gedelegeerde een ernstig zieke vreemdeling machtigen tot verblijf. Wanneer de wetgever artikel 9ter inlaste in de Vreemdelingenwet plaatste hij zich met deze demarche in een lange filosofische en religieuze traditie. Het is namelijk eigen aan alle volkeren en alle geloofsovertuigingen om op te komen voor de Andere, de vreemdeling, de ongelukkige, de zieke.

Een christen heeft als taak om de zwakkeren en zieken te steunen, (Handelingen 20:35), te genezen (1 Kor. 12:28) en te bezoeken: “Ik was ziek en jullie bezochten mij” (Matteüs 25:36); “Aarzel niet een zieke te bezoeken” (Jezus Sirach, 7:35).

Een moslim die een zieke bezoekt, baadt in de genade van God en kan de vruchten van het Paradijs oogsten totdat hij terugkeert (Abdur Rahman Meldi).

Het ziekenbezoek (*Bikkour Holim*) is één van de belangrijkste misvoth in het jodendom. De vrijmetselaar weet dat als hij ziek is, hij bezoek zal krijgen van de *Ziekenbroeder* van zijn loge (Wikipedia).

De wetgever hanteert een prozaïschere stijl dan die van de heilige boeken. Hij spreekt over de vreemdeling die “*op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze 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*”.

Hij verbreedt zo de universele plicht om een mens in nood te helpen. De wetgever schreef die plicht eerder al neer in artikel 422bis van het Strafwetboek. Hij herhaalt dus het recht van elke persoon om geholpen te worden in geval van ziekte. Dit recht vind je ook terug in alle basisteksten van onze democratie (artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van 1948; artikel 12 van het VN-Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten; artikel

34.1 en 35 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie).

Een tekst die juridische en medische overwegingen vermengt en tweemaal het begrip “reëel risico” bevat, leent zich tot interpretatie. Gelukkig kunnen we ons hiervoor richten tot een ingesteldheid die er altijd naar gestreefd heeft om de wet zo te lezen dat deze onze humanistische traditie niet verloochent. Daardoor zijn we ook in staat ons nationaal egoïsme te overstijgen. Artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) verbiedt onmenselijke of vernederende behandelingen. Daarom hadden wij gehoopt dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) een verduidelijkende interpretatie aan artikel 9^{ter} zou geven.

We hebben onze verwachtingen echter moeten bijstellen.

Het Hof heeft het nationale egoïsme gelijk gegeven en voorrang verleend aan andere waarden dan diegene die voornoemde teksten inspireerden.

Andere fundamentele rechten gegarandeerd door het Verdrag hebben een dwingend karakter. Toch bevatten ze bijna allemaal een tweede alinea met daarin een opsomming van de beperkingen waaraan ze onderworpen kunnen worden. Maar artikel 3 EVRM bevat geen enkele beperkingsgrond. Artikel 15, §2 EVRM verbiedt elke afwijking van artikel 3. Bovendien heeft het Hof herhaaldelijk gezegd dat het recht gewaarborgd door artikel 3 onaantastbaar is omdat het een waarde bevat die eigen is aan de mens.

Het ware moeilijk te beweren dat het recht om te leven in overeenstemming met de menselijke waardigheid herleid wordt tot een relatief, ondergeschikt, zwakker recht dan het recht van de Staten om de migratiestromen te beheersen. Het was ongemakkelijk op brutale wijze te breken met het verleden door het verbod van artikel 3 te onderwerpen aan een proportionaliteitstest wanneer het in concurrentie komt met “*het economisch welzijn van het land*”. Deze uitdrukking vinden we alleen terug in de tweede paragraaf van artikel 8 EVRM. Toch heeft deze passage de neiging om uit artikel 8 los te breken en binnen te dringen in het toepassingsgebied van alle tot hiertoe fundamentele rechten. Artikel 3 werd dan ook met het virus “*de graad van de ernst*” ingeënt. Dit artikel 3 werd impliciet beroofd van zijn doeltreffendheid en de toepassing ervan werd onderworpen aan een budgettaire verenigbaarheidstest.

Door de graad van de ernst te verhogen kon men ontkomen aan

het absoluut karakter van artikel 3. Nadat het Hof stelde dat (*vrije vertaling*) “het niet aan de Staten toekomt om de socio-economische verschillen en de ongelijkheden wat het niveau van de verzorging betreft, te verlichten”, heeft het geoordeeld dat (*vrije vertaling*) “een aanzienlijke vermindering van de levensverwachting van de vreemdeling niet voldoende is om een schending van artikel 3 uit te maken, zelfs niet indien een persoon teruggestuurd gaat worden naar een land waar de toegang tot medicatie onzeker is en het slechts aan 1,89% van de patiënten die er nood aan hebben, wordt toegekend, wat als gevolg heeft dat zijn levensprognose op korte termijn in het gedrang zal komen.” Het Hof vervolgt dat het niet uitmaakt “dat de zieke persoon vergezeld is van jonge kinderen die getuigen zijn van de achteruitgang van hun moeder en die het risico lopen om aan zichzelf overgelaten te worden in een land waar ze geen sociaal noch een familiaal netwerk hebben” (arresten N. tegen Verenigd Koninkrijk; Y. tegen België, S.J. tegen België).

Hiermee werd een halt toegeroepen aan de teleologische interpretatie waarmee het Hof ons in de richting van steeds meer rechten en vrijheden had geleid, gezien de bezorgdheid (*vrije vertaling*) “om niet te zwaar te wegen op de verdragsluitende Staten” (hogervermelde arresten) die zwaarder doorweegt dan het recht om een menswaardig leven te leiden. De budgettaire realiteit krijgt voorrang op humanitaire overwegingen (Julien-Laferiere). Het is (*vrije vertaling*) “een devitalisatie van de mensenrechten” (Jean-Pierre Marguenaud). Door te eisen dat de vreemdeling “zo goed als stervende” is opdat hij aan een repatriëring zou ontkomen, geeft men diegenen gelijk die de kranen van de “medische immigratie” willen dichtdraaien om zo te vermijden dat Europa “de ziekenboeg van de wereld” wordt. We hanteren nog altijd een doelgerichte interpretatie. Maar het doel is veranderd. Voortaan wantrouwen we kostbare vrijheden.

Wat hadden de Staten moeten doen? Moesten ze zich onderwerpen aan de Europese normen? Sommigen waren van mening dat ze zich moesten schikken naar de keuze van Straatsburg en dat de interpretatie van artikel 9^{ter} afgestemd moest worden op deze van artikel 3 van het Verdrag. We ondervonden dat men procedures verstrengde, aanvragen gestereotypeerd onderzocht en kwesties over nochtans fundamentele rechten van personen bureaucratiseerde. Deze praktijken werden op vooruitlopende wijze toegepast. De weigering

om iemand te repatriëren zou je alleen maar kunnen baseren op een naderende dood die je kan detecteren zonder tijd te verliezen met vergeefse onderzoeken.

Gelukkig was er in de zaak J.S. tegen België de “dissident opinion” van de Belgische rechter, die bijgetreden werd door de Duitse rechter. Hij verklaarde dat hij het arrest goedkeurde, alhoewel hij de graad van ernst die het Hof eist zeer hoog vond. Hij voegde er echter het volgende aan toe (*vrije vertaling*): “*artikel 53 van het Verdrag laat aan de Staten die partij zijn de mogelijkheid aan de personen die onder hun jurisdictie vallen een ruimere bescherming te bieden dan deze vereist door het Verdrag.*”

Vervolgens kwamen de arresten van 12 december 2014 waarin de algemene vergadering van de RvV de stelling verankerde dat artikel 9^{ter} een autonome draagwijdte heeft. De arresten verduidelikten dat artikel 9^{ter} niet de graad van ernst van Straatsburg vereist en dat het toegepast kan worden wanneer de verwijdering van de vreemdeling neerkomt op een veroordeling tot intens lijden indien hij niet kan genieten van verzorging in zijn land van herkomst. Zo kan België de voorkeur geven aan de ethiek boven het economische zelfs wanneer Europa het mogelijk maakt om het tegenovergestelde te doen.

Is de dreigende terugkeer naar een Straatsburgse graad van ernst voorgoed van de baan? Het valt af te wachten wat de RvS zal zeggen, wat de wetgever zal doen en wat het andere Europa zal beslissen. De immigratiekwesties worden meer en meer behandeld in Europese richtlijnen die onderworpen zijn aan de controle door het Hof in Luxemburg dat in een arrest met betrekking tot het Europees aanhoudingsmandaat het artikel 53 vrijwel buiten werking heeft gesteld om voorrang te kunnen geven aan het Europees recht (arrest Melloni van 26 februari 2013). In haar advies over de toetreding van de Europese Unie tot het EVRM heeft het Hof van Luxemburg herhaalt dat deze toetreding enkel mogelijk was mits het respecteren van deze voorrang, verwijzend naar het arrest Melloni.

Het valt te begrijpen dat een eenduidige interpretatie van de Europese regels noodzakelijk is op vlak van mededingingsrecht. Daar moet men vermijden dat een Lidstaat zich een oneerlijk voordeel toekent in de economische concurrentie. Maar is het werkelijk pertinent om deze vereiste ook in te voeren op het gebied van fundamentele rechten en individuele vrijheden? Moeten we in plaats daarvan de Staten niet vrij laten om trouw te blijven aan het

ideaal van rechtvaardigheid, solidariteit en menselijkheid dat het Hof van Straatsburg ons tot nu toe ingeprent heeft? Artikel 53 van het Verdrag laat immers toe dat elke Staat een ruimere bescherming biedt dan die vereist door het EVRM.

Dit witboek komt niets te vroeg. Ze herinnert ons aan wat er op het spel staat in de controverse over de interpretatie van artikel 9^{ter}. Ze beschrijft de afwijkingen die het artikel bedreigen en ze benadrukt de gevaren die een “*budgettering*” van artikel 9^{ter} inhoudt.

Laten we hopen dat het lezen van de tekst die volgt ertoe leidt dat de koers aangenomen door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen aangehouden blijft en ons behoedt voor een terugkeer naar de Straatsburgse interpretatie. We verwachten niet meer dat deze interpretatie nog zal veranderen ondanks het feit dat deze ook binnen het EHRM zelf bekritiseerd wordt.

Als deze Straatsburgse rechtspraak de overhand houdt, betekent dit niet alleen het einde van een interpretatiewijze die het Hof zelf bedacht heeft om, in de woorden van het Hof, (*vrije vertaling*) “*niet enkel theoretische of denkbeeldige, maar concrete en effectieve rechten*” te garanderen.

Dat zou ook een beschavingskentering betekenen.

INLEIDING

Hoe ziet de situatie eruit van ernstig zieke mensen die geen verblijfstitel (meer) hebben in België? Wat voorziet de Belgische wet? Op welke manier verzekert onze overheid zich ervan dat deze personen geen enkel risico voor hun leven lopen in geval van terugkeer naar hun land van herkomst? Wat is de impact, qua naleving van fundamentele rechten, van de bestaande administratieve procedures op ernstig zieke vreemdelingen?

Dit witboek is ontstaan vanuit **de bezorgdheid van verschillende organisaties en diensten** die doorheen hun dagelijkse werking regelmatig verbaasd zijn over de situatie van migranten met een ernstige ziekte, die niet adequaat verzorgd kunnen worden in hun land van herkomst en die geen machtiging krijgen om in België te verblijven om medische redenen.

De wet van 15 september 2006¹ heeft in de Belgische Vreemdelingenwet **een specifieke procedure ingevoerd die het vreemdelingen met een ernstige ziekte mogelijk maakt om een verblijfsmachtiging in België aan te vragen**. Deze procedure wordt voorzien door artikel 9ter van de Vreemdelingenwet².

Ook al heerst er bij de Belgische administratieve overheid de tendens om strenger te worden in de afgifte van machtigingen tot verblijf, toch dienen er ernstige vraagtekens geplaatst te worden bij de praktijk van de Dienst Vreemdelingenzaken (voortaan afgekort als DVZ) op vlak van de regularisatie om medische redenen. Diverse actoren in onze samenleving (verenigingen, advocaten, artsen) hebben reeds verscheidene gebreken moeten vaststellen in de manier waarop de 9ter-aanvragen momenteel behandeld worden. Bovendien blijft het aantal personen dat geregulariseerd wordt op basis van artikel 9ter dalen. Zo werden er **in 2013, op een totaal van 9010 door de DVZ afgesloten dossiers, slechts 148 verblijfsmachtigingen (1,6%)**

1 Wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, *BS*, 6 oktober 2006.

2 Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, *BS*, 31 december 1980 (Vreemdelingenwet genoemd).

afgeleverd³. De trend voor 2014 ziet er niet rooskleuriger uit⁴. Het leeuwendeel van de personen die lijden aan een ziekte die hun leven in gevaar brengt en die een 9^{ter}-aanvraag ingediend hebben, bekomt geen verblijfstitel en wordt uitgewezen naar hun land van herkomst waar niet de mogelijkheid bestaat om op een adequate wijze verzorgd te worden.

De wetgever heeft deze procedure de laatste jaren steeds strenger gemaakt onder het mom van het tegengaan van proceduremisbruik – zoals het door de administratieve overheid genoemd wordt –, wat een overbelasting van hun diensten veroorzaakte⁵. Deze misbruiken, die nooit in cijfers uitgedrukt of geanalyseerd zijn geweest, werden door de autoriteiten in het algemeen enkel verklaard door het grote aantal ingediende aanvragen en het lage aantal positieve antwoorden ten gronde. Er zijn echter andere materiële elementen die deze overbelasting kunnen verklaren. In hoofdzaak was er de afwezigheid van toereikende human resources die de administratieve overheid nodig had gedurende de eerste maanden na de totstandkoming van deze procedure. Dit heeft een achterstand met zich meegebracht die de DVZ niet weggewerkt kreeg⁶.

Vanuit de bezorgdheid om een goede werking van de administratieve overheid te kunnen verzekeren, heeft de wetgever willen herinneren aan het uitzonderlijk karakter van de regularisatie om medische redenen en aan het voorbehouden van deze procedure

3 148 machtigingen tot verblijf waarvan 129 tijdelijke en 19 definitieve; dit komt neer op 225 personen. Zie Activiteitenrapport 2013 van de Dienst Vreemdelingenzaken, p. 67.

4 DVZ, Statistisch jaarverslag 2014, p. 29.

5 Zaverio Maglioni, La demande d'autorisation de séjour pour raisons humanitaires, in Patrick Wautelet, Fleur Collienne (ed), Droit de l'immigration et de la nationalité: fondamentaux et actualités, CUP 151, Larcier, september 2014, p. 233-235.

6 De DVZ heeft in het activiteitenrapport van 2011 zelf erkend dat *“het langdurig gebrek aan voldoende artsen in de loop van dezelfde jaren een zware hypothec (heeft) gelegd op het beheer van de dossiers, vermits een onderzoek ten gronde zonder de tussenkomst van een arts-adviseur uitgesloten is. Als gevolg van dit tekort konden in 2007 slechts 501 van de 1.338 aanvragen afgesloten worden, en in 2008 slechts 2.283 van de 5.426. (...)”*. Er valt bovendien ook te lezen dat *“de DVZ zijn eerste arts pas op het einde van de maand oktober van dat jaar (kon) aanwerven. Van januari tot juli 2008 beschikte de DVZ over 2 artsen. In het tweede semester van datzelfde jaar beschikte de dienst over één enkele arts; van januari tot juni 2009 over geen enkele. (...) Eind 2009 beschikte de DVR zo over 2 artsen, eind 2010 over 7, eind 2011 over 16. Op 1 maart 2012 wordt een totaal van niet minder dan 20 artsen voorzien.”*, DVZ, Activiteitenrapport 2011, p. 53-54, <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Documents/2011NL.pdf>.

voor ernstige medische situaties. Alhoewel we begrip hebben voor deze bezorgdheid, stellen we toch vast dat de huidige toepassing ervan door de Belgische administratieve overheid de voorschriften uit artikel 9^{ter} niet naleeft. Om het met de woorden van de Raad van State te zeggen: het heeft eerder iets weg van “*un permis de mourir*” op het Belgisch grondgebied^{7,8}.

Dit witboek werd bedacht en kwam tot stand door de samenwerking van verschillende professionelen uit de medische, juridische en associatieve sector die geconfronteerd worden met de grote kwetsbaarheid van deze ernstig zieke personen. Bovendien wordt het zodanig beperkende karakter van de beslissingen van de DVZ niet begrepen. Een gelijkaardige brochure werd eerder in Zwitserland ontwikkeld en vormde een inspiratiebron⁹.

De voorgaande jaren werden er verscheidene initiatieven genomen om aan de alarmbel te trekken over de procedure om een verblijfsmachtiging om medische redenen te bekomen: een colloquium in het Federaal Parlement in maart 2013¹⁰, een film met getuigenissen¹¹, meerdere ontmoetingen met de kabinetten van de Staatssecretarissen bevoegd voor Asiel en Migratie, een brief ondertekend door meer dan 100 artsen gericht aan alle parlementariërs van ons land¹²... Omwille van het uitblijven van een antwoord vanwege de autoriteiten terwijl het beperkende aspect van de procedure alleen maar groter werd, hebben diverse professionelen

7 RvS, arrest nr. 228.778, 16 oktober 2014.

8 In een zaak die voor het EHRM werd gebracht, overleed de zieke persoon die een levertransplantatie nodig had, nadat zijn aanvraag tot verblijf om medische redenen afgewezen werd en nadat het EHRM de Belgische Staat had aangestuurd om de nodige maatregelen te nemen opdat de zieke persoon toegang zou krijgen tot de gepaste medische zorgen. De zaak werd van de rol geschrapt nadat de familie de financiële schadeloosstelling aanvaardde die aangeboden werd door de Belgische Staat die op deze manier zijn volledige verantwoordelijkheid voor het overlijden van de eiser erkende. Zie EHRM, H.S. t. België, 4 juni 2013, nr. 34000/12.

9 « Renvois et accès aux soins. Enjeux juridiques et conséquences sur le plan humain de la pratique suisse en matière de renvois d'étrangers à la santé précaire », ODAE et Groupe Sida Genève, september 2012.

10 Op 22 maart 2013 vond er een colloquium plaats in het Federaal Parlement, georganiseerd door Ciré en Medimmigrant: <http://www.cire.be/thematiques/sejour-et-regroupement-familial/regularisation-des-sans-papiers/855-9-ter-une-protection-medicale-juste-et-humaine-un-colloque-et-un-film>.

11 « 9^{ter}, Une protection médicale juste et humaine ? », tot stand gebracht door Ciré en Medimmigrant, 2013: <http://www.cire.be/thematiques/sejour-et-regroupement-familial/regularisation-des-sans-papiers/855-9-ter-une-protection-medicale-juste-et-humaine-un-colloque-et-un-film>.

12 *Le Soir*, 20 mei 2014.

vanuit verschillende professionele horizonten en taalgroepen, zich op interdisciplinaire wijze verenigd om dit witboek tot stand te brengen, vertrekkende vanuit concrete cases van patiënten die een medische regularisatie aangevraagd hebben.

De Federale Ombudsman, die reeds verschillende klachten ontving over de manier waarop de administratieve overheid de 9ter-aanvragen behandelde, voert intussen een onderzoek naar de werking van de dienst 9ter van de DVZ.

Dit witboek wil, naast beleidsmakers, alle personen betrokken bij de juridische, sociale en medische begeleiding van zieke migranten informeren over wat deze kwetsbare personen ondergaan en over de administratieve moeilijkheden waarmee zij geconfronteerd worden.

We beginnen met een uiteenzetting van het wettelijk kader en van de rechtspraak ontwikkeld over de machtiging tot verblijf om medische redenen in België. Vervolgens beschrijven we meerdere concrete en reële situaties van zieke personen waarvan de gezondheidstoestand niet als “*voldoende ernstig*” werd beoordeeld of waarvoor de zorgen in het land van herkomst als “*voldoende toegankelijk*” werden ingeschat door de administratieve overheid en die een bevel om het grondgebied te verlaten (BGV) hebben gekregen. Tenslotte gaan we in op de meerdere gebreken in de praktijk van de administratieve overheid die deze concrete cases aan het licht hebben gebracht. We onderzoeken deze gebreken alvorens tot een besluit te komen in de vorm van aanbevelingen.

I. DE MACHTIGING TOT VERBLIJF OM MEDISCHE REDENEN

1. *Voorgeschiedenis van de machtiging tot verblijf om medische redenen*

Sinds oktober 2006 bestaat er in België een specifieke procedure die het voor ernstig zieke vreemdelingen mogelijk maakt om een verblijfstitel te bekomen. Deze procedure wordt doorgaans “aanvraag tot medische regularisatie” of “9ter-aanvraag” genoemd.

Voor 2006 bestond er geen specifieke procedure voor dit soort aanvragen. Ernstig zieke vreemdelingen die een verblijf wensten te bekomen, steunden hun aanvraag op (het voormalige) artikel 9, 3^e lid van de Vreemdelingenwet. Dit artikel maakte het mogelijk om “buitengewone omstandigheden” in te roepen om een aanvraag tot verblijf in België in te dienen.

Deze “*buitengewone omstandigheden*” werden niet omschreven in de wet, maar er werd aangenomen dat een zorgwekkende gezondheidssituatie het indienen van zo’n aanvraag en het verlenen van een verblijf kon rechtvaardigen bij onmogelijkheid om te reizen of bij afwezigheid van een doeltreffende behandeling in het land van herkomst van de aanvrager. In de meerderheid van de gevallen ging het om het voorkomen van het risico op onmenselijke of vernederende behandelingen in geval van terugkeer naar zijn land.

De bepalingen van de Vreemdelingenwet werden in 2006 aangepast, onder druk van Europese regelgeving, en artikel 9, 3^e lid werd opgesplitst in de artikelen 9bis en 9ter. Het eerste artikel maakt het vandaag de dag mogelijk om in België een regularisatieaanvraag in geval van “*buitengewone omstandigheden*” in te dienen, terwijl het tweede artikel specifiek handelt over de indiening van een aanvraag tot verblijf om “*medische redenen*”.

Uit de voorbereidende werken¹³ voorafgaand aan de toevoeging van het artikel 9ter in de wet, wordt op duidelijke wijze de wil verwoord om de “9ter-aanvragers” als een vorm van aanvragers van subsidiaire bescherming te beschouwen. Deze laatsten vormen samen met asielzoekers de categorie van aanvragers van internationale bescherming en genieten in het algemeen van een gunstiger juridisch regime dan een “eenvoudige” regularisatie – of verblijfsaanvrager. Het

13 *Parl.St.*, Kamer 2005-2006, nr. 51-2478/001, p. 7.

Grondwettelijk Hof¹⁴ werd regelmatig bevraagd over de werkelijke omvang van de rechten van de 9ter-aanvragers (recht op een effectief en schorsend beroep, hoorplicht, recht op sociale bijstand...) door advocaten die hen op gelijke voet met een asielzoeker en een aanvrager van subsidiaire bescherming wilden zien staan. De rechtspraak van het Grondwettelijk Hof was niet eenduidig.

Er kwam echter een einde aan de onzekerheid in december 2014 na een arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie (HvJ) dat nageleefd dient te worden door onze nationale rechtbanken.

In de zaak M'Bodj tegen de Belgische Staat¹⁵ heeft het HvJ beslist dat een 9ter-aanvraag een op zichzelf staande verblijfsaanvraag binnen het Belgische recht uitmaakt en niet beschouwd kan worden als een aanvraag tot internationale bescherming¹⁶.

