

Arrest

nr. 128 863 van 5 september 2014
in de zaak RvV X / VIII

In zake: X

Gekozen woonplaats: X

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, thans de Minister van Justitie, belast met Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding.

DE WND. VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 16 april 2014 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding van 25 februari 2014 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 27 juni 2014, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 17 juli 2014.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken F. TAMBORIJN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat L. VANHEE, die loco advocaat J. BAELDE verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat E. IMPENS, die loco advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoeker diende op 1 februari 2007 een asielaanvraag in

1.2. De commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen nam op 20 juni 2007 een beslissing tot weigering van de vluchtelingenstatus en weigering van de subsidiaire beschermingsstatus. Na beroep weigerde de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus (RvV 12 maart 2008, nr. 8556).

1.3. Verzoeker diende op 21 mei 2008 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

1.4. De gemachtigde van de minister voor Migratie- en asielbeleid verklaarde de in punt 1.3 vermelde aanvraag onontvankelijk op 13 oktober 2008.

1.5. Verzoeker diende op 24 oktober 2008 een tweede asielaanvraag in.

1.6. Op 14 november 2008 trof de gemachtigde van de minister voor Migratie- en asielbeleid een beslissing tot weigering tot inoverwegingname van de asielaanvraag (bijlage 13quater).

1.7. Op 17 november 2008 diende verzoeker wederom een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.8. Op 31 maart 2009 beslist de gemachtigde van de minister van Migratie- en asielbeleid tot onontvankelijkheid van de in punt 1.7 vermelde aanvraag.

1.9. Op 7 mei 2009 diende verzoeker een derde aanvraag in om machtiging tot verblijf in op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.10. De in punt 1.9 vermelde aanvraag werd op 1 december 2010 onontvankelijk verklaard.

1.11. Verzoeker diende op 14 maart 2012 een vierde aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.12. De gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding (hierna: de staatssecretaris) trof op 12 juni 2012 een beslissing tot onontvankelijkheid van de in punt 1.11 vermelde aanvraag en een beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). Deze beslissingen werden door de Raad vernietigd (RvV 4 februari 2013, nr. 96 522).

1.13. Verzoeker diende op 15 november 2012 een vijfde aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.14. De gemachtigde van de staatssecretaris verklaarde de in punt 1.13 vermelde aanvraag onontvankelijk op 21 januari 2013.

1.15. De gemachtigde van de staatssecretaris trof op 19 maart 2013 een nieuwe beslissing waarbij de in punt 1.11 vermelde aanvraag onontvankelijk werd verklaard.

1.16. De gemachtigde van de staatssecretaris trof op 25 februari 2014 een beslissing waarbij de in punt 1.13 vermelde aanvraag ongegrond werd verklaard. Verzoeker werd hiervan op 19 maart 2014 in kennis gesteld.

Dit vormt de bestreden beslissing waarvan de motieven luiden als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 15.11.2012 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

N.(...), P.(...) O.(...) (...)

nationaliteit: Nigeria

geboren te (...) op (...)

adres: (...)

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten onontvankelijk werd verklaard op 21.01.2013, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

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

Er worden medische elementen aangehaald voor N.(...), P.(...) O(...). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 12.02.2014 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, Nigeria.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

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

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

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

2. Over de rechtspleging

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

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een eerste en enig middel voert verzoeker de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van artikel 9ter van de vreemdelingenwet en van de materiële motiveringsplicht en het redelijkheids- en het zorgvuldigheidsbeginsel als beginselen van behoorlijk bestuur. Verzoeker stelt in zijn middel het volgende:

“De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen is bij uitoefening van zijn wettelijk toezicht bevoegd om na te gaan of de overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet onredelijk tot haar besluit is gekomen (RvSt. 17 januari 2007, nr. 166.860; RvSt. 7 december 2001, nr. 101.624; RvV 5 juni 2009, nr. 28.348). Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt vervolgens in dat aan de overheid de verplichting wordt opgelegd haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvSt 2 februari 2007, nr. 167.411; RvSt 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing haar oordeel moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken (RvV nr. 80.585 van 2 mei 2012).

Concreet werd de vraag tot verblijfsmachtiging om medische redenen vanwege verzoeker ongegrond verklaard wegens het advies van de arts-adviseur als zou de antiretrovirale perfect behandeling (zoals levensnoodzakelijk voor verzoeker) beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria.

“Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die theoretisch een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, hier concreet geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Nigeria. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland Nigeria.”

a) niet enkel nood aan HIV-medicijnen, ook aan beschikbare en toegankelijke medisch zorg m.o.o. “continue monitoring van de patiënt” door een specialist

Verzoeker verduidelijkte in diens verzoekschrift expliciet (zie stuk 3):

“Stabilisering van de toestand is de regel indien er kan ingestaan worden voor betaalbare, bereikbare en kwalitatief voldoende hoogstaande gezondheidszorg.

Zelfs bij adequate behandeling is er een reëel risico op het optreden van korte en lange termijn bijwerkingen van de medicatie, en van resistentie tegen de gebruikte medicijnen. Dit vereist continue monitoring van deze patiënt.”