2. Wettelijk kader van de machtiging tot verblijf om medische redenen

De verblijfsaanvraag om medische redenen vindt zijn grondslag in artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging, en de verwijdering van vreemdelingen¹⁷:

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

De Raad van State (RvS) en de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen

14 Zie onder andere GwH. 26 juni 2008, nr. 95/2008. Naar aanleiding van dit arrest, stelde het Hof vast dat de keuze van de Belgische wetgever om 2 verschillende procedures tot stand te brengen wat het verlenen van subsidiaire bescherming betreft – ofwel naargelang de onmenselijke en vernederende behandelingen veroorzaakt worden door de gezondheidstoestand van de aanvrager ofwel door een andere reden – het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel naleeft.

15 HvJ (Grote Kamer), Mohamed M'Bodj t. Belgische Staat, 18 december 2014, C-542-13.

16 Voor een analyse van dit arrest, zie M.-B. HIERNAUX “Quels droits pour les étrangers gravement malade? Actualités du 9ter”, *Rev. Dr. Etr.*, nr. 180.

17 Voor een meer juridische en praktische voorstelling van de procedure 9ter en in het algemeen van de rechten van ernstig zieke vreemdelingen, zie “Vluchtschrift” augustus 2015, website Caritas International, <http://www.caritas-int.be/nl/vluchtschrift>.

(RvV) hebben na vele omwegen en tot nader order een unanieme interpretatie aangenomen over wat artikel 9ter precies omvat¹⁸.

Artikel 9ter houdt twee hypothesen in:

- Ofwel is de ziekte zodanig dat het een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van de vreemdeling. Het gaat hier om de maximale ernst van de ziekte waardoor de persoon zelfs niet meer in staat is om een verwijdering naar zijn land te ondergaan (zelfs indien de zorgen er beschikbaar zijn).

- Ofwel is de ziekte zodanig dat het een ernstig risico op onmenselijke of vernederende behandelingen inhoudt “wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst”.

2.1 Procedure bij de DVZ en de RvV

De procedure die tot stand is gebracht door de artikelen 9ter en volgende heeft tot een overvloed aan geschillen geleid en werd herhaaldelijk bekritiseerd en herzien. Ofwel vond men dat de procedure niet voldoende garanties bood, ofwel wees men op de misbruiken¹⁹.

a) Onderzoek van de ontvankelijkheid van de 9ter-aanvraag

Het onderzoek van de aanvraag om medische redenen speelt zich af in 2 fases: de fase waarin de ontvankelijkheid wordt onderzocht, gevolgd door de fase van het onderzoek ten gronde. Tijdens de eerste fase, ook wel “ontvankelijkheidsfase” genoemd, controleert een ambtenaar van de DVZ of het dossier volledig is.

Opdat de aanvraag ontvankelijk kan verklaard worden, dient de vreemdeling zijn identiteit te bewijzen, zijn effectieve verblijfplaats mee te delen, een standaard medisch getuigschrift af te leveren dat nauwkeurig ingevuld is door een arts en dat verklaart dat hij lijdt aan

18 De interpretatie over het toepassingsgebied van artikel 9ter heeft geleid tot een grote controverse in de rechtspraak. Deze lijkt te zijn verduidelijkt door een arrest van de RvS van 16 oktober 2014 (XIe kamer, E.B. t. X., nr. 228.778) en de arresten geveld door de RvV in Algemene Vergadering op 12 december 2014 (nr. 035.035, 135.037, 135.038, 135.039 en 135.041).

19 De procedure werd onderworpen aan meerdere wetwijzigingen (Wet van 7 juni 2009, BS, 3 augustus 2009, Wet van 29 december 2010, BS, 31 december 2010, Wet van 8 januari 2012, BS, 6 februari 2012). De invulling ervan door de administratieve overheid heeft geleid tot een groot aantal geschillen bij de RvV en de RvS, terwijl het gebruik ervan door de vreemdelingen geleid heeft tot vermeende misbruiken. Zie in dat kader de voorbereidende werken van de wet van 29 december 2010 (*Parl.St.*, Kamer 2010-2011, nr. 53-0771/001) en de voorbereidende werken van de wet van 8 januari 2012 (*Parl.St.*, Kamer 2011-2012, nr. 53-1824/001).

een ernstige ziekte in de zin van artikel 9ter. Het attest mag maximum 3 maanden oud zijn. De aanvraag dient per aangetekend schrijven gericht te worden aan de DVZ²⁰.

Sinds februari 2012 werd een “medische filter”²¹ als ontvankelijkheidsvoorwaarde toegevoegd aan de reeks vormvereisten. De ambtenaar-geneesheer van de DVZ beoordeelt of de aanvraag kennelijk aan de criteria van artikel 9ter beantwoordt. Om het “kennelijk ongegronde” karakter van de aanvraag te beoordelen, dient de ambtenaar-geneesheer zich te baseren op het medisch getuigschrift dat de betrokkene bezorgd heeft en op de informatie met betrekking tot de ziekte waarover hij beschikt, op de graad van ernst, de noodzakelijk geachte behandeling en de toegang tot de behandeling in het land van herkomst van de betrokkene.

Het gemeentebestuur voert tijdens deze eerste fase eveneens een woonstcontrole uit.

Indien de aanvraag ontvankelijk verklaard wordt, wordt aan de betrokkene een tijdelijke verblijfstitel afgeleverd; een immatriculatieattest – model A (oranje kaart) – geldig gedurende 3 maanden en 3 maal te verlengen telkens voor 3 maanden en erna maandelijks tot er een beslissing ten gronde wordt genomen door de DVZ.

Met deze oranje kaart heeft de vreemdeling recht op sociale bijstand tot aan de beslissing ten gronde.

Indien de aanvraag onontvankelijk verklaard wordt, is er een beroep bij de RvV mogelijk om deze beslissing aan te vechten.

b) Gegrondheidsonderzoek van de 9ter-aanvraag

De tweede fase bestaat uit het onderzoek ten gronde van de aanvraag. De ambtenaar-geneesheer van de DVZ gaat over tot een volledige beoordeling van de gezondheidssituatie van de betrokkene

20 Bijlage 2 van deze brochure bevat een kopie van het standaard medisch getuigschrift zoals voorzien in de bijlage van het koninklijk besluit van 24 januari 2011 (K.B. van 24 januari 2011 tot wijziging van het K.B. van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen). Merk op dat dit standaard getuigschrift niet onderworpen werd aan een advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren terwijl het de facto opgelegd wordt aan alle artsen.

21 Deze filter werd tot stand gebracht om de ontvankelijkheidsvoorwaarden te verstrengen en om misbruiken tegen te gaan. Zie *Parl.St.*, Kamer 2010-2011, nr. 53-1824/006, p. 4.

zoals omschreven in het standaard getuigschrift en van de beschikbare medische omkadering in het land van herkomst. Indien hij het noodzakelijk acht, kan de ambtenaar-geneesheer van de DVZ het advies van een medisch deskundige inwinnen en de aanvrager oproepen voor een medisch onderzoek. Dit komt in de praktijk zeer zelden voor.

Indien de aanvraag gegrond verklaard wordt, wordt aan de aanvrager een verblijfstitel van één jaar (bewijs tot inschrijving in het vreemdelingenregister – elektronische A-kaart) afgeleverd. De machtiging tot verblijf dient elk jaar te worden hernieuwd. Het verblijf wordt definitief indien vijf jaar sinds de indiening van de aanvraag verstreken is. Op dat moment krijgt de betrokkene een verblijfskaart van onbepaalde duur (B-kaart).

Indien de aanvraag ongegrond wordt verklaard, kan een beroep bij de RvV worden ingediend om deze beslissing aan te vechten.

c) Hernieuwing van de verblijfstitel op grond van artikel 9ter

De verblijfstitel van een jaar die de vreemdeling – waarvan de aanvraag gegrond werd verklaard – krijgt, wordt enkel hernieuwd op voorwaarde dat de vreemdeling aantoonbaar dat zowel de ziekte als de onmogelijkheid om zich te laten behandelen in zijn land van herkomst zich nog voordoet.

Artikel 9 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007 bepaalt dat het verblijfsrecht op basis van 9ter vervalt *“indien de omstandigheden op grond waarvan de machtiging werd verleend, niet langer bestaan, of zodanig zijn gewijzigd dat deze machtiging niet langer nodig is. Er dient hierbij te worden nagegaan of de verandering van deze omstandigheden een voldoende ingrijpend en niet-voorbijgaand karakter hebben”*²².

In het geval het verblijf niet hernieuwd wordt, is er een beroep bij de RvV mogelijk.

d) Beroep tegen een weigeringsbeslissing van de 9ter-aanvraag

De negatieve beslissingen van de DVZ kunnen aangevochten worden voor de RvV binnen een termijn van 30 dagen vanaf de kennisgeving van de beslissing. Het gaat hier om een annulatieberoep

²² Koninklijk besluit tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, BS, 31 mei 2007.

dat geen automatisch schorsende werking heeft. Dit betekent dat de vreemdeling die een BGV kreeg samen met de weigering van de regularisatie op basis van artikel 9ter, theoretisch gezien zou kunnen uitgewezen worden tijdens de behandelingstermijn van het beroep²³.

De rechter van de RvV oefent een “legaliteitscontrole” uit en kan niet beslissen “in de plaats van de DVZ”. Hij kan enkel nagaan of de DVZ een beslissing conform de wetgeving heeft genomen, in het licht van de elementen waarover de DVZ beschikte op het moment van de beslissing. De wet voorziet niet in de mogelijkheid voor de rechter om nieuwe medische elementen in overweging te nemen noch om een medisch deskundige te laten tussenkomen tijdens het beroep.

We moeten echter een nuance aanbrenge bij deze onmogelijkheid om nieuwe elementen over te maken. België werd namelijk in 2011 veroordeeld door het EHRM in de zaak MSS met betrekking tot asielzoekers²⁴. De Staat was genoodzaakt om de wetgeving te wijzigen in verband met de effectieve bescherming van de fundamentele rechten die mogelijks geschonden zouden worden in geval van de uitvoering van een verwijderingsmaatregel. Naast de verlenging van de beroepstermijn om in uiterst dringende noodzakelijkheid een dossier aanhangig te maken bij de RvV, werden er in april 2014 2 artikelen in de wet toegevoegd²⁵. Voortaan is de rechter ertoe gehouden om over te gaan tot “*een zorgvuldig en nauwgezet onderzoek van alle bewijsstukken die hem worden voorgelegd, inzonderheid die welke van dien aard zijn dat daaruit blijkt dat er redenen zijn om te geloven dat de uitvoering van de bestreden beslissing de verzoeker zou blootstellen aan het risico te worden onderworpen aan de schending van de grondrechten van de mens (...).*”

Zonder in detail te gaan, willen we erop wijzen dat de Belgische Staat al tot 2 maal toe veroordeeld werd door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) omdat het geen effectief beroep garandeerde aan de ernstig zieke vreemdeling wiens aanvraag

23 Er bestaan echter juridische mechanismen die voor de RvV ingeroepen kunnen worden om het dossier in uiterst dringende noodzakelijkheid te laten behandelen indien de persoon vastgehouden wordt met het oog op een uitwijzing en indien er een beroep hangende is.

24 EHRM, MSS t. België en Griekenland, 21 januari 2011, nr. 30696/09, §386-391.

25 Wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen met betrekking tot de procedure voor de RvV en voor de RvS, BS, 21 mei 2014. Deze wet voegt twee artikelen toe in de Vreemdelingenwet, waarvan een deel van de inhoud in de tekst zelf hernomen is. Het gaat om de artikelen 39/82, §4, 4^e alinea en 39/85, §1, 3^e alinea.

verworpen werd²⁶. Het Hof van Justitie van de Europese Unie heeft eveneens recent geoordeeld dat de persoon die een ernstig risico liep op een ernstige en onomkeerbare verslechtering van zijn gezondheidstoestand in geval van terugkeer, moest kunnen genieten van een schorsend beroep tegen dat terugkeerbesluit²⁷.

In het geval dat de RvV het beroep gegrond acht, vernietigt hij de bestreden beslissing. Het dossier zal dan teruggestuurd worden naar de DVZ die een nieuwe beslissing zal moeten nemen. Gedurende deze tijd moet de vreemdeling terugvallen in de situatie zoals vóór de genomen bestreden beslissing.

Indien de RvV het beroep verwerpt, bestaat er een laatste administratief cassatieberoep, in te dienen bij de RvS binnen een termijn van 30 dagen. In de praktijk wordt deze beroepsmogelijkheid zelden gebruikt omdat een filter ingesteld werd op basis waarvan de grote meerderheid van de beroepen onontvankelijk wordt verklaard.

2.2 Sociale rechten tijdens de procedure tot machtiging tot verblijf om medische redenen

De personen die een verblijfsaanvraag om medische redenen ingediend hebben, worden beschouwd in onwettig verblijf te zijn zolang hun aanvraag niet ontvankelijk verklaard wordt door de DVZ.

De 9ter-aanvrager heeft dus dezelfde beperkte rechten als “een persoon zonder papieren”, en is aangewezen op de Dringende Medische Hulp die door het OCMW van het grondgebied waar de aanvrager verblijft, toegekend wordt na sociaal onderzoek²⁸.

26 Zo heeft het Hof in de zaak Yoh-Ekale Mwanjé geoordeeld dat de RvV in staat moet zijn om nieuwe elementen tijdens het beroep in overweging te nemen (EHRM, 20 december 2011, Yoh-Ekale Mwanje t. België, nr. 10486/10, §106-107). Men zou kunnen zeggen dat de toevoeging van de twee hierboven vermelde artikelen tegemoet komt aan het tekort dat door het EHRM aangekaart werd. Daarnaast heeft het Hof in de zaak S.J. geoordeeld dat de procedure bij de RvV om een schorsing van de uitvoering van de uitwijzing te verkrijgen, te ingewikkeld is om als een daadwerkelijk beroep te kunnen worden beschouwd (EHRM, 27 februari 2014, S.J. t. België, nr. 70055/10). Vanuit dit oogpunt, kunnen we echter niet bevestigen dat de wet op een nuttige wijze aangepast werd.

27 HvJ, OCMW Ottignies LLN t. Moussa Abdida, 18 december 2014, C-562/13.

28 Artikel 57, §2 van de OCMW-Wet van 8 juli 1976.

Indien de 9^{ter}-aanvraag ontvankelijk verklaard wordt, krijgt de vreemdeling een immatriculatieattest en kan hij genieten van sociale bijstand vanwege het OCMW. De personen (met inbegrip van de familieleden van de zieke vreemdeling) die in het bezit zijn van zo'n tijdelijk verblijfsdocument hebben daarentegen geen toegang tot de arbeidsmarkt.

Indien de 9^{ter}-aanvraag gegrond verklaard wordt, krijgt de vreemdeling een inschrijving in het vreemdelingenregister dat toegang tot de arbeidsmarkt verleent (op voorwaarde van het verkrijgen van een arbeidskaart C), dat het recht op volledige sociale bijstand opent en dat het mogelijk maakt zich in te schrijven bij een ziekenfonds.

Sinds het hierboven vermelde arrest Abdida zou de situatie echter anders kunnen zijn. Er is geoordeeld geweest dat de Belgische Staat de basisbehoeften ten laste moet nemen gedurende het beroep tegen een weigering van een 9^{ter} gepaard gaande met een BGV. Deze rechtspraak heeft al weerklank gevonden in verschillende beslissingen van de Arbeidsrechtbanken²⁹.

3. Rechtspraak van het EHRM en nationale rechtspraak met betrekking tot het verbod op onmenselijke of vernederende behandelingen (artikel 3 EVRM) bij ernstig zieke personen

3.1 De beperkende rechtspraak van het EHRM

De beslissingen van de DVZ verwijzen vaak naar de rechtspraak van het EHRM om de weigering van een verblijfsvergunning om medische redenen aan een ernstig zieke vreemdeling te rechtvaardigen.

Volgens artikel 3 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM): “Niemand mag worden onderworpen aan folteringen noch aan onmenselijke of vernederende behandelingen of straffen.” Dit artikel heeft niet als voornaamste doel om bescherming te bieden aan ernstig zieke personen, maar beoogt voornamelijk en hoofdzakelijk het verhinderen van de uitwijzing van een persoon

²⁹ Zie meer bepaald M-B Hiernaux “Quels droits pour les étrangers gravement malade? Actualités du 9^{ter}”, *Rev.Dr.Etr.*, nr. 180 ; L. Tsourdi, « Régularisation médicale en Belgique : quelles répercussions pour l'arrêt Abdida ? » *Newsletter EDEM*, mei 2015, <http://www.uclouvain.be/458114.html>; Arbrb. Brussel, 16 april 2015, RG/2014/AB/147, dit arrest is terug te vinden in de nieuwsbrief van ADDE nr. 109 van mei 2015, <http://www.adde.be/publications/newsletter-juridique>; Zie ook deel II in Vluchtschrift “Welke rechten nog te mobiliseren voor ernstig zieke vreemdelingen in België: toegang tot sociale rechten”, <http://www.caritas-int.be/nl/vluchtschrift>.

indien er een risico bestaat dat hij onderworpen zou worden aan mishandelingen in zijn land van herkomst.

In 1997 heeft het EHRM in het kader van de zaak D. tegen het Verenigd Koninkrijk geoordeeld dat een persoon onder het toepassingsgebied van een uitwijzingsbevel in principe geen aanspraak kan maken op het recht om te blijven om zo verder te kunnen genieten van medische en sociale bijstand. Toch heeft het Hof in casu toegegeven dat (*vrije vertaling*) “*rekening houdend met de erg uitzonderlijke omstandigheden van de zaak en de dwingende humanitaire overwegingen die in het spel zijn*” de verwijdering van een persoon die zich in een terminaal stadium van zijn ziekte bevindt (in dit geval leed de verzoeker aan aids) en die niet zou kunnen genieten van familiale steun in zijn land van herkomst, het risico op een schending van artikel 3 EVRM inhield³⁰.

Jammer genoeg heeft het Hof hierna een veel strengere rechtspraak ontwikkeld. Vaak wordt het arrest N. tegen het Verenigd Koninkrijk geciteerd door de DVZ: (*vrije vertaling*) “*het feit dat in het geval van een verwijdering door de Staat de situatie van de verzoeker in grote mate verslechterde en meer bepaald dat de levensverwachting er op aanzienlijke wijze op achteruit ging, is op zich niet voldoende om een schending van artikel 3 uit te maken*”³¹.

Sinds 1997 hebben de rechters van het EHRM niet meer geoordeeld dat ze te maken hadden met (*vrije vertaling*) “*uitzonderlijke omstandigheden en dwingende humanitaire overwegingen*”³², zelfs niet in de recente zaak S.J. tegen België. Het Hof besloot niet tot een schending van artikel 3 EVRM terwijl het nochtans toegaf dat de toegang tot de noodzakelijke medicatie voor een patiënt die lijdt aan aids onzeker is in Nigeria, dat haar levensverwachting op korte en middellange termijn op het spel stond en dat de kwetsbaarheid van de patiënte versterkt werd door het feit dat zij jonge kinderen heeft³³.

30 EHRM, D. t. Verenigd Koninkrijk, 2 mei 1997, nr. 1997-III, §53-54.

31 EHRM, N. t. Verenigd Koninkrijk, 27 mei 2008, nr. 26565/05, §51.

32 EHRM B.B. t. Frankrijk, 7 september 1998, nr. 1998-VI; EHRM Karara t. Finland, 29 mei 1998, nr. 40900/98; EHRM, S.C.C. t. Zweden, 15 februari 2000, nr. 46553/99; EHRM, Arcila Henao t. Nederland, 24 juni 2003, nr. 13669/03; EHRM, Ndangoya t. Zweden, 24 juni 2004, nr. 17868/03; EHRM, Amegnigan t. Nederland, 25 november 2004, nr. 25629/04. Eén zaak had niet te maken met HIV maar met een vreemdeling die aan schizofrenie lijdt: EHRM, Bensaid, 6 februari 2001, nr. 2001-I; EHRM, Yoh-Ekale Mwanje t. België, 20 december 2001, nr. 10486/10, §82-83. En heel recent nog: EHRM, M.T. t. Zweden, 27 januari 2015, nr. 1412/12.

33 EHRM, S.J. t. België, 27 februari 2014, nr. 70055/10.

Er dient op gewezen te worden dat deze rechtspraak zelfs binnen hetzelfde Hof betwist wordt, aangezien meerdere rechters reeds ‘dissident opinions’ uitgedrukt hebben.

3.2 Het huidige standpunt van de RvS en de RvV

Tot voor kort waren de Franstalige en Nederlandstalige kamers van de RvS verdeeld over de vraag of artikel 9^{ter} een gelijke of meer beperkte bescherming met zich meebrengt als deze die voortvloeit uit artikel 3 EVRM³⁴.

Deze vraag heeft een belangrijke invloed op de praktijk. Afhankelijk van het feit of artikel 9^{ter} namelijk een identiek of ander toepassingsgebied heeft in vergelijking met artikel 3 EVRM – en dus in vergelijking met de beperkende rechtspraak van het EHRM zoals hierboven uiteen gezet –, zullen de verblijfsaanvragen om medische redenen in België op meer of minder beperkende wijze beoordeeld worden door de DVZ en de administratieve rechtscolleges.

Een arrest van 16 oktober 2014 jl. heeft een einde gemaakt aan de onenigheid. Een Franstalige kamer van de RvS heeft het standpunt van zijn Nederlandstalige tegenhanger onderschreven door te overwegen dat de Belgische administratieve overheid los dient te komen van de rechtspraak van het EHRM met betrekking tot het terugsturen van ernstig zieke vreemdelingen³⁵.

Dit standpunt werd bevestigd door meerdere gevelde arresten van de algemene vergadering van de RvV op 12 december 2014, waarvan hieronder de inhoud wordt weergegeven:

“Artikel 9^{ter}, §1, eerste lid van de vreemdelingenwet omvat verschillende hypotheses. Enerzijds is er het geval van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke

34 Zie meer bepaald RvS, 19 november 2013, nr. 225.522 en 225.523, (Franstalige kamer) over de volgende arresten van de RvV: RvV, 27 november 2013, nr. 92.258, 92.303 en 92.309 <http://www.rvv-ccc.be/nl> en RvS, 28 november 2013, nr. 225.632 (Nederlandstalige kamer).

35 RvS, 16 oktober 2014, nr. 228.778. Het arrest bepaalt dat (vrije vertaling) “noch uit de bewoordingen van de wetbepaling, noch uit de pertinente parlementaire voorbereidingen, blijkt dat de Belgische wetgever de wil had dat de machtiging tot verblijf zoals voorzien door het eerder vernoemde artikel 9^{ter} enkel een «permis de mouvir» op het Belgisch grondgebied uitmaakt. Hierop komt nochtans de opvatting neer volgens dewelke het toepassingsgebied van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 samenvalt met deze van artikel 3 van het Verdrag, zoals hoe het momenteel uitgelegd wordt, ten opzichte van de zieke vreemdeling, door het EHRM.”

*integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling waarbij er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Hoewel ook in deze laatste hypothese een zekere vorm van ernst vereist is, staat ze los van en gaat ze verder dan het reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit uit artikel 3 van het EVRM en de rechtspraak van het EHRM die beperkt is tot de gevallen waarin de aandoening een risico inhoudt voor het leven gezien de kritieke gezondheidstoestand of het zeer vergevorderd stadium van de ziekte.*³⁶

36 <http://www.rvv-cc.ee.be/nl/actua/algemene-vergadering-verduidelijkt-toepassing-van-artikel-9ter> (RvV 12 december 2014, nrs. 135 035, 135 037, 135 038, 135 039 en 135 041).

II. PRAKTIJK VAN DE BELGISCHE AUTORITEITEN OP VLAK VAN DE MACHTIGING TOT VERBLIJF OM MEDISCHE REDENEN

Dit onderdeel geeft de zeer strenge praktijk van de administratieve overheid weer met betrekking tot de verschillende individuele medische situaties. De meeste situaties gaan over personen die besmet zijn met HIV en personen die problemen hebben op vlak van hun geestelijke gezondheid. Deze situaties werden door de geneesheer-specialisten van deze personen aan ons kenbaar gemaakt. Ook andere ernstige ziektes (zoals kanker, zware handicap, lupus, sikkelcelanemie...) ondergaan jammer genoeg dezelfde administratieve behandeling.

1. D., 30 jaar, Rwanda

Persoonlijke achtergrond

Mevrouw D. is ongeveer 30 jaar oud en afkomstig uit Rwanda. Ze is het slachtoffer van seksuele geweldplegingen en geraakte zwanger na een verkrachting. Ze vluchtte uit haar land en kwam in februari 2007 in België aan vergezeld van haar 8-jarige zoon.

Medische problemen

Na aankomst in België vertoonde mevrouw D. al vrij snel symptomen die wezen op een post-traumatische stressstoornis (PTSD), maar ze werd niet onmiddellijk behandeld. Na de negatieve beslissing in het kader van haar asielaanvraag, werd een ernstige decompensatie en een post-traumatische crisissituatie samen met een ernstige depressie vastgesteld. Het verhoor – in het kader van de asielprocedure – over de 4 jaren waarin ze onmenselijke en vernederende behandelingen en meer bepaald seksueel geweld ondergaan had, evenals het risico om terug te worden gestuurd naar haar land, zorgde ervoor dat haar mentale gezondheidstoestand verslechterde. Vanaf september 2008 bezocht mevrouw D., op aanraden van haar advocaat, een dienst voor geestelijke gezondheidszorg. Er werd snel een behandeling en een gespecialiseerde psychiatrische opvolging voor getraumatiseerde personen gestart. Het duurde een tijdje vooraleer er een vertrouwensband ontstond met haar zorgverstrekkers. Het praten doet de sporen van de vele trauma's heropleven en veroorzaakt fysieke en psychische symptomen van reminiscentie.

Administratieve procedure

Mevrouw D. heeft bij aankomst in België een asielaanvraag ingediend, waarop ze een negatieve beslissing kreeg. In oktober 2008 diende ze een 9^{ter}-aanvraag in, gelet op de achteruitgang van haar gezondheidstoestand. Om het half jaar werden er psychologische verslagen opgestuurd naar de DVZ om haar aanvraag te actualiseren. In februari 2012, 3 jaar later dus, nam de DVZ een beslissing tot ongegrondheid. De administratieve overheid nam de risico's op zelfmoord en de meervoudige diagnoses niet in overweging als een bijkomende verzwarende omstandigheid. Deze eerste beslissing had een erg negatieve invloed op haar psychische gesteldheid. Deze beslissing werd in mei 2012 vernietigd door de RvV om het ontbreken van een geldige en afdoende motivatie. Dit werd gevolgd door een nieuwe negatieve beslissing van de DVZ in september 2012. De arts van de DVZ kwam in zijn advies tot het besluit, zonder haar ooit ontmoet te hebben en zonder de bronnen te vernoemen waarop hij zich gebaseerd had, dat ze in staat was om terug te keren naar haar land want *(vrije vertaling)* “de medische literatuur beveelt *imaginaire of in vivo- blootstellingstherapieën aan*”. Nochtans dienen deze *imaginaire of in vivo- blootstellingstherapieën* die de persoon confronteren met “denkbeeldige” of “reële” angstwekkende stimuli, in het kader van een vertrouwensband met de patiënt en met diens toestemming te gebeuren. Het gaat in geen geval om het ruwweg en zonder begeleiding confronteren van een persoon met de plaatsen of personen gelinkt aan de trauma's. Deze tweede beslissing werd in november 2012 vernietigd door de RvV omwille van dezelfde redenen als de vorige keer. De gezondheidstoestand van mevrouw D. verbeterde niet meer vanaf dat moment. Ze bleef steeds meer binnenshuis en de relatie met haar kinderen werd extreem moeilijk. In mei 2014 nam de DVZ een 3^e negatieve beslissing waarin de gebeurtenissen die aan de oorsprong van haar aandoening lagen in twijfel werden getrokken omwille van het feit *(vrije vertaling)* “dat er geen element in het dossier aanwezig is waaruit deze gebeurtenissen kunnen worden afgeleid” en *(vrije vertaling)* “dat het gaat om beweringen die niet gefundeerd worden door de patiënte”. Hieraan werd toegevoegd dat volgens het boek “Health, Migration and Return”, *(vrije vertaling)* “de kansen op herstel van PTSD zijn groter in de eigen omgeving van het land of de regio van herkomst en zelfs zonder behandeling in het land van herkomst zijn de kansen op

genezing beter dan in het buitenland.” Wat haar depressie betreft, zei de DVZ ook dat (vrije vertaling) “het aangehaalde risico op zelfmoord is theoretisch gezien inherent aan elke depressie, zelfs indien onder behandeling, maar werd niet geconcretiseerd in het dossier, noch gelinkt aan de specifieke en individuele situatie van deze patiënte (...)” en citeerde het volgende uit een onvindbare verwijzing (vrije vertaling) “misschien is de belangrijkste conceptuele verandering die moet plaatsvinden, alvorens de behandeling nuttig kan zijn, het aanvaarden van een resistente depressie als een chronische ziekte, als een ziekte zoals zovele anderen, die daadwerkelijk onder controle kan worden gehouden maar die, naar onze huidige kennis, niet lijkt te kunnen genezen”.

De OCMW-steun werd beëindigd na de negatieve beslissing van de DVZ. Mevrouw heeft geen fysieke noch psychische kracht meer en haar verzorgers vrezen dat ze zelfmoord zou kunnen plegen.

Dit geval toont aan dat de administratieve overheid amper rekening houdt met de specificiteit van psychiatrische aandoeningen en de behandeling ervan. Het verderzetten van de behandeling en de toegang hiertoe in Rwanda lijkt niet grondig onderzocht te zijn geweest in het specifieke geval van mevrouw D.. Dit geval toont eveneens duidelijk het ziekteverwekkend effect van de weigeringsbeslissingen tot verblijf aan (achteruitgang, hospitalisaties, overgang tot auto- en heteroagressief gedrag...) net als de dramatische sociale en familiale gevolgen van deze administratieve beslissingen.

2. Z., 7 jaar, Rusland

Persoonlijke achtergrond

Z. is 7 jaar en afkomstig uit Rusland. Hij werd door zijn behandelende arts in Rusland doorverwezen naar de universitaire kliniek Sint-Luc in Brussel met een zeldzame en verlamrende ziekte, een enzymdeficiëntie. In Rusland werd de prognose voor behandeling als “pessimistisch” aangeduid en de eerste twee kinderen van het gezin zijn eraan overleden enkele dagen na hun geboorte om het ontbreken van een diagnose en aangepaste zorgen. Z. is enkele dagen na zijn geboorte toegekomen in België via een medisch visum.

Medische problemen

Bij zijn aankomst in België is Z. naar de spoeddiensten van het ziekenhuis gegaan om een diagnose en een behandeling te laten vaststellen. De gezondheidstoestand van het kind ging snel achteruit en blijft erg verontrustend tot op het punt dat er een transplantatie zou moeten gebeuren.

Administratieve procedure

In eerste instantie werd het medisch visum verlengd door de DVZ. Daarna werd een *9ter*-aanvraag ingediend. Z. en zijn ouders kregen een verblijf om medische redenen toegekend.

De gezondheidstoestand van Z. verbeterde beetje bij beetje dankzij de specifieke en regelmatige behandelingen en door de erg gespecialiseerde medicatie die niet beschikbaar is in Rusland, zoals blijkt uit de getuigschriften van de Russische medische diensten. Het verblijf van 1 jaar op basis van *9ter* werd tot 4 maal toe verleend door de DVZ. Op het moment van de 5^e hernieuwing werd een negatieve beslissing door de DVZ genomen dat gesteund was op het ontbreken van de ernst van de gezondheidstoestand van het kind en dat vergezeld ging met een BGV.

Het dossier werd door de advocaat van de kleine jongen aan de Federale Ombudsman bezorgd en aan de “Délégué général aux droits de l’enfant”, die de DVZ bevraagd heeft. Een jaar later, in maart 2014, besliste de administratieve overheid uiteindelijk, dankzij deze tussenkomsten, om een definitief verblijf toe te kennen aan het kind en zijn familie.

Dit geval illustreert het extreem strenge onderzoek van de verbeterde gezondheidstoestand van de 9ter-aanvragers op het moment van de hernieuwing van hun verblijfstitel. Het toont eveneens het ontbreken van een globaal onderzoek van de situatie aan (kind dat altijd in België geleefd heeft, familiale achtergrond...). Een verwijdering van het Belgisch grondgebied zou in dit specifiek geval desastreuze gevolgen veroorzaakt hebben zowel op sociaal vlak als op vlak van de gezondheidstoestand van het kind dat altijd geleefd heeft en behandeld is geweest in België. Hoe kan er trouwens worden uitgelegd dat een tussenkomst door externen noodzakelijk is om de belangen te verdedigen van een ernstig ziek kind waarover geattesteerd werd dat er geen enkele behandeling beschikbaar is in zijn land van herkomst?

3. *Sergei, 40 jaar, Dagestan (Rusland)*

Persoonlijke achtergrond

Sergei is 40 jaar. Hij is afkomstig uit Dagestan, Rusland, en woont al enkele jaren in België.

Medische problemen

In juli 2012 werd Sergei gediagnosticeerd met longtuberculose en gehospitaliseerd in het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter in Brussel. De bacterie bleek resistent te zijn aan alle klassieke tuberculostatika. In 2012 werd er gestart met een behandeling die risico's op ernstige nevenwerkingen inhoudt en die moeilijk te verdragen is, maar toch noodzakelijk was. En Sergei reageerde goed op de behandeling en zijn gezondheidstoestand evalueerde in goede richting. Hij verliet in januari 2013 het ziekenhuis. Het vervolg van zijn voorziene behandeling voor een periode van 20 bijkomende maanden diende ambulant te worden toegediend.

Administratieve procedure

Sergei diende in juni 2013 een *9ter*-aanvraag in. Het medisch getuigschrift van zijn arts wees erop dat Sergei gedurende minstens 20 maanden behandeld moest worden, dat hij nood had aan maandelijkse gespecialiseerde opvolging en dat er een risico op herval van meer dan 20% was, ondanks de behandeling. Zijn arts verduidelijkte ook dat Sergei, in geval van herval, een groot risico voor de volksgezondheid betekende. Zijn arts had, na contact te hebben genomen met verschillende artsen en de VRGT (Vlaamse Dienst voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding), eveneens gewezen op het feit dat de noodzakelijke behandeling, niet beschikbaar, noch toegankelijk was in zijn land van herkomst. Er was in Dagestan geen toegang tot Linezolid dat gebruikt werd in zijn behandeling³⁷.

Tijdens de lopende behandeling van Sergei heeft de DVZ in maart 2014 een medisch advies genomen waarin het oordeelt dat (*vrije vertaling*) “*deze zieke persoon niet lijdt aan ziekte die een verhoogd risico voor zijn leven of zijn fysieke integriteit met zich meedraagt. De medische zorgen zijn namelijk beschikbaar en toegankelijk in*

³⁷ Voor meer informatie, zie http://www.jamestown.org/single/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=27962&no_cache=1#.VLwsuSx0zIU.

het land van herkomst. Er zijn dus geen aanwijzingen tegen een terugkeer naar zijn land van herkomst.” Er werd hem een negatieve 9ter en een BGV betekend.

Naast het oppervlakkige onderzoek van de medische situatie van Sergei (behandeling van multiresistente tuberculose die nog niet beëindigd was), toont dit geval duidelijk aan dat er geen rekening wordt gehouden met de risico's voor de volksgezondheid. Nochtans is het risico op herval van een ziekte die gevaarlijk is voor de volksgezondheid en die niet behoorlijk behandeld wordt wegens het ontbreken van medische en therapeutische middelen in het herkomstland, niet onbestaande.

4. Alexandra, 21 jaar, Ivoorkust

Persoonlijke achtergrond

Alexandra is 21 jaar en afkomstig uit Ivoorkust. Haar mama overleed bij haar geboorte. Ze werd opgevangen door haar tante en diens echtgenoot. Vanaf 7-jarige leeftijd werd ze mishandeld door haar tante en misbruikt door diens echtgenoot. Als ze 13 jaar oud was, werd ze zwanger en moest ze het huis verlaten. Alexandra beviel in januari 2007 van een meisje, dat snel na de geboorte ziek werd en regelmatig nood had aan medicatie. Alexandra ging in de prostitutie om voor haarzelf en haar dochtertje te kunnen zorgen. Haar dochtertje overleed op anderhalf jarige leeftijd. Alexandra besloot om haar land te verlaten en kwam in september 2011 in België aan.

Medische problemen

Alexandra werd bij aankomst in België getest op HIV en kwam te weten dat ze seropositief is. Ze stelde zich vragen bij haar besmetting omdat ze haar activiteiten als prostituee steeds op een veilige manier uitoefende. Daarom dacht ze aan haar oom en ook aan het overlijden van haar dochtertje dat misschien te wijten was aan aids. Uit vrees om verstoten te worden, durfde ze er niet over te spreken en ondernam ze meerdere zelfmoordpogingen. Er werd eveneens een ernstige immuundepressie in het kader van de HIV-besmetting vastgesteld, net als in situ baarmoederhalskanker. In eerste instantie verbeterde haar gezondheidstoestand door de behandeling, maar haar situatie bleef onzeker door een zwak immuunherstel wat haar gevoelig maakt voor opportunistische infecties. Haar medische toestand ging er in augustus 2014 op achteruit door een verslechtering van haar immuunsysteem te wijten aan een onderbreking van haar antivirale behandeling. Dit vond plaats in de context van een zware depressie gepaard gaande met anorexia en een melancholische toestand. In februari 2015 verslechterde haar medische toestand nog meer waardoor ze nu op elk moment het risico loopt om dodelijke opportunistische infecties op te doen. Haar psychiatrische toestand blijft zorgwekkend.

Administratieve procedure

Na haar aankomst in België, diende Alexandra een asielaanvraag

in, die afgewezen werd. Omdat ze ziek is, diende ze in april 2012 een 9ter-aanvraag in. Deze werd ontvankelijk verklaard. In maart 2013 beschouwde de DVZ haar aanvraag ongegrond en vond dat de beschikbaarheid en de toegankelijkheid net als haar gezondheidstoestand er haar niet van weerhielden om te reizen. Deze beslissing werd in september 2013 vernietigd door de RvV. Alexandra zou opnieuw een immatriculatieattest en sociale bijstand moeten gekregen hebben, maar de DVZ heeft gewacht om instructies te geven aan de gemeente om een immatriculatieattest te doen afleveren. De gemeente, die nochtans op de hoogte was van het vernietigingsarrest van de RvV, weigerde om iets te doen zonder officiële instructies van de DVZ. En dit ondanks meerdere tussenkomsten vanwege de advocaat. Alexandra had geen enkele vorm van sociale bijstand en werd ondersteund door sociale organisaties die haar hielpen om een onderkomen te zoeken en om haar ziekte te aanvaarden. Ze moest een strijd voeren om tijdig Dringende Medische Hulp te krijgen om haar behandeling te kunnen verderzetten. In deze situatie is alles van tijdelijke aard en niets zeker. Ze had geen middelen om te overleven, kon geen opleiding volgen, noch werken. Ze vreesde voortdurend om een BGV te krijgen. Haar advocaat vulde haar 9ter-aanvraag aan door te verwijzen naar haar erg zorgwekkende mentale gezondheidstoestand maar de aanvraag werd in september 2014 opnieuw ongegrond verklaard omdat de zorgen beschikbaar en toegankelijk zouden zijn in haar land van herkomst. Alexandra kreeg een BGV en een inreisverbod van 3 jaar. Beide beslissingen werden aangevochten voor de RvV. Haar beroep tegen de weigering van de 9ter is momenteel nog hangende. Vanaf dat moment bevindt Alexandra zich in een hopeloze situatie: stopzetting van de behandeling met medicatie, in zichzelf teruggekeerd, anorexia, melancholische toestand. In februari 2015 stemde ze in met een kortstondige hospitalisatie. De achteruitgang van haar immuunsysteem werd bevestigd maar ondanks een nieuwe zelfmoordpoging, weigert ze een opname in een psychiatrische afdeling.

Dit geval toont duidelijk de extreem strenge beoordeling van de toegang tot zorgen in het land van herkomst door de administratieve overheid aan. Gevallen waarin een infectie met HIV niet gestabiliseerd is, zouden zelfs in België kunnen leiden tot een snelle dood. Het illustreert eveneens het ontbreken van een

onderzoek van de situatie geval per geval. De psychische toestand van Alexandra maakt het onmogelijk dat ze een terugkeer naar haar land van herkomst simpelweg kan “overleven”. Het illustreert tenslotte het soms onophoudelijke heen-en-weer geslinger tussen de DVZ en de RvV in geval van de vernietiging van beslissingen en de dramatische gevolgen daarvan op de sociale en medische toestand van de aanvragers.

5. *Adrien, 68 jaar, Burundi*

Persoonlijke achtergrond

Adrien is 68 jaar en afkomstig uit Burundi. Hij kwam in 2009 in België toe.

Medische problemen

Na zijn aankomst in België werd Adrien, die besmet is met HIV, onmiddellijk gehospitaliseerd wegens een ernstige achteruitgang van zijn medische toestand, in het licht van ernstige comorbiditeiten die genegeerd of niet gecontroleerd werden in Burundi³⁸. Adrien werd in België onmiddellijk behandeld en de situatie op vlak van HIV stabiliseerde. Maar de verschillende aandoeningen verslechterden in de maanden en de jaren die erop volgden waardoor meerdere ziekenhuisopnames noodzakelijk waren: het optreden van een chronisch linker hartfalen (2012), een pre-terminaal nierfalen (2012), en vervolgens een terminaal nierfalen met opstart van dialyse (2013), een polyneuropathie die resulteerde in functieverlies en een ernstige osteïtis van het rechterbeen waardoor een amputatie nodig was, gevolgd door postoperatieve complicaties (2012). In januari 2014 was de HIV-infectie niet langer onder controle door een onderbreking van de behandeling gedurende verschillende maanden door zijn onzekere administratieve situatie. Hij leeft als een “vagebond”, zonder machtiging tot verblijf noch medische kaart en is afhankelijk van het OCMW voor zijn Dringende Medische Hulp. In december 2014 verbeterde zijn medische toestand en werd er een gedeeltelijk immuunherstel vastgesteld maar de dialysesessies blijven nog steeds noodzakelijk³⁹.

Administratieve procedure

Adrien diende in 2010 een *9ter*-aanvraag in die in 2011 verworpen werd. Een tweede aanvraag werd ingediend in juli 2012 met als gevolg dat hij ondervraagd en onderzocht werd door de geneesheer van de DVZ. Desondanks kwam er een tweede negatieve beslissing die hem in maart 2013 betekend werd. De geneesheer van de DVZ

38 Een gecompliceerde en onstabiele type 2-diabetes met episodes van hypoglycemisch coma, ongediagnosticeerd chronisch nierfalen, miliaire tuberculose die niet onderzocht en behandeld werd in Burundi met hersen-, blaas- en prostaatletsels als gevolg.

39 Sinds september 2013 ondergaat hij 3 dialysesessies per week.

somde de gedetailleerde medische verslagen op, waarvan de ene al alarmerender was dan de andere en waaronder, meer bepaald deze van augustus 2011, opgesteld door de geneesheer-specialist van Adrien die bevestigde dat (*vrije vertaling*) “*de patiënt terugsturen naar zijn land van herkomst gelijk zou staan met hem tot de dood veroordelen op korte termijn*”. De geneesheer van de DVZ sprak zich echter niet uit over de ernst van de medische toestand en besloot dat de zorgen beschikbaar waren in zijn land van herkomst. Hij voegde hieraan toe dat de moeilijke toegang tot de zorgen, zoals ingeroepen door de advocaat van Adrien, (*vrije vertaling*) “*een algemeen karakter vertoont en de verzoeker niet persoonlijk treft*”, terwijl de medische toestand van Adrien voor zijn aankomst in België duidelijk aantoonde dat hij geen toegang had tot een adequate verzorging.

Wat de antiretrovirale behandeling betreft (die aangepast werd in functie van de comorbiditeiten en de tegengekomen intoleranties), was de geneesheer van de DVZ van mening dat dit vervangen kon worden door INDINAVIR dat beschikbaar is in zijn land van herkomst. Maar deze medicatie is absoluut af te raden in geval van nierfalen. De geneesheer besloot zijn advies met de beschouwing dat (*vrije vertaling*) “*niets erop wijst dat de patiënt (met een leeftijd van 66 jaar op het moment van het opstellen van deze brochure en die nauwelijks nog kan lopen) niet opnieuw toegang zou kunnen krijgen tot de arbeidsmarkt in zijn land*” aangezien hij al als adviseur bij een ministerie heeft gewerkt.

De echtgenote van Adrien werd geregulariseerd en beschikt over een verblijfstitel van onbepaalde duur. Het koppel heeft 4 kinderen en hun dochter verkreeg de Belgische nationaliteit. Wat Adrien betreft; hij diende meer dan een jaar geleden een regularisatie om humanitaire redenen in. Tot op de dag van vandaag wacht hij nog op een antwoord.

Dit geval toont opnieuw het oppervlakkige onderzoek van de medische toestand en de behandeling door de geneesheren van de DVZ aan. Hoe kan er uitgelegd worden dat, zoals in het geval van Adrien, de geneesheer van de DVZ zich niet uitspreekt over de erger wordende medische toestand van de patiënt en dat hij een wijziging van de behandeling voorstelt die formeel afgeraden werd voor de patiënt? Dit geval illustreert eveneens het ontbreken van een globaal onderzoek van de situatie van de aanvragers die

medisch gezien ondoeltreffend verzorgd werden (voor zijn HIV-besmetting in Burundi voor zijn aankomst in België, leeftijd van Adrien, familiale situatie in België...).

6. *L., 5 jaar en zijn mama mevrouw K., Guinee*

Persoonlijke achtergrond

L. is een kleine jongen van 5 jaar, geboren in België en afkomstig uit Guinee. Mevrouw K., zijn moeder, is in mei 2010 in België aangekomen toen ze 34 weken zwanger was van een tweeling (een meisje en een jongen, L.).

Medische problemen

Na aankomst in België werd een besmetting met HIV vastgesteld bij mevrouw K. Op het moment dat haar verteld werd dat ze seropositief is, kwamen haar weeën op gang en beviel ze vroegtijdig na 35 weken zwangerschap. Wanneer ze haar echtgenoot op de hoogte bracht van haar seropositiviteit, weigerde hij dat ze terugkwam. Enkel bij haar zoon werd een HIV-besmetting vastgesteld, na 1 maand werd een behandeling gestart. Het meisje dat niet besmet was met HIV, overleed na 3 maanden aan wiegendood.