Dit maakt dat naast beschikbare en toegankelijke HIV-geneesmiddelen er tevens levensnoodzakelijke medische follow-up door gespecialiseerde geneesheren noodzakelijk is voor verzoeker.

Terwijl enkel de beschikbaarheid en toegankelijkheid van antiretrovirale geneesmiddelen werd nagegaan door verweerder (en ook dat discutabel is – zie infra punt b), werd de beschikbaarheid en

toegankelijkheid van begeleidende medische opvolging m.o.o. "continue monitoring van de patiënt" door de noodzakelijke geneesheer-specialisten niet nagezien door verweerder.

De beslissing werd dan ook onzorgvuldig genomen, minstens wordt de materiële motivatieplicht geschonden alwaar de bestreden beslissing niet motiveert omtrent de zoals in het SMG voorgeschreven levensnoodzakelijke continue monitoring van verzoeker door een specialist.

b) geen afdoende beschikbaarheid en toegankelijkheid van HIV-therapie

Wat betreft de vermeende beschikbaarheid van de levensnoodzakelijke HIV-behandeling in Nigeria stelt de bestreden beslissing (via het advies van de arts-adviseur) louter:

"Voor de behandeling en opvolging van HIV zijn er in het herkomstland Nigeria voldoende behandelings- en opvolgingsmogelijkheden, bijgevoegd in het administratief dossier."

Concreet beroept de arts-adviseur zich op één dossier / vraag tot verduidelijking in één dossier uit Nederland "(...)" om daarmee eenvoudigweg te concluderen dat de levensnoodzakelijke HIV-behandeling voor verzoeker "voldoende beschikbaar" is (zie stuk 1b).

Concreet verwijst dit uiterst summier, 2 bladzijden tellend, document waar de arts-adviseur van verweerder naar verwijst een vermelding dat HIV-therapie beschikbaar is in het National Hospital te Abuja (NIGERIA) en in het Lagos Teaching University te Lago (NIGERIA). Niet min, niet meer.

Dergelijk standpunt is kennelijk onredelijk en kan de bestreden beslissing niet afdoende ondersteunen/motiveren.

Vooreerst stelt het SMG bij het verzoek tot verblijfsmachtiging om medische redenen alreeds duidelijk dat de antiretrovirale 'coverage' in Nigeria niet goed is, nl. slechts 25% van de patiënten die deze antiretrovirale middelen nodig hebben, kunnen hierover beschikken of hebben toegang hiertoe.

Het verzoekschrift van 15.11.2012 verduidelijkt dan ook:

"De conclusie van de behandelende arts op grond WHO cijfers 75% dateert nog van voor de wereldwijde economische crisis, waardoor fondsen HIV/AIDS b HIV/AIDS b HIV/AIDS b HIV/AIDS b HIV/AIDS behandeling in Nigeria inmiddels enkel maar afnamen en de kans overlijden enkel maar op behandeling nog kleiner is geworden en de kans overlijden enkel maar is toegenomen..."

Vervolgens verduidelijkt het verzoek tot verblijfsmachtiging expliciet hoe nieuwsberichten uit Nigeria de alarmbel luiden omtrent het feit dat de wereldwijde economische crisis ook een manifeste impact heeft op de krimpende fondsen voor HIV-behandeling in Nigeria (immers in hoofdzaak gefinancierd door internationale financiële steun uit het Westen). Het verzoekschrift van 15.11.2012 citeert volgend bericht (stuk 3):

"There is a cut in funding that runs so deep many people fear it might tear into pieces all the gains the country has recorded since the advent of a structured, focused and concerted response to HIV.

(...)

The lack of funds for AIDS response, which includes the lack of resources to place people on second line therapy when they require it, is affecting the quality of treatment for people living with HIV in Nigeria. The situation is even more disturbing for nursing mothers living with HIV.

(...)

Aside the drop in the quality of care, Adu is worried about an impending loss of trained human resources for HIV/AIDS treatment and care in Nigeria. "Since there are no funds to pay doctors adequately, many are leaving AIDS treatment programs for other programs and even for general practice. This is the situation we have found ourselves in."

(...)

"The WHO guidelines mean that more people are supposed to be on treatment, but all our treatment programs can only accommodate about 500.000 when we actually need to place 1.5 million people on treatment. So what happens to the remaining one million?" asks Umoru.

Dr. Dan Onwujekwe answers the question: "They can't get on treatment because all the treatment centers have reached their limit and we risk the emergence of drug resistance strain of the virus if those who are on treatment can't continue" he says. Onwujekwe should know. He is senior research fellow and principal investigator of the Harvard/APIP program at the Nigerian Institute of Medical Research (NIMR).

(...)

I am worried because HIV treatment is not like malaria control because if anybody is on HIV treatment there must not be any stoppage or slowing down of treatment and that is why I am worried about patients who are currently looking for where to go to for treatment.

(...)

Here at NIMR, we've had to limit the number of people we register for treatment because we don't have space. We have about 11.000 adults on treatment and that is about 500 drug pick-ups per day. And we have not added the number of PMTCT and pediatric HIV cases.