L. evolueert heel goed tijdens de behandeling. Hij gaat naar school maar blijft op medisch en psychologisch vlak in opvolging. Het proces van het uitleggen van de diagnose wordt gestart. Zijn moeder heeft een immunodepressie en heeft nood aan een antiretrovirale behandeling. Ze lijdt aan een post-traumatisch stresssyndroom en een ernstige depressie ten gevolge van haar HIV-diagnose en de daaruit voortvloeiende stigmatisering, van de overdracht van HIV aan haar zoontje en van het verlies van haar dochtertje door wiegendood. Haar gezondheidstoestand is erg onzeker geworden doordat ze de laatste jaren in een irreguliere situatie of met een onzekere verblijfstitel geleefd heeft. Ze heeft nood aan psychologische en intensieve multidisciplinaire opvolging in een vertrouwde omgeving. Ze heeft regelmatig zelfmoordgedachten die gelinkt zijn aan de beleefde trauma's. Dankzij de ziekenhuisdiensten heeft ze tot nu toe de energie kunnen vinden om voor haar kind te zorgen en een opname in de psychiatrie kunnen vermijden. De verbreking van deze band zou een medische achteruitgang bij haar zoontje en haarzelf, en een psychiatrische destabilisatie kunnen veroorzaken. In Guinee Conakry is er echter een ernstig tekort aan psychiaters en aangepaste structuren die getraumatiseerde patiënten kunnen opvangen.

Administratieve procedure

Mevrouw K. heeft meerdere 9ter-aanvragen ingediend. De eerste werd in september 2010 ontvankelijk verklaard maar ongegrond in september 2011. De tweede was onontvankelijk in juni 2012. Een derde 9ter-aanvraag werd in september 2013 ingediend en onontvankelijk verklaard in april 2014. Een beroep tegen deze weigering is nog steeds hangende. Voor L. werden eveneens meerdere 9ter-aanvragen ingediend. De eerste kort na de geboorte en de laatste in augustus 2012. Deze laatste werd ontvankelijk verklaard in juli 2013. Er werd hen een immatriculatieattest afgeleverd.

In augustus 2014 werd een beslissing over de 9ter-aanvraag van de jongen aan hen betekend. De aanvraag werd ontvankelijk maar ongegrond verklaard. Volgens de geneesheer van de DVZ is er geen enkele tegenindicatie voor een terugkeer naar Guinee aangezien de zorgen en behandelingen, net als een specialisatie in pediatrie er beschikbaar zijn. Hij voegde hieraan toe: *(vrije vertaling)* “er is een sociaal zekerheidssysteem dat toegankelijk is in Guinee op basis van tewerkstelling (na 6 maanden) en alle medicatie en zorgen worden ten laste genomen, meer bepaald door AzG (Artsen zonder Grenzen of MSF)”. Nochtans spreekt een officieel rapport van MSF International van juli 2014 dit tegen in de volgende paragraaf: *(vrije vertaling)* “Sinds januari 2013 startten de centra, ondersteund door MSF, geen nieuwe patiënten meer op ARV-behandeling, noch aanvaardden ze patiënten die van elders komen. Het centrum Dream doet geen intakes meer sinds 2013. De CD4-testen zijn betalend voor de patiënten. Wat de virale lading betreft, zijn deze tests enkel mogelijk op de sites die ondersteund worden door MSF en in het centrum Dream. Geen van deze sites doet intakes van nieuwe patiënten op dit moment”.

L. en zijn mama leven in erg grote onzekerheid. De medische zorgen in België van L. worden door het ziekenfonds ten laste genomen doordat hij werd ingeschreven als persoon ten laste in de ziekteverzekering van een goede vriend die verblijft en werkt in België.

Het OCMW van Brussel werd veroordeeld om aan mevrouw K. een achterstand van enkele maanden sociale bijstand waarop ze recht had (zo'n 2000 EUR) te betalen na een beroep dat ingediend werd tegen het OCMW van Brussel. Er werd een vonnis uitgesproken door de Arbeidsrechtbank op 5 maart 2015. Het OCMW is niet in beroep gegaan tegen deze beslissing. Mevrouw K. heeft het geld nog

steeds niet gekregen.

Een nieuwe aanvraag tot sociale bijstand zal worden ingediend.

Dit geval toont opnieuw de extreem strenge en onrechtmatige beoordeling van de toegang tot zorgen in het land van herkomst aan (de vermelding van een mogelijke toegang tot het programma van AzG dat officieel werd tegengesproken door de NGO zelf), net als het ontbreken van een globaal onderzoek naar de familiale situatie. Gezien de recente ebola-epidemie die nog steeds woedt in Guinee, zijn de gezondheidsstructuren verzadigd en kunnen ze momenteel de basiszorgen niet meer toekennen aan hun patiënten. Zolang deze epidemie niet afneemt en de gezondheidsstructuren niet versterkt worden, stellen we ons vragen bij het terugsturen naar Guinee van patiënten die nood hebben aan regelmatige gezondheidszorg.

7. Grace, 39 jaar, Tanzania

Persoonlijke achtergrond

Grace is 39 jaar en afkomstig uit Tanzania. Ze werd op erg jonge leeftijd door haar ouders toevertrouwd aan een opvangfamilie. Eind jaren '90 werd Grace misbruikt door een man die een jaar later overleed aan aids. Ze durfde er niet over te praten, noch een test te laten uitvoeren.

Medische problemen

Grace werd ziek in 2007 en er werd longtuberculose vastgesteld, waarvoor ze behandeld werd. Ook haar HIV-besmetting werd ontdekt en er werd gestart met een antiretrovirale behandeling, die niet aangepast was⁴⁰. Na deze diagnose werd ze verstoten door haar opvangfamilie. Begin 2009 ging haar gezondheidstoestand achteruit en een Belgische vriend die in Tanzania woont, hielp haar om naar België te komen. De achteruitgang was te wijten aan de ondoeltreffendheid van de behandeling aangezien het virus resistent geworden was tegen 2 van de 3 genomen moleculen (Lamivudine en Efavirenz). De ondoeltreffendheid werd aangetoond door een resistentiebepaling die wees op een resistentie tegen de medicatie die ze gekregen had in Tanzania. In België wordt ze opgevolgd door het Universitair Centrum te Charleroi. Haar behandeling werd aangepast maar ze vertoont een levertoxiciteit t.a.v. de nieuwe medicatie Atazanavir. Uiteindelijk lijkt een 3^e-lijnsbehandeling (Darunavir, Ritonavir, Tenofovir, Emtricitabine) na enkele maanden het virus onder controle te krijgen (Darunavir is niet beschikbaar in Tanzania). Er werden eveneens cystische laesies van de milt vastgesteld, waarschijnlijk een nasleep van de tuberculose, evenals een cervicale dysplasie.

Administratieve procedure

Na aankomst in België diende Grace een asielaanvraag in, met een negatieve afloop. Tijdens haar asielprocedure verbleef ze in een opvangcentrum voor asielzoekers en werd ze opgevolgd door het aidsreferentiecentrum in Charleroi. In juli 2009 werd er een aanvraag tot machtiging tot verblijf om medische redenen ingediend, die in oktober 2009 ontvankelijk verklaard werd. Begin 2013 nam

40 Lamivudine, Zidovudine, Efavirenz.

de DVZ een weigeringsbeslissing overwegende dat de behandeling en de opvolging in Tanzania mogelijk zijn: *(vrije vertaling)* “de geneesheer van de DVZ bevestigt dat het geheel aan vereiste medische behandelingen en opvolgingen beschikbaar zijn in het land van herkomst, dat de zorgen toegankelijk zijn voor de betrokkene, dat haar gezondheidstoestand er haar niet van weerhoudt om te reizen en er daardoor geen tegenindicatie is op medisch vlak voor een terugkeer van verzoekster naar haar land van herkomst.”

Grace kreeg eveneens een BGV en omdat ze nu zich in onwettig verblijf bevond, verloor ze haar OCMW-steun die ze gekregen had nadat haar aanvraag ontvankelijk was verklaard. Ze was dus niet langer in staat om haar huur te betalen en om haar behandeling op de juiste wijze verder te zetten. De medische zorgen konden enkel nog via een aanvraag Dringende Medische Hulp verkregen worden. Haar advocaat diende een annulatieberoep in bij de RvV, die de beslissing van de DVZ vernietigde. Eind 2013 krijgt ze een nieuw negatief antwoord op haar aanvraag, samen met het bevel om naar een terugkeercentrum te gaan. Ze verliet dit centrum na 10 dagen, nadat ze weigerde om een akkoord tot vrijwillige terugkeer te ondertekenen. Nu ze zonder financiële hulp zit, logeerde ze gedurende de 4 daaropvolgende maanden in een zaal van een Afrikaanse kerk zonder die te verlaten. Haar voorraad medicatie raakte uitgeput maar ze durft niet naar het OCMW van de gemeente te gaan waardoor de medische opvolging onderbroken werd. Het aidsreferentiecentrum, dat bezorgd was om haar situatie, slaagde erin om haar te contacteren en bezorgde haar enkele staaltjes van antiretrovirale middelen. Haar situatie is vandaag de dag nog steeds erg onzeker. Ondanks deze beproevingen, laat ze de moed niet zakken maar leeft ze met de angst om te sterven indien ze zou terugkeren naar Tanzania.

Dit geval onderlijnt het stereotiepe karakter van de beslissingen genomen door de DVZ en het ontbreken van een individueel onderzoek naar de toegankelijkheid van de zorgen. De gekregen ondoeltreffende behandeling (ontwikkeling van resistenties) in Tanzania en de discriminatie waarvan ze het slachtoffer werd binnen haar familie, maken het moeilijk of zelfs onmogelijk om toegang te krijgen tot de aangepaste zorgen. Het feit dat de 3^e-lijnsbehandeling die Grace in België krijgt, niet beschikbaar is

in Tanzania en dat ze in geval van terugkeer het risico loopt op aids, baarmoederhalskanker en de dood, werd niet in overweging genomen door de geneesheer van de DVZ, wat verbazingwekkend is. Tanzania heeft meer dan 46 miljoen inwoners. Ongeveer 1,6 miljoen mensen zijn besmet met HIV en 700 000 mensen hebben nood aan een antiretrovirale behandeling om te kunnen overleven. Slechts ongeveer 277 000 zieke personen hebben toegang tot deze behandeling. Hierdoor overleden er in 2011 84 000 mensen aan aids. Dit kan worden verklaard door de armoede in het land en het gebrek aan artsen (minder dan 1000 artsen voor het ganse land) en aan medische infrastructuur. Een analyse van de virale lading is in een klinische routine niet mogelijk en de 2^e-lijnsantiretrovirale medicatie is veel duurder.

8. G., 35 jaar, Benin

Persoonlijke achtergrond

Meneer G. is 35 jaar en afkomstig uit Benin. Hij kwam in 2010 in België aan.

Medische problemen

Meneer G. werd vanaf eind maart 2012 opgevolgd door een centrum geestelijke gezondheid. Zijn asielaanvraag werd afgewezen en hij verloor zijn werk en woning. Aan het begin van de opvolging bevond meneer G. zich op straat in een zorgwekkende psychische toestand (angst voor anderen, teruggetrokken, mutisme, hoofdpijn, nachtmerries, verlies van eetlust, zelfverminking, visuele en auditieve hallucinaties). Er werd snel een psychiatrische opvolging op gang gebracht, naast psychosociale begeleiding en medicatie, gezien de psychotische decompensatie die meneer vertoonde. In juni 2012 vond een eerste spoedopname plaats nadat hij gestopt was met eten waardoor hij tot op zorgwekkend niveau vermagerd en verzwakt was, in grote mate in zichzelf gekeerd was en niet meer sprak. Meneer zei geen waanideeën te hebben, maar zijn gedragingen wezen wel in die richting.

Administratieve procedure

Na zijn aankomst in België, diende meneer G. een asielaanvraag in, met negatief gevolg.

Een eerste 9ter-aanvraag werd in januari 2012 ingediend wegens depressie en PTSD. Deze 9ter-aanvraag werd onontvankelijk verklaard in maart 2012 op basis van de medische filter: *(vrije vertaling)* “de aandoeningen veroorzaken geen direct levensgevaar. De gezondheidstoestand is niet kritiek.”

In juni 2012 werd een 2^e 9ter-aanvraag ingediend. Dit werd gevolgd door een beslissing tot onontvankelijkheid dat gebaseerd was op het medisch advies van de geneesheer van de DVZ volgens wie *(vrije vertaling)* “het medisch getuigschrift geen melding maakte van een directe levensbedreiging aangezien geen enkel vitaal orgaan in zodanige staat was dat de levensverwachting direct bedreigd was en de ingeroepen psychologische toestand werd niet bevestigd door beschermingsmaatregelen, noch door sluitende onderzoeken. Er werd bovendien geen melding gemaakt van een kritische

gezondheidstoestand en een monitoring van de vitale functies of een permanente medische controle om de levensverwachting te verzekeren bleek niet nodig te zijn”.

Deze beslissing, die begin 2013 betekend werd, werd kort na het indienen van het beroep bij de RvV weer ingetrokken door de DVZ. Kort erna werd een nieuwe negatieve beslissing genomen door de DVZ, dat enkel verwees naar het eerste overgemaakte medisch getuigschrift zonder melding te maken van de actualisaties en andere getuigschriften die sinds het begin van de opvolging overgemaakt werden en die melding maakten van 2 spoedopnames nadat meneer G. bijna was omgekomen door de honger.

De geneesheer van de DVZ hernam enkel de melding van PTSD uit het eerste getuigschrift (opgesteld door een andere arts, vlak voor het begin van de opvolging door Ulysse), met verwijzing naar de blootstellingstheorie en naar een betere behandeling in het land van herkomst. Hij wees eveneens op het belang van de regelmaat van de consultaties en van de duur van de klachten (in ieder geval minstens gedurende één maand) voor de vaststelling van de diagnose PTSD, wat volgens hem niet het geval was in dit dossier, terwijl de opvolging al bijna een jaar liep.

Ook hiertegen werd er een beroep ingediend en de beslissing werd opnieuw ingetrokken. In maart 2014 werd een nieuwe beslissing tot onontvankelijkheid genomen. Deze keer was het advies van de geneesheer meer uitgebreid, en werden meerdere attesten en getuigschriften die verstuurd waren overgenomen maar zonder dat er melding gemaakt werd van de hospitalisatieverslagen die door de advocaat overmaakt waren en van bepaalde attesten. De conclusie is wederom (*vrije vertaling*) “*dat er geen direct levensgevaar is voor de betrokkene aangezien er geen organen aangetast zijn en dat de ingeroepen psychologische toestand niet bevestigd werd door beschermingsmaatregelen, noch door sluitende onderzoeken. Geen melding van risico op zelfdoding. De hospitalisaties zijn niet bewezen. En er is geen sprake van een kritische gezondheidstoestand die een monitoring van de vitale functies vereist.*”

Het beroep dat door de advocaat van meneer G. ingediend werd, is nog steeds hangende. Meneer heeft nood aan een opname in een therapeutische omgeving of aan een hospitalisatie van lange duur, met daarna een inschrijving in een dagcentrum om zijn toestand te kunnen stabiliseren en te kunnen hopen op verbetering. Hiervan kan

hij niet genieten omwille van zijn administratieve situatie.

Deze beslissingen tot onontvankelijkheid die gebaseerd zijn op de medische filter, ontnemen meneer elke vorm van sociale bijstand waardoor hij zich hulpeloos op straat bevindt zonder toegang tot aangepaste zorgen en in levensomstandigheden die zijn toestand verergeren. Meneer heeft al 3 winters doorgebracht in de winteropvang van Samu Social. De rest van de tijd brengt hij op straat door zonder enig sociaal netwerk, de professionelen waarmee hij in aanraking komt buiten beschouwing gelaten. Gedurende de opnames verbetert zijn toestand systematisch maar deze gaat snel terug achteruit zodra hij zich op straat bevindt. Zijn veerkracht is echter niet oneindig. De verwachtingen zijn allesbehalve positief als deze situatie nog lang blijft voortduren.

Dit geval toont opnieuw de gebrekkige inachtneming aan van de specificiteit van psychiatrische problemen, gezien het feit dat het dossier van meneer G. somatisch werd beoordeeld. Gedurende 3 jaar werd het dossier van meneer G. heen en weer geslingerd tussen de DVZ en de RvV, zonder dat het daadwerkelijk voor een rechter gebracht werd aangezien de beslissingen door de DVZ ingetrokken werden voor er een oproeping van de RvV kwam. Hoe kan er uitgelegd worden dat het pathogene karakter van zijn situatie en het feit dat dit onomkeerbare gevolgen gehad heeft op de fysieke en psychische gezondheidstoestand van meneer, niet in rekening werden gebracht (en dus stelt de vraag zich of hier sprake is van het in gevaar brengen van anderen of geen hulp bieden aan een persoon in gevaar)?

9. Edi, 21 jaar, Oekraïne

Persoonlijke achtergrond

De familie van Edi is afkomstig uit Oekraïne. Ze zijn in september 2010 in België toegekomen. De oudste zoon, Edi, was bij aankomst in België 16 jaar en mentaal gehandicapt sinds de geboorte. De familie wou dat hun zoon Edi een chirurgische ingreep onderging, die in Oekraïne niet uitgevoerd kon worden.

Medische problemen

Edi heeft meerdere gezondheidsproblemen. Hij heeft een mentale achterstand, ernstige psychomotorische problemen die te wijten zijn aan perinatale anoxie en een necrose van de linker femurkop door een later opgelopen trauma waardoor hij niet meer zelfstandig kan lopen. Dit heeft aanleiding gegeven tot verschillende niet-overtuigende chirurgische ingrepen. Naast de verschillende psychomotorische problemen en zijn mentale achterstand, verplaatst hij zich met de hulp van een rolstoel en heeft hij nood aan één of meerdere chirurgische ingrepen en kinesitherapie sessies

Administratieve procedure

De familie diende in juni 2011 een eerste 9ter-aanvraag in. Daarin werd uitgelegd dat Edi door zijn ernstige medische problemen onmogelijk in zijn land van herkomst behandeld kon worden. De medische getuigschriften ingevuld door de geneesheer-specialisten die Edi behandelen, werden aan de aanvraag toegevoegd. De artsen hamerden op de ernst van de aandoening die tot de dood kan leiden of in elk geval een inbreuk op de fysieke integriteit kan inhouden. De artsen riepen de noodzaak van de aanwezigheid van de familie op om voor Edi te zorgen aangezien hij ernstig mentaal gehandicapt is. De medische getuigschriften opgesteld door de geneesheer-specialisten in 2011 vulden de aanvraag verder aan en specificeerden dat ze terughoudend zijn wat de prognose betreft. De internist haalde zelfs aan dat er een risico op overlijden is. Hij specificeerde dat Edi totaal afhankelijk is van zijn familie, dat er een risico is op epilepsieaanvallen en dat hij nood heeft aan een aangepaste structuur.

Ondanks dit alles verwierp de geneesheer van de DVZ de aanvraag door te oordelen dat: *(vrije vertaling)* “het medisch dossier niet toe laat te besluiten dat de vereiste graad van ernst aanwezig is (...). Het

gaat hier om neonatale infectieuze orthopedische problemen zonder directe bedreiging voor het leven (...)" . Er werd in oktober 2012 een beroep ingediend tegen deze weigeringsbeslissing van de 9^{ter} bij de RvV, die in mei 2013 de beslissing van de DVZ vernietigde.

Na deze vernietiging nam de DVZ een nieuwe beslissing. Deze keer werd de motivatie gesteund op het feit dat er geen risico is voor de fysieke integriteit aangezien de medische behandeling in het land van herkomst mogelijk is. Er werd niet concreet gemotiveerd waartoe Edi juist toegang had. Het beroep tegen deze nieuwe beslissing is sinds september 2013 hangende.

Edi werd door de Rechtbank van Eerste Aanleg van Brussel onder verlengde minderjarigheid geplaatst aangezien hij mentaal gezien handelingsonbekwaam is. Dit betekent dat hij beschouwd wordt als een minderjarige en moet kunnen genieten van een verhoogde bescherming wegens zijn minderjarigheid.

De familie werd alle hulp ontzegd wegens hun onwettig verblijf (buiten Dringende Medische Hulp die niet alle zorgen dekt waar Edi nood aan heeft). Daarom dienden ze een beroep in bij de Arbeidsrechtbank. In augustus 2014 heeft de Arbeidsrechtbank geoordeeld dat bijstand moest worden toegekend aan deze familie, die zich medisch gezien in de absolute onmogelijkheid bevindt om terug te keren. Deze beslissing werd overgemaakt aan de DVZ, die tot nu toe nog niet gereageerd heeft.

Dit geval toon opnieuw aan tot op welk punt de DVZ niet concreet onderzoekt of de zorgen en de opvang van dit gehandicapt kind in goede omstandigheden kunnen plaatsvinden in zijn land van herkomst. Deze informatie werd niet ernstig nagegaan door de DVZ die zich enkel baseerde op informatie verzameld op bepaalde websites met verouderde verwijzingen. Uit deze sites blijkt dat het niet zeker is dat Edi kan genieten van kinesitherapie sessies die onmisbaar zijn voor zijn behandeling en dat er geen infrastructuur bestaat om personen met een handicap op te vangen. Bepaalde rapporten leggen de erbarmelijke omstandigheden uit voor personen met een handicap (die namelijk gedurende de ganse dag aan hun bed worden vastgemaakt). Daarnaast beoordeelt de DVZ op theoretische manier en zonder concreet onderzoek naar de situatie, dat de ouders in staat zijn om te werken en dus

om de nodige zorgen voor Edi te financieren. Nochtans is het gemiddelde maandloon van de Oekraïners laag. Hoe kunnen de ouders van Edi trouwens werken en de medische en paramedische zorgen die Edi nodig heeft, betalen én hiernaast tegemoet komen aan de noden van de twee andere kinderen, indien één van beide ouders zich over Edi moet ontfermen gedurende de dag door het ontbreken van een infrastructuur die hem kan opvangen?

III. KRITISCHE ANALYSE VAN DE PRAKTIJK VAN DE BELGISCHE AUTORITEITEN MET BETREKKING TOT DE BEHANDELING VAN DE 9TER-AANVRAGEN

De machtiging tot verblijf om medische redenen is voorbehouden aan ernstig zieke personen die in hun land van herkomst geen toegang hebben tot medische zorgen en die niet in staat zijn om te reizen om terug te keren naar hun land omwille van hun gezondheidstoestand. Vandaag lijken zelfs de ergste gevallen niet voldoende te zijn om een verblijfstitel te kunnen bekomen om medische redenen. Het ziet ernaar uit dat het artikel 9ter uitgehold is geraakt.

Hieronder hebben we gepoogd om een vaststelling en analyse te maken van de vele problemen die in de praktijk van de administratieve overheid zijn vastgesteld en die door de eerder vermelde individuele cases werden toegelicht. Meerdere passages uit de beslissingen van de DVZ worden hier hernomen om zo onze analyse te verduidelijken. Deze passages worden met een grijze achtergrond weergegeven.

1. Een overdreven formalisme in het onderzoek van de ontvankelijkheidsvoorwaarden van de 9ter-aanvraag

We stellen in meerdere dossiers vast dat de medische situatie niet “ten gronde” onderzocht wordt wegens “puur formalistische” redenen. Een groot deel van ernstige medische situaties geraken niet voorbij het ontvankelijkheidsonderzoek terwijl uit het medisch dossier blijkt dat er een risico voor het leven is of op zijn minst voor de fysieke integriteit en dat het risico zich op relatief korte termijn zou voordoen in geval van stopzetting van de behandeling in België of bij terugkeer naar het land van herkomst.

Uit andere dossiers blijkt ook:

- Met betrekking tot het identiteitsbewijs, is de DVZ bijvoorbeeld van oordeel dat de zieke persoon zijn identiteit niet voldoende bewijst indien zijn paspoort vervallen is of beoordeelt het op strenge wijze de andere bewijsmiddelen die voorgelegd worden door de vreemdeling om zijn identiteit aan te tonen. Door dit te doen, lijkt de administratieve overheid de bedoeling van de wetgever uit het oog te zijn verloren, die zich ervan wou verzekeren dat de zieke vreemdeling wel degelijk van het land komt waarvan

hij beweert de nationaliteit te bezitten en dat hij dus geen toegang heeft tot de zorgen in zijn land. De afkomst van een vreemdeling kan echter aangetoond worden aan de hand van andere informatie die zijn nationaliteit kunnen bewijzen. Deze weigeringsgrond is nog minder aanvaardbaar wanneer in geval van verwijdering van een vreemdeling de DVZ gemakkelijk een laissez-passer bij de ambassades verkrijgt en dat dan de afkomst niet meer betwist wordt.

- Het is al voorgevallen dat de DVZ een medisch getuigschrift niet in overweging neemt omdat het nationaal nummer van de aanvrager er niet in vermeld was, omdat de naam (stempel) van de arts vergeten was of omdat het niet gedateerd was.
- Het is ook al voorgevallen dat de DVZ bepaalde aanvragen verwerpt wegens gebrek aan belangstelling omdat de vreemdeling zijn medisch dossier niet actualiseert terwijl de RvV al meermaals heeft verduidelijkt dat er geen wettelijke verplichting voor de vreemdeling bestaat om zijn 9^{ter}-aanvraag te actualiseren en dat alle nuttige documenten samen met de initiële aanvraag moeten worden overgemaakt⁴¹. De administratieve overheid laat aan haar kant zelf de vreemdelingen in het ongewisse over de vordering van hun aanvraag.
- De DVZ verklaart de aanvraag regelmatig onontvankelijk wanneer het standaard medisch getuigschrift niet uitdrukkelijk de graad van ernst vermeld onder het punt B van het standaard getuigschrift. Nochtans blijkt, volgens een groot aantal artsen, de graad van ernst uit de diagnose zelf. Hierdoor slaan ze deze formaliteit over, wat regelmatig leidt tot de onontvankelijkheid van de aanvraag.

(vrije vertaling) “Het getuigschrift maakt geen enkele melding van de graad van ernst van de aandoening. De medische informatie in de rubriek D van het standaard medisch getuigschrift heeft enkel betrekking op de mogelijke gevolgen en complicaties indien de behandeling onderbroken wordt. Deze informatie kan dus in geen geval beschouwd worden als een graad van ernst van de ziekte.”

41 RvV, 31 mei 2012, nr. 82.192; RvV, 31 mei 2012, nr. 82.178.

In dezelfde gedachtegang weigert de DVZ rekening te houden met documenten die toegevoegd worden aan het standaard medisch getuigschrift wanneer deze documenten in de rubriek G van het getuigschrift niet vermeld worden als zijnde een bijlage⁴².

(vrije vertaling) “Verzoekster overhandigt samen met haar 9ter-aanvraag ook 2 attesten van psychologische opvolging om haar gezondheidstoestand te onderbouwen. Deze bijlagen kunnen echter niet in overweging genomen worden aangezien het standaard medisch getuigschrift die bij de aanvraag toegevoegd werd, niet verwijst naar deze medische stukken, en omdat deze stukken niet werden opgesteld aan de hand van het model zoals vereist door artikel 9ter, §1 van de wet van 15/12/1980.”

Dit overdreven formalisme is in strijd met het absoluut karakter van het verbod op onmenselijke en vernederende behandelingen zoals bepaald door artikel 3 EVRM maar ook door de rechtspraak van het EHRM dat een grondig onderzoek vereist. Deze praktijk is trouwens ook tegenstrijdig met de verplichting die op de DVZ rust om rekening te houden met het geheel van elementen van het dossier alvorens een beslissing te nemen. De rechtspraak van de RvV bevestigt regelmatig dat de administratieve overheid haar beslissingen niet correct motiveert, waardoor deze vernietigd worden⁴³. De behandelingstermijn van een beroep bij de RvV duurt echter gemiddeld 450 dagen. Gedurende deze periode kan de zieke vreemdeling zich op geen enkel sociaal recht beroepen⁴⁴. Bovendien geraakt door de buitensporig strenge toepassing van de wetsbepalingen de RvV nutteloos verzadigd⁴⁵. Na de vernietiging van de beslissing tot onontvankelijkheid door de RvV, bevindt de zieke vreemdeling zich terug bij het vertrekpunt.

42 Deze praktijk werd verschillende keren gesanctioneerd door de RvV. Zie in dit verband RvV, 29 maart 2013, nr. 100.322.

43 Lees met betrekking tot de graad van ernst: RvV, 5 oktober 2011, nr. 67.937; RvV, 27 maart 2014, nr. 121.590; RvV, 29 maart 2013, nr. 100.274.

44 Behalve in het geval de advocaat probeert om rechter te putten uit het arrest Abdida en dat de rechter hem gelijk geeft (zie in dat verband deel I, punt 2.2 van dit witboek).

45 De website bepaalde in maart 2015 dat de RvV een achterstand van 27.000 dossiers kende, vooral in het migratiecontentieux (deze achterstand is minder inzake asiel). Zie <http://www.rvv-ccce.be/nl/actua/eerste-voorzitter-trekt-aan-alarmbel>.

2. Een te strenge beoordeling van de “ernst” van de ziekte

Het artikel 9ter voorziet dat een persoon 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” een aanvraag tot machtiging tot verblijf kan indienen.

Gesteund op de beperkende rechtspraak van het EHRM, hanteert de DVZ een erg strenge interpretatie van wat bepaald wordt door artikel 9ter. Om door de “medische filter” te geraken die in de ontvankelijkheidsfase werd ingebouwd, wordt een onmiddellijk levensbedreiging voor de betrokkene of een onomkeerbare fase van de ziekte vereist.

Door de invoering van de “medische filter” wordt voorbij gegaan aan de wil van de wetgever van februari 2012. Alhoewel het wettig is om een zekere mate van ernst te vereisen voor dit type procedures, worden de machtigingen tot verblijf momenteel enkel toegekend wanneer de levensverwachting hier en nu op het spel staat.

In mei 2014 heeft een arts die vroeger voor de 9ter-dienst van de DVZ gewerkt heeft, volgende getuigenis in de pers gebracht: *(vrije vertaling)* “Om via 9ter te worden aanvaard, is men geëvolueerd van een zieke persoon waarvan het leven of de fysieke integriteit in het gevaar is naar een persoon wiens leven onder onmiddellijke bedreiging staat. En de instructies waren duidelijk: een onmiddellijk risico betekende: levensbedreigend binnen de 3 maanden. Deze instructies stonden nergens schriftelijk genoteerd, maar ze werden mondeling meegedeeld. Er zijn slechts weinig ziektes met een onmiddellijk overlijdensrisico binnen de 3 maanden! Het werd zo goed als onmogelijk om een positief advies te geven.”⁴⁶

Nochtans is de wet duidelijk op dit punt. Zowel de gevallen waarin de ziekte voor de betrokkene een risico voor de fysieke integriteit als voor onmenselijke of vernederende behandelingen inhoudt, worden beoogd. Volgens de wet moet het risico wat de toegang tot gezondheidszorg in het land van herkomst betreft, niet onmiddellijk maar wel reëel zijn.

Er dient opgemerkt te worden dat de vraag naar de ernst van de ziekte in rechtstreeks verband staat met de vraag naar de

46 *Le Soir*, 30 mei 2014.

toegang tot gezondheidszorg in het land van herkomst. De Dienst Vreemdelingenzaken doet een onderzoek naar de huidige graad van ernst hier in België, terwijl de persoon meestal onder behandeling staat en intussen gestabiliseerd is. Een ziekte kan soms als “minder ernstig” worden beschouwd omdat ze opgevolgd wordt en gestabiliseerd is door de in België beschikbare behandelingen, maar kan extreem ernstig worden bij het ontbreken van de nodige of onaangepaste zorgen in het land van herkomst.

Deze praktijk kan de DVZ er bijvoorbeeld toe brengen om te weigeren om een verblijfstitel af te leveren aan seropositieve personen die niet in de terminale fase van hun ziekte zitten, en dit zonder de moeite te doen om hun situatie met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg in hun land van herkomst te onderzoeken.

3. Een onnauwkeurig onderzoek van de individuele situatie van de aanvrager en een ontoereikende motivatie van de weigeringsbeslissing

De vreemdeling dient alle nuttige en recente informatie omtrent zijn ziekte en de mogelijkheden en toegang tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of waar hij verblijft, aan de DVZ over te maken. De geneesheer van de DVZ gaat over tot de beoordeling van het risico, de mogelijkheden tot behandeling en de toegang hiertoe in het land van herkomst, de graad van ernst van de ziekte en de noodzakelijk geachte behandeling.

We wensen eraan te herinneren dat er, krachtens artikel 2 en 3 van de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, op de DVZ de verplichting rust om over te gaan tot een grondig en degelijk onderzoek van alle essentiële elementen die werden voorgelegd. Dit wil langs één kant zeggen dat de DVZ zijn beslissing dient te motiveren ten opzichte van alle documenten afgeleverd door de aanvrager, en dit eens te meer wanneer het een advies van zijn geneesheer betreft. Deze motiveringsplicht wordt in de praktijk slechts zelden toegepast. Langs de andere kant dient de geneesheer van de DVZ zich te verzekeren van het bestaan van een adequate behandeling in het land in geval van terugkeer. Wat dit punt betreft, toont de praktijk aan dat de DVZ een poging tot opzoekingswerk onderneemt, maar jammer genoeg zijn deze opzoekingen vaak gefragmenteerd, niet pertinent of zelfs achterhaald.

De artsen van de DVZ hebben eveneens de mogelijkheid om beroep te doen op een geneesheer-specialist of om de aanvrager voor een onderzoek op te roepen. Deze mogelijkheden die in de wet voorzien werden om een grondig onderzoek van de situatie te kunnen doen, worden in de praktijk slechts zelden gebruikt door de administratieve overheid.

Daarom stellen we vast dat vele negatieve beslissingen genomen door de DVZ weinig of slecht gemotiveerd worden. Deze beslissingen vertonen vaak een stereotiepe motivatie die getuigt van een ontoereikende analyse van de situatie en van een oppervlakkig en geen individueel onderzoek van de situatie van de aanvrager.

(vrije vertaling) “Gezien het medisch dossier, blijkt dat er voor de aandoening die beschreven wordt in de standaard medische getuigschriften die hierboven vernoemd worden, noch in de bijgevoegde stukken sprake is van:

- *Een directe levensbedreiging voor de betrokkene.*
 - *Geen orgaan is in zodanige staat dat de levensverwachting direct bedreigd is.*
 - *Een kritische gezondheidstoestand. Er is geen nood aan een permanente monitoring van de vitale parameters of een medische controle om de levensverwachting van de betrokkene te verzekeren.*
 - *Een vergevorderd stadium van de ziekte. De aandoening kan als genezen worden beschouwd.*
- Daarom stel ik in onderhavig geval vast dat het niet gaat om een ziekte zoals voorzien in artikel 9ter, §1, eerste alinea van de wet (...).”*

Hiernaast zijn vele medische adviezen die gegeven werden met betrekking tot de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van gezondheidszorgen in het land van herkomst ook problematisch. De gebruikte bronnen om de toegang tot gezondheidszorg in het land van herkomst aan te tonen, vertonen namelijk een algemeen karakter. De artsen van de DVZ baseren zich sinds het in voege treden van het artikel 9ter het vaakst op informatie verzameld door de administratieve overheid zelf (informatie die overgemaakt werd door ambassades, rapporten van IOM⁴⁷...), op informatie afkomstig van

⁴⁷ Internationale Organisatie voor Migratie. Deze organisatie houdt zich voornamelijk

het documentatie- en onderzoekscentrum van het CGVS (Cedoca) of op informatie die beschikbaar is via de database MedCOI.

Sinds 2011 werkt België mee aan MedCOI (Medical Country of Origin Information), het Europees project met betrekking tot een medische database, op initiatief van Nederland en gefinancierd door het Europees Vluchtelingenfonds. Informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen worden verzameld en geordend in een niet-openbare database voor de verschillende Europese partners. Dit project telt momenteel 12 partners. Het project MedCOI bestaat uit 3 informatiebronnen⁴⁸ om de database van gegevens te voorzien. De eerste bron bestaat uit anonieme artsen die vergoed worden voor deze opdracht en de 2 volgende zijn internationale commerciële ondernemingen. Deze 2 ondernemingen zijn opgericht om medische diensten te verlenen en om voornamelijk expats die door hun bedrijf aangesloten zijn, te repatriëren. Het gaat niet om referenties die kunnen oordelen over de toegankelijkheid tot de gezondheidszorgen die de lokale bevolking nodig heeft. Er dient verder ook op gewezen te worden dat het project MedCOI zich met betrekking tot de toegang tot behandelingen zich van elke verantwoordelijkheid ontdoet.

Bovendien is de informatie die de database MedCOI bevat niet toegankelijk voor migratie- en asielorganisaties van de deelnemende Staten. Het is dus niet mogelijk om de informatie na te gaan behalve indien de advocaat een schriftelijke versie van het administratief dossier kan inkijken. Maar spijtig genoeg krijgt de advocaat het dossier van de DVZ vaak te laat om de nodige argumenten voor het beroep te kunnen gebruiken.

Het gebeurt dikwijls dat de medische adviezen met betrekking tot de beschikbaarheid en de toegang tot zorgen naar algemene (soms commerciële) internetbronnen verwijzen. De artsen van de DVZ

bezig met het organiseren van vrijwillige terugkeer van vreemdelingen die naar hun land van herkomst willen terugkeren.

- 48 De eerste bron bevat informatie bekomen van lokale artsen die in het land van herkomst werken en waarvan de identiteit anoniem blijft. Deze artsen worden vergoed om informatie te bezorgen aan de Nederlandse ambassades over de beschikbaarheid van de zorgen in hun land. De behandelende geneesheren hebben niet de mogelijkheid om deze informatie na te gaan. De tweede informatiebron is afkomstig van “SOS International”, een privéonderneming die medische zorgen verstrekt aan expats van lid-organisaties en die in repatriëring voorziet indien nodig. De derde informatiebron is eveneens afkomstig van een commerciële vereniging “Alliance Global Assistance”, die ook gespecialiseerd is in het repatriëren van aangesloten leden, meestal Westerlingen die een verzekering hebben afgesloten.

laten zich leiden door een zoektocht via “google” die lijsten met bestaande medicatie, ziekenhuizen en medische referentiecentra in het land oplevert, zonder melding van het exacte adres, de situatie van de medicatievoorraad of de prijs ervan.

Bij wijze van voorbeeld, verwijzen we naar een beslissing van 7 augustus 2013 met betrekking tot een Angolese patiënte die lijdt aan ijzertekort, hepatitis B en neutropenie. DVZ was van oordeel dat de zorgen beschikbaar zijn in Angola vermits (*vrije vertaling*) “Preparaten op basis van ijzer (folifer) en zuur (folicil) zijn beschikbaar in Angola: informatie gehaald van volgende website: <http://www.afa-ao.com/encomendas.html>. De diensten hematologie en gastro-enterologie zijn beschikbaar in Angola. Informatie gehaald van volgende website: http://www.cse-ao.com/sobre_a_clinica.aspx; <http://www.multiperfil.co.ao/>.” Verder bepaalt deze beslissing dat de zorgen tevens toegankelijk zijn door op volgende manier te verwijzen naar 2 aangehaalde bronnen: “IOM, *Retourner en Angola Information sur le pays* (14.01.2010), consulté en date du 13.03.2012 (<http://irrico.belgium.iom.int/images/stories/documents/angola%20fr.pdf>) en FMUP (Faculdade de Medicina Universidade de Porto), *Sistema de Saúde em Angola, Uma proposta à luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal*, consulté en date du 16.03.2012 (<http://repositorio-alberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20Angolano%20e%20Contributos%20%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf>).”

Tijdens de voorbereiding van het beroep tegen de weigering, moeten de internetlinken heel precies worden overgenomen om de informatie die gebruikt werd door de DVZ terug te vinden. In het hierboven vermelde geval waar de DVZ 5 linken aanhaalt, blijken er slechts 3 te werken. Twee van de linken die werken zijn in het Portugees, waarvan de laatste verwijst naar een rapport van 85 pagina's in het Portugees. Nochtans werd er geoordeeld dat de aanvrager medische documenten in één van de landstalen dient over te maken opdat ze in overweging kunnen worden genomen⁴⁹. Dit kan

49 RvV, 12 oktober 2010, nr. 49 394.

op zijn minst ook van de DVZ verwacht worden. Wat het document van 2010 van IOM van 25 pagina's betreft (i.v.m. een beslissing van 2013), vermeldt de beslissing niet de concreet geraadpleegde pagina.

De RvV heeft al meerdere beslissingen vernietigd wegens het feit dat er via de verkregen informatie over het land van herkomst niet kon worden verzekerd dat de verzoeker daadwerkelijk behandeld zou kunnen worden: *(vrije vertaling) "de Raad merkt op dat de passages afkomstig van de websites waarnaar verwezen werd in het verslag van de ambtenaar-geneesheer waarin de aanwezigheid van ziekenhuizen en artsen op het Guineese grondgebied verklaard wordt, maar waarin de beschikbaarheid in Guinee van materiaal om te kunnen overgaan tot de echografie die jaarlijks vereist wordt wegens de aandoening van de verzoekende partij, niet kan vastgesteld worden. Meer in het algemeen kan de loutere aanwezigheid van ziekenhuisinfrastructuur of geneesheer-specialisten op het grondgebied van Guinee niet wijzen op de beschikbaarheid van alle onderzoeken of analyses die in het algemeen in België worden uitgevoerd."*⁵⁰

4. Een onderzoek naar de algemene beschikbaarheid van de zorgen en niet naar de daadwerkelijke toegankelijkheid ervan

De wet voorziet dat de ambtenaar-geneesheer van de DVZ in het onderzoek naar de toegang tot zorgen in het land van herkomst van de aanvrager zowel het bestaan van de zorgen moet nagaan (dit is de beschikbaarheid) als de daadwerkelijke mogelijkheden voor de aanvrager om er in zijn individuele geval toegang toe te hebben (dit is de daadwerkelijke toegankelijkheid).

Deze toegankelijkheid dient onderzocht te worden zowel met betrekking tot de individuele situatie van de aanvrager (leeftijd, gezondheidstoestand die hem al dan niet toelaat om zich gemakkelijk te verplaatsen, sociaal en familiaal netwerk in het land, financiële middelen, niveau van onderwijs, sociale status, al dan niet in de mogelijkheid zijn om te werken, toegang tot ziekteverzekering...) als met betrekking tot andere elementen van geografische aard (op welke afstand van zijn leefomgeving bevindt zich de beschikbare behandeling, hoe zien de wegen en mogelijkheden tot transport eruit, ...), van

50 RvV, 19 oktober 2010, nr. 49 781, *Rev. Dr. Etr.* nr. 160, p. 498.

financiële aard (hoeveel kost de behandeling), of van structurele aard (het al dan niet bestaan van een ziekteverzekeringssysteem of financiële hulp in het land, het gebrek aan bevoorrading van bepaalde medicatie, de situatie van de beschikbare medicatievoorraad in het land, ...).

De DVZ lijkt in veel beslissingen enkel de beschikbaarheid van de zorgen en niet de daadwerkelijke toegang ertoe voor de betrokken persoon te onderzoeken.

In het bijzondere geval van personen met HIV bijvoorbeeld, is de 2^e- of 3^e- lijnsbehandeling, net als het geheel van noodzakelijke opvolging die nodig is voor een adequate verzorging, niet per se toegankelijk in het geval dat de 1^e-lijnsbehandeling dat wel is (bloedonderzoeken nodig om de behandeling te evalueren, om een mogelijk falen van de behandeling op te sporen of om een opportunistische ziekte op te sporen die dodelijk kan zijn). Dit wordt zelden mee in overweging genomen door de artsen van de DVZ in het onderzoek naar de toegang tot zorgen.

Een voormalige arts van de DVZ getuigde recent over deze praktijk: (*vrije vertaling*) “Een voor mij onthullend geval was dat indien NGO-rapporten melding maakte dat er slechts 20% van de patiënten in een bepaald land behandeld werd, dit voor ons het bewijs vormde dat er wel degelijk een behandeling beschikbaar was in dat land! Men hield geen rekening met de 80% van de personen die geen toegang had tot de zorgen...”⁵¹.

“Dit was de redenering: indien je in het land een geneesheer-specialist, een ziekenhuis en een apotheker vond, was dit voldoende. Dat het ziekenhuis 500 kilometer verwijderd was van de woonplaats van de aanvrager, vormde geen probleem. Indien hij naar België kon komen, kon hij zich ook in zijn land verplaatsen”⁵².

In sommige beslissingen van de DVZ valt, wat de rechtvaardiging van de toegang tot de zorgen betreft, ook te lezen dat de persoon in staat is om te werken en dus om zijn medische kosten te financieren (zonder melding te maken van de situatie van de arbeidsmarkt van het land), dat er privéverzekeraars bestaan (zonder de voorwaarden voor inschrijving te specificeren) of nog dat er “medische” NGO’s aanwezig zijn in het land (zonder melding te maken van de voorwaarden voor toegang of van de doelgroep van de projecten

51 *Le Soir*, 30 mei 2014.

52 *Le Soir*, 30 mei 2014.

die tot stand zijn gebracht door deze NGO's). In feite biedt deze informatie geen enkele garantie dat de zieke persoon effectief toegang tot aangepaste zorgen zal krijgen.

(vrije vertaling) “Volgens haar asielaanvraag van 02.10.2007 heeft verzoekster als handelaar gewerkt in Angola. Er is niets dat erop wijst dat ze niet opnieuw dit beroep kan uitoefenen in haar land van herkomst. (...) Ze kan trouwens nog steeds rekenen op haar ouders en op oudere broers en zussen die in Angola gebleven zijn.”

Verklaringen – die soms verschillende jaren eerder afgelegd werden in het kader van de asielprocedure en die toen ongeloofwaardig werden bevonden door het CGVS – steken plotseling de kop weer op om een weigering van een machtiging tot verblijf te motiveren.

De RvV heeft al meermaals herhaald dat *(vrije vertaling) “het onderzoek van de vraag of er een aangepaste en voldoende toegankelijke behandeling in het land van herkomst of van verblijf bestaat, dient geval per geval te gebeuren, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager die beoordeeld dient te worden binnen de grenzen van de rechtspraak van het EHRM”*⁵³.

5. Het ontbreken van een debat op tegenspraak bij de DVZ

Artikel 9ter voorziet dat het aan de vreemdeling toekomt *samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft* over te maken en de *geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.*

In de praktijk roepen de artsen van de DVZ slechts zelden de aanvrager op en winnen ze nooit het advies in van een onafhankelijke deskundige.

Nochtans roepen deskundigen die belast zijn met het geven van een medisch advies in andere procedures, systematisch de patiënten op: de arts van het ziekenfonds, de arts van verzekeringsinstellingen, ... Het is dus verwonderlijk dat de DVZ verder gaat met het nemen

53 RvV, 19 november 2013, nr. 225 522.

van beslissingen enkel op basis van geschreven stukken zonder dat de patiënt voorafgaandelijk onderzocht of gehoord wordt en zelfs zonder dat zijn arts gehoord kan worden of dat die laatste contact kan nemen met de arts van de DVZ om hem bijkomende informatie over zijn patiënt te verschaffen.

De manier waarop bewijzen verzameld wordt, draagt niet echt bij tot een “rechtvaardige” procedure. De aanvrager wordt niet op de hoogte gebracht van de manier waarop de bewijzen verkregen worden door de arts van de DVZ om aan te tonen dat de zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in zijn land van herkomst. Hij krijgt evenmin de mogelijkheid om zijn standpunt uiteen te zetten vooraleer de beslissing wordt genomen terwijl een weigeringsbeslissing mogelijks ernstige gevolgen voor de aanvrager teweeg kan brengen.

Bovendien beschikt zijn behandelende arts niet over de mogelijkheid om het medisch advies van de arts van de DVZ te “beantwoorden”. Daarnaast is het in de huidige procedure niet mogelijk om in geval van afwijkende meningen tussen de behandelende arts en de arts van de DVZ, beroep te doen op een onafhankelijke deskundige. Nochtans kan er in andere procedures die een inschatting van de gezondheidstoestand van de verzoeker inhouden, zoals bijvoorbeeld voor de Arbeidsrechtbank, een onafhankelijke geneesheer-deskundige aangeduid worden door de rechter om de graad van ernst van de ziekte te onderzoeken.

Er dient opgemerkt te worden dat in het kader van de asielpprocedure elke advocaat die een beroep tegen een weigering wil indienen, in het bezit wordt gesteld van het ganse administratief dossier. Het gedigitaliseerde dossier kan eenvoudig per mail worden opgestuurd binnen de twee à drie dagen na de aanvraag ervan door de advocaat.

Indien er voor de 9^{ter}-procedure op dit moment al een schriftelijke toegangsprocedure bestaat, is ze alleszins niet functioneel. In april 2015 antwoordde de DVZ aan de advocaten die een kopie van het administratief dossier eisten (*vrije vertaling*) “Aangezien het dringende karakter systematisch wordt, (...) wil ik u informeren over het feit dat vanaf nu de aanvragen chronologisch worden behandeld vanaf de datum van ontvangst en binnen een termijn van 30 dagen.” Nochtans bedraagt de termijn om een beroep in te dienen 30 dagen vanaf de ontvangst van de beslissing door de aanvrager. Er blijft dan slechts een korte termijn over om een afspraak met de advocaat te

maken en dus om het dossier te bestellen. Hieraan moet toegevoegd worden dat men naar Brussel bij DVZ ter plaatste moet gaan om het dossier op te halen en dan moet het beroep nog worden opgesteld. Het is overbodig te zeggen dat de huidige procedure geen reële toegang mogelijk maakt tot het administratief dossier binnen een nuttige termijn.

We wensen eraan te herinneren dat artikel 41 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie⁵⁴ nochtans het recht op behoorlijk bestuur garandeert en bepaalt dat:

“1. Eenieder heeft er recht op dat zijn zaken onpartijdig, billijk en binnen een redelijke termijn door de instellingen en organen van de Unie worden behandeld.

2. Dit recht behelst met name:

- *het recht van eenieder te worden gehoord voordat jegens hem een voor hem nadelige individuele maatregel wordt genomen,*
- *het recht van eenieder om toegang te krijgen tot het dossier hem betreffende, met inachtneming van het gerechtvaardigde belang van de vertrouwelijkheid en het beroeps- en het zakengeheim,*
- *de plicht van de betrokken instanties om hun beslissingen met redenen te omkleden.*

(...)”

Indien anders gehandeld wordt dan wat voorgeschreven wordt door artikel 41 van het Handvest, wordt dit fundamentele recht geschonden.

6. De ondoeltreffendheid van het beroep bij de RvV

Ter herinnering⁵⁵; het beroep tegen een negatieve beslissing (onontvankelijke of ongegronde aanvraag) maakt een annulatieberoep uit dat niet automatisch het BGV schorst. De wet voorziet echter sinds de veroordeling door het EHRM in de mogelijkheid voor de rechter om nieuwe medische elementen in overweging te nemen enkel wanneer er een risico is op een schending van fundamentele rechten in het geval van de uitvoering van een BGV. Het is niet mogelijk om een onafhankelijke medisch deskundige tijdens de procedure voor de RvV te laten tussenkomen.

54 Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie, *Pb.L.* 30 maart 2010, C83/391, hierna het Handvest genoemd.

55 Voor meer details, zie deel I, punt 2.1 d).

Indien de beslissing vernietigd wordt, wordt de zaak teruggestuurd naar de DVZ die een nieuwe beslissing dient te nemen. De vernietigde beslissing wordt beschouwd alsof ze nooit bestaan heeft en de persoon moet dus opnieuw in de vroegere verblijfssituatie gebracht worden.

In de praktijk stellen we nochtans regelmatig vast dat wanneer er een negatieve beslissing ten gronde van een aanvraag *9ter* vernietigd wordt door de RvV, de DVZ weigert of tijd verliest om de vroegere verblijfssituatie van de persoon te herstellen. Concreet betekent dit dat er geen nieuw immatriculatieattest (oranje kaart) verleend wordt in afwachting van een nieuwe beslissing van de DVZ. Nochtans is deze oranje kaart noodzakelijk om sociale rechten te doen openen. Deze vertraging in de afgifte van deze kaart kan aldus onderbrekingen in de medische behandeling teweegbrengen.

Het gebeurt ook dikwijls dat na de vernietiging van een beslissing van de DVZ door de RvV, de DVZ een nieuwe negatieve beslissing neemt die “beter” gemotiveerd is (met een bijkomende medische verwijzing bijvoorbeeld) en dat deze opnieuw vernietigd wordt door de RvV. 3, 4 (of zelfs meerdere) “nieuwe” negatieve beslissingen kunnen zo door de DVZ genomen en door de RvV vernietigd worden zonder dat de persoon in het bezit gesteld worden van een immatriculatieattest.

Dit type van beroepen (annulatie en niet schorsend) dat voorzien wordt in het kader van een aanvraag tot machtiging tot verblijf om medische redenen, voldoet niet aan de voorwaarden van een daadwerkelijk beroep zoals bepaald door de rechtspraak van het EHRM. België werd reeds meermaals veroordeeld door het EHRM met betrekking tot een daadwerkelijk beroep voor ernstig zieke vreemdelingen in het kader van een uitwijzing naar hun land van herkomst⁵⁶. Ook het Hof van Justitie van de Europese Unie heeft in het arrest *Abdida tegen België*⁵⁷ geoordeeld dat de persoon die een ernstig risico liep op een ernstige en onomkeerbare verergering

56 EHRM, *Yoh-Ekale Mwanje t. België*, 20 december 2011, nr. 10486/10, §106-107. Het Hof is van oordeel dat de RvV in de mogelijkheid moet zijn om nieuwe elementen op het moment van het beroep in overweging te kunnen nemen. EHRM, *S.J. t. België*, 27 februari 2014, nr. 70055/10. Het Hof is van oordeel dat de procedure bij de RvV om een schorsing van de uitvoering van de verwijdering te verkrijgen, te complex is om als een daadwerkelijk beroep te kunnen worden beschouwd.

57 HvJ, *OCMW Ottignies LLN t. Moussa Abdida*, 18 december 2014, C-562/13.

van zijn gezondheidstoestand, in geval van terugkeer moest kunnen genieten van een schorsend beroep van de uitwijzingsmaatregel.

Ondanks deze veroordelingen blijft de beroepsprocedure bij de RvV nog even ingewikkeld en technisch.

7. Het ontbreken van een globaal onderzoek van de situatie van de aanvrager

De wet voorziet dat de *9ter*- en de asielprocedure, net als de humanitaire regularisatie (*9bis*) en de aanvraag tot verblijf om medische redenen (*9ter*), elk exclusieve procedures zijn. Dit betekent dat de aanvrager die zich in een moeilijke humanitaire of veiligheidssituatie bevindt maar ook gezondheidsproblemen heeft, verscheidene procedures zal moeten indienen waarin hij per procedure aangepaste argumenten dient aan te brengen: humanitaire redenen (*9bis*), medische redenen (*9ter*) en vrezes voor vervolging in geval van terugkeer (asielaanvraag).

Indien deze elementen trouwens al eerder werden ingeroepen in een asiel- of *9ter*-aanvraag, kunnen ze niet meer in een *9bis*-aanvraag worden ingeroepen.

Tenslotte verwijst de DVZ de aanvrager systematisch door naar de *9ter*-procedure wanneer er een medische situatie wordt voorgelegd. Niettemin willen we wijzen op interessante rechtspraak in dat verband: de RvV⁵⁸ heeft al geoordeeld dat medische elementen ook buitengewone omstandigheden kunnen uitmaken in de zin van artikel *9bis* van de Vreemdelingenwet.

De “scheiding” van de procedures (asiel/*9ter*/*9bis*) heeft tot gevolg dat elk apart genomen element onvoldoende is om tot de erkenning van bescherming te komen of om een machtiging tot verblijf te verlenen.

Een zieke homoseksuele persoon bijvoorbeeld loopt het risico om niet te kunnen genieten van de vereiste zorgen in zijn land omwille van zijn seksuele geaardheid. Zijn ziekte zal door de ene instantie worden onderzocht, momenteel is dit de DVZ, en de risico's op vervolging door de andere, het CGVS. Nochtans zouden deze aspecten tezamen

58 RvV, 29 april 2010, nr. 42 699, *Rev. Dr. Etr.* nr. 158, p. 161 en RvV, 24 maart 2015, nr. 141.625, *Rev. Dr.Etr.*, nr. 182, p. 101. In dit arrest heeft de RvV de beslissing tot onontvankelijkheid van een *9bis* vernietigd omwille van het feit dat de DVZ de weigering niet op afdoende wijze gemotiveerd heeft ten aanzien van de handicap van het kind van de verzoekende partij.

moeten behandeld worden.

In dit verband bestaat er een interessant arrest van de RvV (over HIV) die het vluchtelingenstatuut aan een verzoekster uit Ivoorkust toekent. Ze werd erkend omwille van het feit dat ze het risico liep om gediscrimineerd te worden wegens het behoren tot een bepaalde sociale groep (aidspatiënten)⁵⁹.

Voorts worden de verschillende aspecten op afzonderlijke wijze door twee verscheidene diensten behandeld en wordt zo het belang van familie soms compleet genegeerd. De DVZ wijst de aanvragen die gesteund zijn op medische en familiale aspecten af terwijl een persoon die bijvoorbeeld aan ernstige psychologische problemen lijdt of een handicap heeft, nood heeft aan de aanwezigheid en de steun van zijn familie in België om de aandoening te kunnen behandelen. De rol van de familie is soms primordiaal voor een zieke persoon.

8. Het gebrek aan inoverwegingname van psychologische en psychiatrische elementen

We stellen in de praktijk vast dat mentale gezondheidsproblemen bijzonder slecht in overweging worden genomen door de administratieve overheid. Deze problemen lijken vaak onderschat en slecht gekend te zijn wat de noodzakelijke medische opvolging betreft.

Indien er verwezen wordt naar ernstige psychologische problemen zoals bijvoorbeeld oorlogstrauma's of het posttraumatisch stressyndroom (PTSD/PTSS), stellen we vast dat de artsen van de DVZ er de gewoonte van gemaakt hebben om zich te verschuilen achter de twijfelachtige en bekritiseerde "blootstellingstherapie". En dit zonder over te gaan tot een *in concreto* en globaal onderzoek van de aanvraag. In het kort, gaat deze therapie ervan uit dat het feit dat men zich opnieuw blootstelt aan de traumatiserende omstandigheden, een therapeutisch effect zou kunnen hebben. De RvV heeft de blootstellingstheorie en het vooringenomen en gedeeltelijke onderzoek van een dossier al teruggedfloten⁶⁰.

Zie hier wat in de medische verslagen van de artsen van de DVZ teruggevonden kan worden:

59 RvV, 28 mei 2014, *Rev. Dr. Etr.* 2014, p. 391.

60 RvV, 13 december 2012, nr. 93.413.

(vrije vertaling) “Bovendien zijn volgens het boek “Health, Migration and Return” (voetnoot van onderaan de pagina: “Treatment sur place” in ‘Health Migration and Return’, p. 310, Ed. Peter J. Van Krieken, T.M.CM Asser Press) de kansen op herstel van PTSD/PTSS groter in de eigen omgeving van het land of de regio van herkomst en dat, zelfs zonder behandeling in het land van herkomst, de kansen op genezing beter zijn dan in het buitenland. Wat een eventuele therapie op lange termijn betreft: hiervan is de effectiviteit niet bewezen (voetnoot van onderaan de pagina: “Psychothérapie de longue durée: sensée ou douteuse? Lindemans, Baro Mediter C.V.B.A.)”. In de literatuur wordt dit inderdaad gedurende slechts twee jaar aanbevolen. In onderhavig geval, speelt de psychologische opvolging zich af over een periode van vijf jaar. (...) Trouwens, indien de betrokkene werkelijk leed aan PTSD, is het algemeen geweten dat deze problematiek een spontaan herstel kent (...).”

(vrije vertaling) “Het aangehaalde theoretische zelfmoordrisico is inherent aan deze psychiatrische aandoening, zelfs onder behandeling, maar werd in het dossier niet geconcretiseerd, noch gelinkt aan de specifieke en individuele situatie van de patiënt.”

(vrije vertaling) “(...) de therapieresistente depressie is een chronische ziekte, een ziekte zoals zovele anderen, die daadwerkelijk onder controle kan worden gehouden maar die, naar onze huidige kennis, niet lijkt te kunnen genezen. Patiënten met een breed scala aan medisch chronische ziektes kunnen verbeteren en leren om efficiënt te functioneren, en kunnen een bevredigende levensstandaard bereiken ondanks hun ziekte. Er is geen enkele reden om te denken dat patiënten die getroffen zijn door een therapieresistente depressie niet in staat zouden zijn om een gelijkaardig niveau te bereiken van controle over hun ziekte, van functioneren en van levenskwaliteit.”

Verschillende wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat de therapeutische relatie, met name de unieke relatie tussen een bepaalde therapeut en een bepaalde patiënt in een unieke context, in de psychotherapie werkt. Deze relatie kan niet overgedragen worden naar een andere therapeut, noch naar een andere context. Dit haalt het doorgaans ontwikkelde argument van de ambtenaar-geneesheer (met name dat de patiënt over adequate zorgen kan beschikken in zijn land van herkomst) onderuit⁶¹.

De abrupte verbreking van de therapeutische band die voortvloeit uit een uitwijzing, kan een ernstige verergering van de psychische toestand van de patiënt veroorzaken met hogere risico's op suïcidale handelingen.

Wanneer het specifiek gaat om mensen met psychotrauma's, vooral die trauma's die voortvloeien uit de menselijke intentie om schade toe brengen (zoals in het geval van marteling, massamoord, verkrachting⁶²) blijkt uit de literatuur dat er consensus is (tussen alle mogelijke strekkingen) in de richting van een non-confrontatie (zowel in vivo als denkbeeldig) met de oorspronkelijk traumatische situatie.

Een terugkeer naar de plaats van het trauma kan een hertraumatisering en dus een aanzienlijke verslechtering van de symptomen van de patiënt met significante suïciderisico's veroorzaken, vooral bij patiënten met comorbiditeiten die de gevolgen van het stopzetten van de behandeling nog zwaarder maken.

61 Handbook of psychotherapy and behaviour change, <http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?id=OKLWR2ALLAOWN>, Norcross J. (2011) Evidence Bases Therapy relationships. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Lambert Michael J.; Barley, Dean E. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 38(4), Win 2001, 357-361. Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. Patterson, C. H. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 21(4), Win 1984.

62 Lopez, G. en coll. (1998). « Les prises en charge psychothérapeutiques ». Hoofdstuk 4 in « Psychothérapie des victimes » (p. 56-80) ; Ed. Dunod. Barrois, C. (1998), « Les Névroses traumatiques », Paris, Dunod ; Lebigot, F. (2011), « Traiter les traumatismes psychiques », Paris, Dunod ; Vila, G. (2007), « Les thérapies cognitivo-comportementales du trauma » in Traumatismes Psychiques, Paris, Masson.

De vraag naar het reële risico voor het leven en de fysieke integriteit is daarom in dergelijke situaties terecht aan de orde.

9. Een te streng onderzoek van de evaluatie van de gezondheidstoestand op het moment van de hernieuwing van de machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter

Wanneer een persoon een verblijfsvergunning op grond van artikel 9ter verkrijgt, is zijn verblijfsvergunning geldig voor een periode van 1 jaar en kan het jaarlijks hernieuwd worden zolang de ziekte aanhoudt en de toestand van de zorgen in het land dezelfde is gebleven. De DVZ controleert in de praktijk of de omstandigheden die hebben geleid tot de toekenning van de eerste verblijfsvergunning, veranderd zijn en of de verandering “een voldoende drastisch en niet tijdelijk karakter” heeft, of de ziekte gevorderd is en of de toegang tot zorg in het land zich ontwikkeld heeft.

We zien in de praktijk dat de DVZ op het moment van de hernieuwing van de verblijfstitel verkregen op basis van een 9ter, een veel te streng onderzoek voert naar de toestand van de verbetering van de ziekte. De DVZ negeert de situatie van de zorgen in het land van herkomst en motiveert nergens in hoeverre de gezondheidstoestand en de adequate behandeling in het land van herkomst drastisch verbeterd zou zijn.

De praktijk toont aan dat weigeringen om te hernieuwen dikwijls plaatsvinden tijdens het 3e of 4e jaar. Dit is waarschijnlijk geen toeval, aangezien de vreemdeling vanaf de vijfde hernieuwing een verblijf voor onbepaalde duur kan aanvragen.

Het feit dat iemand die geregulariseerd werd om medische redenen werkt (en dus niet (meer) afhankelijk van het OCMW is), wordt ook regelmatig gebruikt door de administratieve overheid om zo te rechtvaardigen dat de gezondheidstoestand van de persoon verbeterd is en dat hij dus kan terugkeren naar zijn land van herkomst, zelfs als de persoon nog steeds in behandeling is.

(vrije vertaling) “In beide adviezen (...) zegt de arts van de DVZ (...) dat zijn medische dossier het hem niet mogelijk maakt om

te besluiten dat er sprake was van een niveau van ernst vereist door artikel 3 EVRM, zoals uitgelegd door het EHRM. (...) En (...) wat het kind K betreft, dat een aandoening heeft waarvoor een tijdelijk verblijf werd verleend aan de ganse familie, zegt de arts van de DVZ dat de radiologische onderzoeken van maart 2012 geruststellend zijn en er sindsdien geen hospitalisatie meer vastgesteld werd. (...) Aangezien de voorwaarden op basis waarvan het verblijf toegestaan werd, niet meer bestaan of zodanig gewijzigd zijn opdat deze machtiging niet meer nodig is (artikel 9 van het KB van 17 mei 2007 (BS 31.05.2007)); dat er nagegaan is of de verandering van deze omstandigheden een voldoende drastisch en niet tijdelijk karakter heeft.”

Bovendien doet de DVZ voor de weigering om de verblijfstitel te hernieuwen, niet de moeite om de persoon op te roepen om hem te horen of om zijn medische toestand te controleren, wat in strijd is met artikel 41 van het Handvest waarin staat dat eenieder het recht heeft te worden gehoord voordat jegens hem een nadelige individuele maatregel wordt genomen⁶³.

10. De moeilijke toegang tot sociale rechten gedurende de 9ter-procedure

Tijdens het onderzoek van de 9ter-aanvraag door de DVZ, is de vreemdeling in onwettig verblijf en kan hij bijgevolg enkel aanspraak maken op Dringende Medische Hulp. Deze bijstand, die door het OCMW verleend wordt, omvat zowel curatieve als preventieve zorgen, net als opvolging. De medicatie, de raadpleging bij een huisarts of specialist... kan enkel na een sociaal onderzoek en een goedkeuring door het comité – dat maandelijks bijeenkomt – ten laste van het OCMW worden genomen. Dit vertraagt in de praktijk de toegang tot effectieve zorg. We wensen op te merken dat deze vorm van hulp geen financiële steun, huisvesting of andere sociale bijstand in natura kan uitmaken.

De ervaring van maatschappelijk werkers en artsen maakt melding van een steeds moeilijker toegang tot Dringende Medische Hulp. De steun is enkel toegankelijk na een omslachtige en

⁶³ In het dossier waaruit de passage uit de beslissing tot weigering tot hernieuwing werd hernomen, heeft de RvV in een beroep in uiterst dringende noodzakelijkheid geoordeeld dat er a priori een schending was van artikel 41 van het Handvest. Zie RvV, 17 oktober 2014, nr. 131.614.

ingewikkelde administratieve procedure. Bovendien varieert het van het ene ten opzichte van het andere OCMW. Daarnaast zijn de toegangsvoorwaarden vaak te streng voor mensen in zeer precare omstandigheden. Zo vormt de verplichting om een effectieve verblijfplaats op te geven opdat het OCMW zich bevoegd zal verklaren, een groot struikelblok⁶⁴.

Indien de 9^{ter}-aanvraag ontvankelijk verklaard wordt, krijgt de vreemdeling in principe een immatriculatieattest en kan hij genieten van sociale bijstand vanwege het OCMW. De personen (met inbegrip van de familieleden van de zieke vreemdeling) die in het bezit zijn van zo'n tijdelijk verblijfsdocument, hebben daarentegen geen toegang tot de arbeidsmarkt. Dit vormt een rem op hun integratie en op vlak van empowerment.

Slechts weinig personen verkrijgen deze tijdelijke verblijfstitel aangezien we in de praktijk minder en minder ontvankelijkheidsbeslissingen tegenkomen. De DVZ verklaart de aanvraag vaak onontvankelijk of ontvankelijk maar tegelijkertijd ongegrond. Het komt ook voor dat de gemeente talmt met het afleveren van het immatriculatieattest (oranje kaart) of dat de DVZ enkele maanden na de ontvankelijkheid al een weigeringsbeslissing ten gronde neemt. Hierdoor kunnen de vreemdelingen geen aanspraak maken op sociale rechten.

De behandelingstermijnen van de 9^{ter}-aanvragen bij de DVZ en van de ingediende beroepen bij de RvV kunnen extreem lang zijn (meerdere maanden, zelfs meerdere jaren). Gedurende deze periode waarin de zieke vreemdeling geen tijdelijke verblijfstitel heeft, zal hij dus enkel toegang hebben tot Dringende Medische Hulp, dikwijls met moeilijkheden.

Het vroeger aangehaalde arrest Abdida tegen België van het HvJ werpt echter een andere blik op dit gebrek aan toegang tot sociale rechten tijdens de behandeling van de 9^{ter}-aanvraag en het beroep. Het Hof is, in het licht van het Handvest en de "Terugkeerrichtlijn"⁶⁵,

64 Dit thema werd uitgediept in Henkinbrant V. en Mokrane S., « Le point sur l'aide médicale urgente à destination des étrangers en séjour illégal », *Rev.Dr. Etr.*, nr. 173, 2013, p. 211; Dokters van de Wereld en RIZIV, "Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België", 2014, p. 45-75.

65 Richtlijn 2008/115/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 2008 over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven, *Pb.L.* 24 december 2008, L 348/98.

van oordeel dat de Staat verplicht is om in de mate van het mogelijke te voorzien in de basisbehoeften van een zieke derdelander indien deze niet zelf in zijn behoeften kan voorzien. Het Hof bepaalt nader dat het aan de Lidstaten is om te bepalen waaruit deze voorziening in basisbehoeften moet bestaan⁶⁶. Voor zover wij weten is er geen wetsaanpassing op komst.

11. De niet-naleving van de medische deontologie

De artsen van de DVZ spelen een sleutelrol in het verloop van de 9ter-procedure. Ze dienen te “*beoordelen of er een risico is voor het leven van de vreemdeling of een risico op onmenselijke of vernederende behandelingen wanneer hij gerepatrieerd zou worden naar zijn land wegens het feit dat er geen adequate behandeling bestaat.*” Ze geven ook medische adviezen die bindend zijn voor de administratieve overheid.

De RvS heeft inderdaad geoordeeld dat (*vrije vertaling*) “*Uit de duidelijke bewoordingen van artikel 9ter, §3, 4° van de Vreemdelingenwet blijkt dat deze bepaling geen enkele appreciatiebevoegdheid overlaat aan de administratieve overheid wanneer het advies van de ambtenaar-geneesheer besluit dat de aanvrager van een machtiging tot verblijf kennelijk niet aan een ziekte lijdt die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit en dat de vermeende ziekte dus kennelijk niet binnen het toepassingsgebied van artikel 9ter, §1 van de wet valt.*”⁶⁷

In de praktijk doen de artsen van de DVZ nooit beroep op de lijst met deskundigen wanneer ze hun medisch advies geven. Nochtans voorziet de wet in de mogelijkheid voor de artsen om zich voor advies te wenden tot een lijst met gespecialiseerde artsen (vastgelegd in een koninklijk besluit)⁶⁸. Het merendeel van de artsen van de

66 Voor meer informatie, zie M-B Hiernaux “Quels droits pour les étrangers malades? Actualités du 9ter », *Rev. Dr.Etr.* nr. 180. L. Tsourdi, « Régularisation médicale en Belgique : quelles répercussions pour l’arrêt Abdida ? » Newsletter EDEM, mei 2015, <http://www.uclouvain.be/458114.html>; Arbrb. Brussel, 16 april 2015, RG/2014/AB/147, dit arrest is terug te vinden in de nieuwsbrief van ADDE nr. 109 van mei 2015, <http://www.adde.be/publications/newsletter-juridique>; Zie ook deel II in Vluchtschrift “Welke rechten nog te mobiliseren voor ernstig zieke vreemdelingen in België: toegang tot sociale rechten”, <http://www.caritas-int.be/nl/vluchtschrift>.

67 RvS, 11 juni 2013, nr. 223.806.

68 Volgens de DVZ werd er in 2012 geen enkel advies gevraagd aan de aangeduide deskundigen door de artsen van de DVZ. De DVZ verklaart dit aan de hand van het feit dat er in 2012 veel negatieve adviezen zijn geweest op basis van de “medische

DVZ zijn huisartsen en dus niet altijd even bekwaam om bepaalde aandoeningen, die een specifieke en soms erg gespecialiseerde behandeling vereisen, correct en geïnformeerd te beoordelen. Het komt trouwens regelmatig voor dat deze artsen de medische adviezen van gespecialiseerde artsen, die belast zijn met de behandeling van de 9ter-aanvragers, in vraag stellen of zelfs tegenspreken. De diagnose en de medisch objectieve gegevens die de behandelende geneesheer overmaakt, zouden niet “zo gemakkelijk” in twijfel mogen worden getrokken door de arts van de DVZ zonder voldoende uitgewerkte medische argumenten voor te leggen en zonder gebaseerd te zijn op een onafhankelijke tegenexpertise.

In een arrest van 13 december 2012 heeft de RvV met betrekking tot een beslissing van de DVZ, gebaseerd op het advies van een arts van de DVZ, geoordeeld dat: *(vrije vertaling) “zich beroepend (...) op een onvolledig – zelfs stereotiep – advies, kan de bestreden handeling die vermeldt dat “een psychosomatisch lijden dat voortvloeit uit wat meegemaakt werd in zijn land van herkomst, spreekt een terugkeer naar dat land medisch gezien niet tegen”, niet als afdoende beschouwd worden. Dit is eens te meer het geval indien, zoals opgemerkt door de verzoekende partij, de adviserend geneesheer van de verwerende partij die het advies in onderhavig geval opstelde, een huisarts is.*⁶⁹”

Ook wordt er slechts zelden gebruik gemaakt van de wettelijke mogelijkheid voor de artsen van de DVZ om een 9ter-aanvrager op te roepen voor een medisch onderzoek.

Nochtans lijkt een medisch onderzoek onontbeerlijk voor een individueel onderzoek van de situatie om te kunnen vaststellen of er voor die bepaalde patiënt die getroffen is door die bepaalde ziekte in die bepaalde fase, in zijn land of regio toegankelijke zorgen bestaan.

De relatie tussen de geneesheer van de DVZ enerzijds en de patiënt en de behandelende arts anderzijds, zijn onderworpen aan een aantal artikelen van de medische deontologische Code. Bepaalde artikelen handelen over de algemene taken van artsen (eerbiedigen van de menselijke persoon, goede collegiale betrekkingen onderhouden, de continuïteit van de verzorging verzekeren...)⁷⁰, andere zijn specifiek voor een adviserend geneesheer zoals de artsen van de DVZ (beroepsonafhankelijkheid, onderzoek van de patiënt, contact met

filter”: verslag van de vergadering tussen NGO's en DVZ van 7 juni 2013.

69 RvV, 13 december 2012, nr. 93.413.

70 Artikel 3, 11, 113 en 114 van de Code van geneeskundige plichtenleer.

de behandelende geneesheer, beroepsgeheim...)⁷¹. Dit werd herhaald door het Grondwettelijk Hof: *“Niets wijst erop dat de wetgever in dat kader heeft willen afwijken van de rechten van de patiënt die in de wet van 22 augustus 2002 zijn vastgelegd. Bovendien zijn zowel de ambtenaar-geneesheer als de door de minister of zijn gemachtigde aangewezen geneesheer of nog de deskundigen die zouden moeten optreden ertoe gehouden de Code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Orde van geneesheren, met inbegrip van de regels inzake onafhankelijkheid en ethiek die daarin worden voorgeschreven, na te leven. Daaruit vloeit voort dat er in dat opzicht geen verschil in behandeling bestaat tussen de in de bestreden bepaling bedoelde vreemdelingen en elke andere patiënt.”*⁷²

De voorbereidende werken⁷³ bevestigen bovendien deze interpretatie.

De medische deontologische Code voorziet dat de adviserende geneesheren, een hoedanigheid die ook bekleed wordt door de artsen van de DVZ, de patiënten zelf moeten zien en ondervragen en contact moeten nemen met de behandelende geneesheer. De deontologische Code legt de artsen ook op om de continuïteit van de verzorging te verzekeren en om de nodige maatregelen te nemen om de continuïteit van de verzorging van zieke personen te garanderen.

Nochtans blijkt na lezing van de verschillende situaties die hierboven beschreven werden, dat het aspect van de continuïteit van de verzorging van ernstig zieke personen in België en in het land van herkomst, niet voldoende in rekening wordt genomen door de artsen van de DVZ wanneer zij een negatieve beslissing nemen.

Tenslotte verwijzen de adviezen van de artsen van de DVZ vaak naar de rechtspraak van het EHRM. Hun medisch getuigschrift bevat verschillende juridische verwijzingen die toegevoegd werden om de

71 Artikel 122, 124, 126 en 128 van de Code van geneeskundige plichtenleer.

72 GwH, 28 juni 2012, nr. 82/2012, considerans B.15, <http://www.const-court.be/public/n/2012/2012-082n.pdf>.

73 (vrije vertaling) *“De artsen krijgen in geen geval instructies, noch stimulansen om een geval op de ene of de andere manier te beoordelen. Hun opdracht vloeit zowel uit de Vreemdelingenwet als uit de medische deontologische Code voort. Ze beoordelen de medische elementen van de aan hen toevertrouwde individuele dossiers in alle onafhankelijkheid. De exacte criteria die ze moeten gebruiken zijn vastgelegd door de wetgever. Ze moeten onderzoeken of de ingeroepen ziekte wel degelijk een ziekte is zoals beoogd door artikel 9ter, namelijk een ziekte waarvan de graad van ernst een onaanvaardbaar humanitair risico veroorzaakt.”* Kamer van Volksvertegenwoordigers – Commissie voor de Binnenlandse Zaken – Vergadering 17 april 2012 (CRIV 53 – COM 0448) p. 27.

uiteindelijke beslissing voor een terugkeer naar het land van herkomst te rechtvaardigen. De ambtenaar-geneesheren van de DVZ zouden nochtans er niet toe gehouden mogen worden om een juridisch advies te verlenen over de aanvragen die hen zijn toegewezen. Er mag van hen verwacht worden dat ze een advies verlenen enkel gebaseerd op medische vaststellingen en niet dat ze zich uitspreken over een risico op onmenselijke of vernederende behandelingen in de zin van artikel 3 EVRM.

De administratieve overheid en het kabinet van de Staatsecretaris voor Asiel en Migratie worden regelmatig aangesproken over de vraag naar onafhankelijkheid van de artsen van de DVZ en het respecteren van de medische deontologie. Zij antwoorden gewoonlijk dat er geen enkele medische instructie aan de artsen van de DVZ wordt gegeven, dat de artsen de situaties onderzoeken en hun advies op onafhankelijke wijze verlenen. Indien de artsen “mededelingen” of een “omkadering” krijgen, wordt dit niet als medische “instructies” beschouwd. Ze krijgen enkel hiërarchische richtlijnen over de presentatie (formaat) van hun adviezen en over de relevantie ervan met betrekking tot de juridische procedure.

Zelfs als de artsen van de DVZ geen “behandelende artsen” maar “adviserende geneesheren” zijn, zijn ze evenveel verantwoordelijk voor de gevolgen van het verleende medisch advies en blijven ze onderworpen aan de medische deontologische Code.

In een advies van 16 november 2013 was de Nationale Raad van de Orde van geneesheren van mening dat de artsen van de DVZ gehouden zijn om de deontologische regels na te leven⁷⁴. Dit advies werd als bijlage 3 toegevoegd. Tot op de dag van vandaag heeft de DVZ nog geen enkel positief gevolg gegeven aan dit advies ondanks verscheidene tussenkomsten.

Meerdere adviserende geneesheren van de DVZ die momenteel adviezen afleveren, blijken niet meer ingeschreven te zijn in de Raad van de Orde van geneesheren (sommige sinds meer dan 10 jaar). Men kan zich de vraag stellen onder welke deontologische regels zij dan wel onderworpen zijn. Zijn ze vrijgesteld van het naleven van de nationale medische deontologie omwille van het feit dat ze niet ingeschreven zijn?

⁷⁴ <https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/arbeidsovereenkomst-bestemd-voor-de-artsen-werkzaam-bij-de-dienst-vreemdelingenzaken>.

Het standpunt van de DVZ is nog meer onbegrijpelijk wanneer je het vergelijkt met de bestaande werking van andere overheidsdiensten met adviserende geneesheren. Deze artsen beschikken over dezelfde effectieve waarborgen als onafhankelijke artsen die ingeschreven zijn in de Orde van geneesheren. De ambtenaar-geneesheren van bijvoorbeeld ziekenfondsen of het RIZIV, vallen onder de conventies van de Orde van geneesheren en zijn vrij en volledig onafhankelijk. Waarom kan dit niet hetzelfde zijn voor de artsen van de DVZ?

12. Het gebrek aan inoverwegingname van de belangen van de volksgezondheid

De beslissingen tot weigering van verblijf die door de administratieve overheid genomen worden ten aanzien van ernstig zieke personen, zorgen ervoor dat ze in de clandestiniteit en de miserie terecht komen. En het heeft tot gevolg dat de medische zorgen regelmatig onderbroken worden, soms zelfs gedurende verschillende maanden.

Wat overdraagbare besmettelijke ziektes zoals tuberculose of een HIV-infectie betreft, is het in het belang van de gehele bevolking dat besmette personen tijdig gediagnosticeerd, adequaat en onafgebroken behandeld worden zolang als nodig om te vermijden dat deze micro-organismen zich verder verspreiden.

Om de efficiëntie van de behandeling te kunnen garanderen, is een vertrouwensband tussen de zieke persoon en de zorgverstrekkers bovendien onmisbaar. Het is eveneens belangrijk om te voorzien in de meest noodzakelijke levensbehoeften als huisvesting en voeding van deze zieke personen.

Een laattijdige diagnose of een stopzetting van de ten lasteneming kan in een aantal gevallen aanleiding geven tot dure en soms langdurige hospitalisaties. In sommige situaties kan deze laattijdige ten lasteneming of het voortijdige afbreken van de behandeling tot complicaties of zelfs de dood leiden.

Het is dus – zowel in economische termen als voor de preventie van de overdracht van besmettelijke ziektes – voor de zieke personen én de samenleving van belang dat er een tijdige diagnose wordt vastgesteld om een adequate en ononderbroken ten lasteneming te garanderen.

Tenslotte merken we op dat de beslissingen genomen door België

– gezien hun gevolgen – op internationaal niveau tegenstrijdig zijn met de strijd tegen de verspreiding van besmettelijke ziektes zoals HIV/aids en tuberculose en dus tegenstrijdig met de internationale verbintenissen waartoe België gehouden is. Bijlage 4 van dit witboek gaat dieper in op de specifieke problematiek rond HIV.

BESLUIT

Artikel 9ter van de Vreemdelingewet maakt het mogelijk dat ernstig zieke personen die geen toegang hebben tot de gezondheidszorgen in hun land van herkomst een machtiging tot verblijf in België kunnen aanvragen.

De wetgever heeft de laatste jaren op onophoudelijke wijze beperkende hervormingen aan deze procedure toegebracht met het oog op de bestrijding van wat door de administratieve overheid als proceduremisbruiken werd voorgesteld. Dit werd nochtans nooit in cijfers uitgedrukt, noch onderzocht.

We kunnen begrip tonen voor het feit dat de wetgever de medische regularisatie heeft willen voorbehouden aan medisch ernstige situaties, meer bepaald door de invoering van een “medische filter”. Toch leeft de huidige toepassing door de Belgische administratie de voorschriften uit artikel 9ter niet na.

Verscheidene gebreken in de manier waarop de 9ter-aanvragen momenteel behandeld worden, werden reeds vastgesteld door verschillende actoren van onze samenleving (verenigingen, advocaten, artsen). Het aantal personen dat geregulariseerd wordt op basis van artikel 9ter is erg beperkt geworden. Het merendeel van de personen die getroffen worden door een ernstige ziekte die een 9ter-aanvraag indienen, verkrijgen geen verblijfstitel en kunnen onderworpen worden aan een terugkeer naar hun land waar ze niet de mogelijkheid hebben om op een adequate manier verzorgd te worden.

Het doel van dit witboek is om – vertrekkende vanuit reële situaties van ernstig zieke personen – een stand van zaken te geven van de vele gebreken en van de bezorgdheid van de professionelen die geconfronteerd worden met een machtiging tot verblijf om medische redenen die vandaag de dag beperkt wordt tot een “*permis de mourir*”⁷⁵ in België.

Eerst stelden we vast dat de medische toestand in vele dossiers niet grondig onderzocht wordt omwille van puur formalistische kwesties. Zo slaagt een groot aantal ernstige medische situaties niet voor het ontvankelijkheidsonderzoek terwijl uit hun medisch dossier blijkt dat er een risico voor het leven of op zijn minst voor de fysieke integriteit is en dat dit risico zich vrijwel onmiddellijk zou

75 RvS, 16 oktober 2014, nr. 228.778.

voordoelen in geval van stopzetting van de behandeling in België of terugkeer naar het land van herkomst.

De DVZ past de voorschriften van artikel 9ter in de ontvankelijkheidsfase, gebaseerd op de beperkende rechtspraak van het EHRM rond artikel 3 EVRM, erg eng toe door het bestaan van een onmiddellijke levensbedreiging of een onomkeerbare fase van de ziekte te eisen om zo door de “medische filter” te geraken. Alhoewel het wettig is om een zekere mate van ernst te vereisen voor dit type procedures, worden **de machtigingen tot verblijf momenteel enkel toegekend wanneer de levensverwachting hier en nu op het spel staat**. Nochtans is de wet duidelijk op dit punt. Zowel de gevallen waarin de ziekte voor de betrokkene een risico voor de fysieke integriteit, als voor onmenselijke of vernederende behandelingen inhoudt, worden beoogd. Volgens de wet moet het risico, wat de toestand van de zorgen in het land van herkomst betreft, niet onmiddellijk maar wel reëel zijn. Artikel 3 EVRM vormt een minimumniveau, maar de Belgische wetgever heeft gekozen voor een ruimer beschermend regime⁷⁶.

We hebben ook vele negatieve beslissingen aangehaald die **een stereotiepe motivatie bevatten en getuigen van een ontoereikend onderzoek van de situatie door de administratieve overheid** en van een weinig individueel en oppervlakkig onderzoek naar de situatie van de aanvrager. Ook in vele dossiers die zowel humanitaire als medische elementen vertonen, valt het te betreuren dat er geen globaal onderzoek is naar de situatie van deze personen.

Vele medische adviezen die verstrekt worden met betrekking tot de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorgen doen eveneens vragen rijzen omwille van **het algemene karakter van de medische bronnen die gebruikt worden om de toegang tot de zorgen in het land van herkomst te rechtvaardigen** en omwille van het feit dat sommige bronnen niet transparant zijn.

We stelden in de praktijk ook vast dat de **mentale gezondheidsproblemen** in het bijzonder **op onvoldoende wijze in rekening worden genomen** door de administratieve overheid. Deze problemen lijken vaak onderschat te worden en zijn slecht gekend op vlak van de noodzakelijke medische opvolging.

76 Artikel 3 EVRM verbiedt aan de Lidstaten om foltering en uit te voeren of een persoon die onder haar rechtsmacht valt aan onmenselijke of vernederende behandelingen te onderwerpen.

De belangen van de individuele gezondheid voor de patiënt en van de volksgezondheid worden evenmin op behoorlijke wijze onderzocht. Nochtans hebben de weigeringen tot verblijf die genomen worden door de administratieve overheid ten aanzien van ernstig zieke personen tot gevolg dat zij in de clandestiniteit en onzekerheid terecht komen. Hierdoor worden de zorgen regelmatig onderbroken, terwijl het in het belang van deze zieke personen en de samenleving in zijn geheel zou zijn om vroegtijdig tot een diagnose te komen en om een adequate ten lasteneming van deze zieke personen te garanderen. Zo kan de overdracht van besmettelijke ziektes vermeden worden.

De manier waarop de medische adviezen geleverd worden door de artsen van de DVZ en de inhoud van sommigen hiervan, **doen trouwens veel vragen rijzen met betrekking tot de eerbiediging van de medische deontologie**, of het nu gaat om de kwestie van het garanderen van de continuïteit van de zorgen, om de transparantie of om het strenge kader waarbinnen de artsen hun medische adviezen lijken te moeten afleveren.

Het ontbreken van een debat op tegenspraak en het niet-daadwerkelijke beroep voorzien in het kader van deze procedure, kan toegevoegd worden aan het lijstje met de talrijke problemen.

Het eerbiedigen van de fundamentele rechten van de meest kwetsbare personen in onze samenleving, in het bijzonder de ernstig zieke migranten, is van essentieel belang eens te meer gezien de huidige besparingscontext.

Na de 2^e wereldoorlog bleek het fundamenteel te zijn om het belang van de menselijke waardigheid te erkennen en de ontwikkeling van vriendschappelijke relaties tussen naties aan te moedigen. Dit heeft aanleiding gegeven tot de **Universele Verklaring van de Rechten van de Mens** die zich baseert op de erkenning van rechten die de gelijkheid en de waardigheid van alle mensen verzekert. België heeft de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en het EVRM ondertekend. Deze teksten verwoorden het recht op leven voor elke persoon, om niet onderworpen te worden aan onmenselijke of vernederende behandelingen en het recht op een voldoende hoge levensstandaard om in zijn gezondheid en medische zorgen te

kunnen voorzien. **België heeft eveneens het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten ondertekend.** Dit verdrag erkent het recht van eenieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid net als de verplichting die op de Staten rust om alle maatregelen te nemen die nodig zijn om epidemische en endemische ziekten te voorkomen, behandelen en bestrijden.

België beschikt over een expertise op vlak van internationale gezondheid via de verschillende instellingen voor tropische geneeskunde en onderwijs in volksgezondheidszorg. Belgische experts hebben enkele jaren geleden een beleidsnota geschreven met als titel “Het recht op gezondheid en gezondheidszorg” dat aandringt op het naleven van de mensenrechten om de gezondheid op internationaal niveau te bevorderen. Overwegende het feit dat de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg een onvervreemdbaar recht en een essentieel element is in de strijd tegen de armoede en de ongelijkheid, heeft België zich ertoe verbonden om werk te maken van het recht op gezondheid in de partnerlanden van de Belgische Coöperatie.⁷⁷ Op dit moment wordt de toegang tot adequate gezondheidszorg bijlange na niet gegarandeerd aan een groot deel van de bevolking van landen met beperkte middelen.

De negatieve beslissingen die momenteel genomen worden door de Belgische administratie bedreigen de waardigheid en het leven van deze zieke personen op directe wijze en doen vragen rijzen bij de internationale verbintenissen van België met betrekking tot de naleving van de mensenrechten en het recht op gezondheid. Ondanks zijn internationale verbintenissen, geeft België een BGV aan ernstig zieke personen zonder zich te buigen over de vraag of deze personen al dan niet verdere toegang zullen hebben tot de behandeling die hen in leven houdt en zonder zich af te vragen of de mensenrechten van deze zieke personen nageleefd zullen worden. Door deze beslissingen te nemen, draagt België een deel van de verantwoordelijkheid over het trieste noodlot dat deze zieke personen te wachten staat.

77 Diplomatie België: Beleidsnota: Het recht op gezondheid en gezondheidszorg, 2008, http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_gezondheidszorg_tcm314-195597.pdf.

AANBEVELINGEN

In overleg met alle ondertekenaars van dit witboek en gebaseerd op de vele gebreken die tijdens de kritische analyse aan het licht zijn gebracht, vragen wij:

Het verzekeren van een individueel en kwaliteitsvol onderzoek van de 9^{ter}-aanvraag in de geest van de wet, in het belang van de patiënt en met respect voor de medische deontologische regels. De artsen van de DVZ dienen daadwerkelijk onafhankelijk te zijn en af te hangen van het Ministerie van Volksgezondheid. Ze moeten op zijn minst ingeschreven zijn in de Nationale Raad van de Orde van geneesheren en zich houden aan de aanbevelingen van deze Raad van 16 november 2013.⁷⁸

Het aanpassen van de wet opdat de procedure tot machtiging tot verblijf om medische redenen snel, op tegenspraak en met garanties voor de rechten van de patiënt verloopt. Er zou een vervaltermijn moeten worden ingevoerd wat de beslissing tot ontvankelijkheid betreft. Er dient een daadwerkelijk beroep en in volle rechtsmacht voor de RvV voorzien te worden met de mogelijkheid voor de rechter om een verblijf toe te kennen en, indien nodig, een geneeskundig expert aan te stellen zoals in de procedures voor de Arbeidsrechtbank met betrekking tot de vervangingsuitkeringen.

Het opentrekken van de bestaande verblijfsprocedures zodat ze rekening houden met het geheel van elementen die door de vreemdeling worden aangevoerd, die onder andere van politieke, medische, familiale of humanitaire aard kunnen zijn.

Het verlenen van sociale rechten aan de 9^{ter}-aanvrager en zijn familieleden. Het mogelijk maken voor de familieleden van een 9^{ter}-aanvrager (en indien mogelijk ook voor hemzelf) om te werken vanaf de beslissing tot ontvankelijkheid van de 9^{ter}-aanvraag.

78 <https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/arbeidsovereenkomst-bestemd-voor-de-artsen-werkzaam-bij-de-dienst-vreemdelingenzaken>, zie bijlage 3.

Het op individuele, daadwerkelijke en concrete manier verzekeren van de verderzetting van de zorgen in het land van herkomst in geval van een definitieve weigerings- en verwijderingsbeslissing.

Zich bewust te zijn van de gevolgen van het huidige beleid op de nationale en internationale volksgezondheid.

Het naleven van onze verplichtingen en verbintenissen die voortvloeien uit verschillende internationale rechtsinstrumenten omtrent het respecteren van de mensenrechten, het recht op gezondheid en algemene doelstellingen wat volksgezondheid betreft waaraan België gebonden is.

LIJST MET AFKORTINGEN

BGV	Bevel om het Grondgebied te Verlaten
DMH	Dringende Medische Hulp
DVZ	Dienst Vreemdelingenzaken
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
Fedasil	Federaal Agentschap voor de opvang van Asielzoekers
GwH	Grondwettelijk Hof
HIV	Humaan Immunodeficiëntievirus
HvJ	Hof van Justitie
IOM	Internationale Organisatie voor Migratie
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RvS	Raad van State
RvV	Raad voor Vreemdelingenbetwistingen
WHO	World Health Organization

BIJKOMENDE INFORMATIE:

MEDIMMIGRANT: [werkinstrumenten en publicaties: informatie folders](#) en het geheel van de website

KRUISPUNT MIGRATIE-INTEGRATIE: [medische regularisatie 9ter](#)

ADDE (Association pour le Droit Des Etrangers): [Fiche pratique: autorisation de séjour pour motifs médicaux article 9ter](#)

CIRE (Coordination et Initiatives pour les Réfugiés et Etrangers): [Etude sur les maladies du séjour](#), 2011

BCHV (Belgisch Comité voor Hulp aan Vluchtelingen): [Asiel en de bescherming van kwetsbaarheid Inoverwegingname van de minderjarigheid en trauma in de Belgische asielprocedure](#), 2014

DOKTERS VAN DE WERELD: [Groenboek over de toegankelijkheid tot gezondheidszorg in België](#), 2014 en het geheel van de website

CARITAS INTERNATIONAL: Vluchtschrift: [Welke rechten nog te mobiliseren voor ernstig zieke vreemdelingen in België: Deel I en Deel II](#), 2015

OCMW-info-CPAS: [De procedure betreffende een steunaanvraag](#)

K. VanHoorde: [Degrenzen vandemedischeregularisatieprocedure: een balans tussen een effectief beleid en een adequate bescherming? Irreguliere migranten met HIV/aids](#)

BIJLAGE 1

Cijfers omtrent de beslissingen over machtigingen tot verblijf om medische redenen

Enkele cijfers⁷⁹

Sinds 2012 is het totale aantal geregulariseerden in België sterk gedaald. De beschikbare statistieken in de rapporten van de DVZ maken het niet mogelijk om op duidelijke wijze een onderscheid te maken tussen het aantal personen die gemachtigd zijn tot verblijf op basis van artikel 9bis (“humanitaire” redenen) en op basis van artikel 9ter (medische redenen).

De administratieve overheid heeft de neiging om steeds strenger te worden in de afgifte van machtigingen tot verblijf in het algemeen (9bis en 9ter). Het aantal geregulariseerde personen op basis van artikel 9ter blijft verder dalen. Een groot deel van de personen die getroffen zijn door een ziekte die hun leven in gevaar brengt en die een 9ter-aanvraag indienen, verkrijgen nooit een verblijfstitel.

Aantal personen toegelaten tot verblijf op basis van artikel 9bis (humanitaire regularisatie) en 9ter (medische regularisatie) door elkaar⁸⁰

	Personen gemachtigd tot verblijf	Personen waarvan het verblijf geweigerd werd
2011	9.509	30.417
2012	4.412	39.684
2013	1.901	33.438
2014	1.548	18.003
2015	(januari-juli) 831	7.965

In 2012, na de invoering van de medische filter, werden 7% van de 9ter-aanvragen ontvankelijk verklaard, 48% was onontvankelijk wegens verschillende technische redenen (identiteit, niet correct ingevuld medisch getuigschrift...) en 45% werd onontvankelijk

79 De statistische gegevens van de DVZ van 2011, 2012, 2013, en 2014 en de jaarverslagen vindt u hier: https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Statistieken/Pages/Uitzonderlijk_Verblijf.aspx ; <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Pages/Publicaties.aspx>.

80 *Ibidem*.

verklaard op basis van de medische filter⁸¹. In 2012 werden er 14027 medische regularisatieaanvragen onderzocht door de DVZ. Op dit totaal werden 7843 aanvragen onontvankelijk verklaard, 5521 waren ontvankelijk en 663 aanvragen werden zonder voorwerp verklaard om een technische weigering of een uitsluiting.

In 2013 werden er op een totaal van 9010 beslissingen van de DVZ op basis van artikel 9ter, 148 positieve beslissingen genomen ten opzichte van 8862 weigeringen, waarvan er 5429 onontvankelijk verklaard werden⁸². Ongeveer 35% van de aanvragen werden onontvankelijk verklaard vanuit een medisch standpunt, 35,2% van de aanvragen werden ten gronde onderzocht en de anderen werden onontvankelijk verklaard wegens andere technische redenen. Slechts 1,64% van de aanvragen om medische redenen behandeld in 2013 kenden een positieve uitkomst⁸³.

In 2014 werden 496 personen gemachtigd tot verblijf op basis van artikel 9ter en aan 9.242 personen werd het verblijf geweigerd⁸⁴.

Van januari tot en met mei 2015 werden er 94 personen gemachtigd tot verblijf op basis van artikel 9ter⁸⁵.

81 Antwoord op een Parlementaire vraag van Staatssecretaris Maggie de Block van 19 februari 2013, CRIV 53 COM 669, p. 29.

82 DVZ, Activiteitenrapport 2013, p. 67, https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Documents/2013_NL.pdf.

83 Cijfers bezorgd door Staatssecretaris Maggie De Block tijdens een onderhoud op 28/02/2014.

84 DVZ, Statistisch verslag 2014, p 29.

85 Statistieken van de DVZ, mei 2015, https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Documents/Statistieken/Stat_M_SRH_NI_2015_05.pdf.

*Aantal positieve en negatieve beslissingen en percentage positieve beslissingen, 2008-2014*⁸⁶

		Positieve beslissingen	Negatieve beslissingen of uitsluitingen	Totaal	% positieve beslissingen
Art. 9,3	2008	3 956	5 347	9 303	43%
	2009	2 919	312	3 231	90%
	2010	2 472	46	2 518	98%
	2011	434	50	484	90%
	2012	131	65	196	67%
	2013	57	41	98	58%
	2014			0	
Art. 9bis	2008	916	7 437	8 353	11%
	2009	3 521	4 551	8 072	44%
	2010	10 727	5 680	16 407	65%
	2011	6 058	11 349	17 407	35%
	2012	2 937	11 015	13 952	21%
	2013	1 131	10 534	11 665	10%
	2014	701	5 862	6 563	11%
Art. 9ter	2008	123	1 826	1 949	6%
	2009	754	1 323	2 077	36%
	2010	2 227	2 171	4 398	51%
	2011	510	9 350	9 860	5%
	2012	319	13 077	13 396	2%
	2013	148	8 471	8 619	2%
	2014	295	4 434	4 729	6%

86 Bron : www.myria.be.

BIJLAGE 2

Standaard medisch getuigschrift voorgeschreven door het koninklijk besluit van 24 januari 2011

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN
Algemene Directie van de Dienst Vreemdelingenzaken

MEDISCH GETUIGSCRIFT
bestemd voor de Dienst Humanitaire Regularisaties bij de Algemene Directie van de Dienst
Vreemdelingenzaken

Aan de arts : Gelieve dit attest te overhandigen aan betrokkene zelf. Hij/zij zal het medisch attest vervolgens zelf aan de desbetreffende Dienst bezorgen.

NAAM EN VOORNAAM van de patiënt :
GEBORTEDATUM:
NATIONALITEIT:
GESLACHT:

A/ Medische voorgeschiedenis:

B/ DIAGNOSE: gedetailleerde beschrijving van de aard en de ernst van de aandoeningen op basis waarvan de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van Artikel 9ter wordt ingediend.
Het is in het belang van de patiënt dat voor elke aandoening stukken ter staving worden voorgelegd (bv. specialistisch verslag).

C/ Actuele behandeling en datum van opstarten van de behandeling van de aandoeningen vermeld onder rubriek B :

- Medicamenteuze behandeling / medisch materiaal
- Interventie / Hospitalisatie (Frequentie ? Datum van laatste opname?)
- Voorziene duur van de noodzakelijke behandeling

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

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

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

G/ Aantal bijlagen bij huidig attest :

Datum :

NAAM, handtekening en stempel van de arts:

RIZIV – nummer :

AANDACHT – Belangrijke opmerkingen

De Dienst Vreemdelingenzaken moet de betrokken arts kunnen identificeren. Het is bijgevolg in het belang van de patiënt dat naam en RIZIV – nummer van de arts duidelijk leesbaar zijn.

De Dienst Vreemdelingenzaken heeft het recht de gezondheidstoestand van de patiënt te laten verifiëren door een arts aangesteld door de administratie (artikel 9ter).

Met instemming van de patiënt kan een meer gedetailleerd medisch verslag het huidig medisch attest vergezellen (Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt).

BIJLAGE 3

Advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren van 16/11/2013

Arbeidsovereenkomst bestemd voor de artsen werkzaam bij de dienst Vreemdelingenzaken

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft de arbeidsovereenkomst besproken die bestemd is voor de artsen werkzaam bij de dienst Vreemdelingenzaken.

Doc: a143020

Tijdschrift: 143

Datum: 16/11/2013

Origine: NR

Advies van de Nationale Raad :

E-mail aan Mevrouw Maggie DE BLOCK, Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding.

In zijn vergadering van 16 november 2013 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren het model van arbeidsovereenkomst besproken dat bestemd is voor de artsen werkzaam bij de dienst Vreemdelingenzaken.

Aangezien dit een standaardbediendenovereenkomst is en gelet op het feit dat de werkzaamheden van deze artsen handelingen tot uitoefening van de geneeskunde uitmaken, acht de Nationale Raad het nuttig u te suggereren dit contract met een annex die betrekking heeft op deze bijzonderheid te vervolledigen .

Dit voorstel kan desgevallend besproken worden ter gelegenheid van de vergadering van 30 november 2013 waarop u aanwezig zal zijn.

De Nationale Raad stelt volgende formulering voor :

ANNEX betreffende het geven van medische adviezen in het kader van een aanvraag voor medische regularisatie

Artikel 1 - Doel en voorwerp

De arts verbindt er zich toe medische adviezen te verstrekken in het kader van een aanvraag voor medische regularisatie overeenkomstig

artikel 9^{ter} van de Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en met respect voor de beginselen van medische deontologie zoals verwoord in de Code van geneeskundige plichtenleer en de adviezen van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren.

Voor de uitoefening van zijn opdracht zal de arts [gelieve een beschrijving van de wijze van uitvoeren van zijn opdracht toe te voegen].

De arts verklaart over de vereiste beroepservaring en kwalificatie te beschikken om deze opdracht in overeenstemming met de wettelijke bepalingen te kunnen uitvoeren. De arts voldoet bovendien aan alle wettelijke voorwaarden om op wettige wijze de geneeskunde uit te oefenen.

Artikel 2 - Plaats van uitvoering van de opdracht

Teneinde de arts in staat te stellen de aanvrager medisch te kunnen onderzoeken, stelt de opdrachtgever hiertoe aangepaste lokalen te beschikking.

Tenzij anders voorafgaandelijk schriftelijk vermeld, mogen medische onderzoeken enkel plaatsvinden in de door de opdrachtgever ter beschikking gestelde lokalen.

Artikel 3 - Onafhankelijkheid en medisch beroepsgeheim

De arts zal de opdracht in volledige onafhankelijkheid ten opzichte van de opdrachtgever of van andere artsen werkzaam voor de opdrachtgever uitvoeren. De opdrachtgever respecteert daartoe de professionele autonomie van de arts, zoals wettelijk en deontologisch omschreven.

De arts is gebonden door het medisch beroepsgeheim. Hij deelt geen medische informatie mee aan de opdrachtgever. Er kan ten opzichte van de opdrachtgever geen sprake zijn van een gedeeld beroepsgeheim.

Artikel 4 - Verplichting inzake geheimhouding

De arts is tot geheimhouding gebonden, zelfs na het beëindigen van onderhavige overeenkomst.

Bij de beëindiging van de overeenkomst is de arts verplicht alle informatiedragers en documenten, die eventueel ter beschikking

werden gesteld door de opdrachtgever, of die de vrucht zijn van de diensten die hij verrichtte voor rekening van de opdrachtgever, onmiddellijk terug te bezorgen. De opdrachtgever bewaart de vertrouwelijke documenten met respect voor het beroepsgeheim.

Artikel 5 - Geschillen

Geschillen van deontologische aard vallen uitsluitend onder de bevoegdheid van de provinciale raden van de Orde van geneesheren.

*(Dit document werd gedownload van volgende webpagina:
<https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/arbeidsovereenkomst-bestemd-voor-de-artsen-werkzaam-bij-de-dienstvreemdelingenzaken>)*

BIJLAGE 4

HIV, volksgezondheid en internationale verbintenissen

Focus: de noodzaak tot naleving van de mensenrechten voor een efficiënte strijd tegen de HIV/aids-epidemie. De internationale verbintenissen van België.

Ongeveer 35 miljoen personen leven vandaag de dag met HIV, waarvan 3/4e in Sub-Sahara-Afrika⁸⁷. In 2012 geraakten 2,3 miljoen mensen besmet⁸⁸. De epidemie treft vooral de meest actieven op socio-economisch vlak met een piek bij de vrouwen op 25 jaar en bij de mannen rond 30-40 jaar⁸⁹. Aids heeft sinds het begin van de epidemie geleid tot meer dan 36 miljoen doden⁹⁰. Deze besmetting doet de levensverwachting met meerdere jaren afnemen en heeft de economische vooruitgang in verschillende Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara afgeremd⁹¹.

Een laattijdige screening

De HIV-epidemie is nog niet onder controle, zeker niet wat de screening betreft. In West-Europa worden tussen de 45 en 50% nieuwe vastgestelde seropositieve gevallen laattijdig gedetecteerd en behandeld (met een gehalte van minder dan 350 CD4-cellen/ μ l). In België is dit het geval voor 29% Belgen, 48% niet-Belgen en 55% personen van Sub-Sahara-Afrika⁹². Een late diagnose wordt gelinkt aan een hoger ziekte- en sterftecijfer door HIV, een verminderde reactie op de behandeling, hogere gezondheidskosten en meer overdrachten. Wat de laattijdige screening betreft, wijzen studies op barrières bij de professionelen uit de gezondheidszorg en bij de

87 WHO, Hiv/aids fact sheet nr. 360, November 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>.

88 UNAIDS, Report on the global aids epidemic 2013, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.

89 Marc Gentilini, Médecine tropicale, 6ième édition, 2012, Lavoisier, p. 761.

90 UNAIDS, Report on the global aids epidemic 2013, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.

91 Marc Gentilini, Médecine tropicale, 6ième édition, 2012, Lavoisier, p. 761.

92 A.SASSE, J. DEBLONDE, D. VAN BECKHOVEN, Epidemiologie van aids en hiv infectie in België: toestand op 31 december 2012, WIV, https://www.wiv-isp.be/Documents/121219_Rapport_HIV-AIDS_2011_5.pdf.

personen zelf waaronder de vrees om te worden teruggestuurd of om geen toegang te hebben tot de zorgen.

Volgens de laatste aanbevelingen van de WHO zouden er vandaag 26 miljoen personen besmet door HIV een behandeling moeten krijgen⁹³. Nochtans krijgen er nu slechts 10 miljoen mensen effectief een behandeling. In 2012 stierven nog steeds 1,6 miljoen mensen aan aids. Het uitbreiden van de behandeling naar diegenen die er nood aan hebben, zou ervoor kunnen zorgen dat vele levens gered kunnen worden en dat de epidemie beter gecontroleerd kan worden aangezien een behandelde persoon duidelijk minder besmettelijk is. Bovendien bevordert de beschikbaarheid van de behandeling de screening aangezien de betrokken personen weten dat ze er belang bij hebben om hun toestand te kennen. De behandeling ter beschikking stellen aan diegenen die het nodig hebben, lijkt dan ook economisch gezien rendabel te zijn en geeft opnieuw hoop aan ganse bevolkingsgroepen^{94,95}.

Naar alle verwachting zal het verschijnsel van de laattijdige screening bij asielzoekers, die niet meer de garantie hebben dat ze gescreend worden, verder stijgen. Ze zullen enkel op zodanige wijze ten laste worden genomen dat ze zullen overleven. Hieraan moet het steeds grotere aantal 'uit het oog verloren' seropositieve vreemdelingen die een weigering kregen na hun verblijfaanvraag en hierdoor in de clandestiniteit werden verdreven, worden toegevoegd. België heeft er zich nochtans op nationaal en internationaal niveau meermaals toe verbonden om de aidsepidemie op efficiënte wijze te bestrijden en om de mensenrechten van zieke personen na te leven^{96,97}. Dit houdt de behandeling in van een groter aantal zieke personen en de verzekering van waardige levensomstandigheden voor deze mensen.

93 Nieuwe richtlijnen van WHO over antiretroviralen in 2013: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/>.

94 Macroeconomics and health: investing in health for economic development, 2001, p. 51, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>.

95 UNAIDS, Treatment 2015, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2484_treatment-2015_en_1.pdf.

96 Beleidsnota: De Belgische bijdrage aan de wereldwijde strijd tegen hiv/aids, 2006, http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_aidsbestrijding_tcm314-65630.pdf.

97 Diplomatie België: Beleidsnota: Het recht op gezondheid en gezondheidszorg, 2008, http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_gezondheidszorg_tcm314-195597.pdf.

Gediscrimineerde zieke personen

In het begin van de epidemie is snel gebleken dat de besmette personen gestigmatiseerd, gediscrimineerd en verstoten werden door de samenleving en nog vaker door hun omgeving. Ook vandaag nog durven weinig zieke personen te praten over hun seropositiviteit uit angst om verstoten te worden. Het is snel duidelijk geworden dat het onontbeerlijk is om hun mensenrechten te verdedigen en deze stigmatisering te bestrijden opdat deze zieke personen gerespecteerd worden en een waardig leven kunnen leiden⁹⁸.

Internationale verbintenissen

Jonathan Mann, de eerste directeur van het bestrijdingsprogramma tegen HIV/aids van de WHO heeft in de jaren '80 een programma ontwikkeld dat aandrong op het belang van het verband tussen de mensenrechten, de strijd tegen HIV en het recht op toegang tot gezondheidszorg⁹⁹. De omvang van de epidemie heeft naties over de ganse wereld ertoe gedwongen om hun krachten te bundelen waardoor in 1996 een gemeenschappelijk programma over HIV/aids van de Verenigde Naties (UNAIDS) tot stand is gebracht¹⁰⁰. In 2000 werd de infectie erkend als een destabiliserend element van de nationale veiligheid en maakte het onderwerp uit van een specifieke bijeenkomst van de Veiligheidsraad van de Verenigde Naties¹⁰¹. In 2001 heeft de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties de resolutie "Declaration of Commitment on HIV/aids: Global Crisis – Global Action" aangenomen¹⁰². De verwoestende gevolgen van hiv op onze samenleving, op de menselijke waardigheid en op de inspanningen voor de menselijke ontwikkeling werden er erkend. De ondertekenende landen hebben er zich toe verbonden om op zoek

98 OHCHR en UNAIDS, Handbook on HIV and Human Rights for National Human Rights Institutions, 2007, http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIsAug2007.pdf.

99 Mann JM. Health and human rights: if not now, when? Health Hum Rights, 1997, American Journal of Public Health | November 2006, Vol 96, No. 11, file:///C:/Users/fien/Downloads/HHR_If_Not_Now_When.pdf.

100 The United Nations at work: the fight against AIDS, http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/FSUNworks_en.html.

101 UN Security Council Resolution 1308, 17 juli 2000, http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20000717_un_seresolution_1308_en.pdf.

102 UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION ON HIV/AIDS, 25 - 27 JUNE 2001, <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>.

te gaan naar oplossingen op nationaal en internationaal niveau door alle sectoren van de samenleving (privé/openbaar) te betrekken om samen op de meest efficiënt mogelijke wijze deze plaag te bestrijden. Dit met de eerbiediging van de mensenrechten in het achterhoofd. In datzelfde jaar werd “The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria” tot stand gebracht¹⁰³.

België heeft met het oog op de Algemene Vergadering van de Verenigde naties van 2006, dat aan hiv gewijd was, een document opgesteld met daarin de verbintenis om op duurzame wijze bij te dragen aan de versterking van de wereldwijde strijd tegen HIV/aids door de landen uit het Zuiden te steunen en door zich te baseren op de mensenrechten¹⁰⁴. Tijdens de Algemene Vergadering van 2006 en 2011 heeft de Verenigde Naties opnieuw aangedrongen op het belang om op solidaire wijze de inspanningen van alle naties te versterken om op een dag de HIV/aids-epidemie te kunnen controleren of misschien zelfs te overwinnen^{105,106}. In juli 2012 heeft de Belgische Senaat een voorstel tot resolutie aan de regering gericht met daarin de vraag om de strijd tegen de wereldwijde aids-epidemie prioritair te behandelen en hieromtrent een heel aantal maatregelen te nemen¹⁰⁷.

Op 23 mei 2014 heeft de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa eveneens een resolutie over de strijd tegen aids bij migranten en vluchtelingen aangenomen. Daarin werd herinnerd dat het recht op gezondheid een fundamenteel mensenrecht is. In deze resolutie wordt vermeld dat: “*The Assembly considers that an HIV-positive migrant should never be expelled when it is clear that he or*

103 General Assembly Special Session on hiv/aids, 25-27 juni 2001, <http://www.un.org/ga/aids/coverage/>.

104 Beleidsnota «De Belgische bijdrage aan de wereldwijde strijd tegen hiv/aids» (2006), http://diplomatie.belgium.be/nl/binaries/beleidsnota_aidsbestrijding_tcm314-65630.pdf.

105 General Assembly of the United Nations, Political Declaration on HIV/AIDS, 2 June 2006, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/503/32/PDF/N0550332.pdf?OpenElement>.

106 General Assembly of the United Nations, Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS, 10 June 2011, http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf.

107 Belgische Senaat, Voorstel van resolutie betreffende de Belgische rol in de internationale strijd tegen HIV en aids, ZITTING 2011-2012, 18 juli 2012, nr. 5-1681/3, <http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=1681&VOLGNR=3&LANG=nl>.

*she will not receive adequate health care and assistance in the country to which he or she is being sent back. To do otherwise would amount to a death sentence for that person.*¹⁰⁸

Nochtans geeft België momenteel nog steeds een BGV aan aidspatiënten terwijl de verderzetting van hun verzorging op geen enkele wijze verzekerd is. Dit soort beslissingen is dus tegenstrijdig met de internationale verbintenissen en aanbevelingen om op efficiënte en verantwoorde wijze de HIV/aidsepidemie te bestrijden.

108 Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Resolution 1997 (2014), Migrants and refugees and the fight against Aids, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=20929&lang=en>”.