(...)

But funds for the Global Fund are also shrinking. Regular donors such as the Netherlands, Spain, Italy and Greece are dealing with severe economic recession that has relegated its commitment to the Global Fund to the background. The United States which is the Global Fund's major donor is also planning massive cut in donations which would definitely affect AIDS in response in countries like Nigeria.

(...)

The list of cut and rested programs for HIV/AIDS goes on and on. And the implications for people living with HIV/AIDS are dire. No time is more critical than now for Nigeria to review its AIDS response if it truly wants to continue on the path of progress in the battle against the virus."

Op geen enkele wijze wordt op bovenstaande twee essentiële argumenten geantwoord/gemotiveerd in de ongegrondheidsbeslissing van verweerder, door te verwijzen naar de theoretische beschikbaarheid van HIV-therapie in het ziekenhuis te Lagos en te Abuja ?!

Verweerder kan bezwaarlijk diens motivatie beperken tot het verwijzen naar een uiterst summier Nederlands document inzake theoretische beschikbaarheid van HIV-therapie in de twee grootste steden van Nigeria, om vervolgens te stellen dat hiermee de beschikbaarheid en toegankelijkheid voldoende is en verzoeker aldus niet riskeert in een levensgevaarlijke en/of onmenselijke of vernederende behandeling terecht te komen bij gebreke aan de levensnoodzakelijke medische behandeling (als of de WHO onderzoeken die stellen dat er slechts een 25% coverage is, terwijl dit zeker niet toeneemt maar afneemt gezien de krimpende fondsen in het licht van de economische crisis, niet bestaan en niet opgeworpen is in het verzoekschrift van verzoeker)!

Dergelijke motivatie kan de bestreden beslissing onvoldoende schragen en is voor een redelijk weldenkend mens onbegrijpelijk.

Ook recente (en vrij toegankelijke) bronnen bevestigen deze zorgen van verzoeker:

"Resources needed to provide sufficient treatment and care for those living with HIV in Nigeria remain seriously lacking. A study of health care providers found many had not received sufficient training on HIV prevention and treatment and many of the health facilities had a shortage of medications, equipment and materials.⁴⁸

The government's National HIV/AIDS Strategic Framework for 2005 to 2009 set out to provide ARVs to 80 percent of adults and children with advanced HIV infection and to 80 percent of HIV-positive pregnant women, all by 2010.⁴⁹ However, only 31 percent of people who needed treatment for advanced HIV infection received it in 2009.⁵⁰ As a result of this slow progress the treatment goals were set back to 2015 in the revised framework (2010 to 2015).⁵¹

Only a third of people in need of treatment are receiving it.⁵²

1.4 million adults need treatment, whilst only 432,285 adults were receiving treatment in 2011.⁵³

The number of children who need treatment has increased since 2009, to 280,000.⁵⁴

36,716 children are receiving treatment.⁵⁵ "

(<http://www.avert.org/hiv-aids-nigeria.htm>)

Alsook (recent artikel krant Daily Trust dd. 03.12.2013 hetgeen het standpunt van verzoeker in het inleidend verzoekschrift bevestigt):

"The federal government yesterday said that paucity of funds is threatening the country's efforts to manage and control the transmission of the HIV/AIDS in the country.

President Goodluck Jonathan who made this known during the celebration of the World AIDS Day in Bwari Local Government Secretariat in Abuja, noted that progress was being threatened by lack of resources.

The president who was represented by the Minister of Health, Professor Christian Onyebuchi Chukwu, appealed to state governors and the private sector to mobilize funds that would be used for the implementation of the Comprehensive Response Plan for HIV and related infectious diseases.

Chukwu, also urged all Nigerians to know their HIV status as a first step towards securing their future.

Director General of the National Agency for the Control of AIDS (NACA) Prof John Idoko also reiterated that "we must innovatively look inwards to seek ways of resourcing funds for the National HIV response which we must attain by 2015. The two-year plan is expected to significantly bridge the gaps in the national response by mobilizing resources to test 80 million Nigerians, treat more than one million HIV positive persons, and provide prevention of mother to child transmission services to about 250,000 HIV positive women."

Verweerder kan zich dan ook niet afdoende beroepen op algemene bronnen (inzake toegankelijkheid – zie punt V onder stuk 1b) zoals het NHIS en NACA wanneer zelfs president Goodluck Jonathan op 2 december 2013 verduidelijkt dat de HIV-behandeling en beschikbaarheid in Nigeria onder druk staat wegens gebrek aan financiële middelen (wat ook door verzoeker reeds in het inleidend verzoekschrift werd verduidelijkt, doch waaromtrent door verweerder met geen woord over gerept of gemotiveerd wordt) !

De website www.nigeriahivinfo.com verduidelijkt:

"HIV/AIDS IN NIGERIA THE TRUE STORY

Lack of sincerity, poor funds administration, unclear motives and lax attitude of government officials, as well as key NGO personnel have left little to cheer about, two decades after HIV/AIDS was first reported in Nigeria.”

Algemene “blote beweringen” door de arts-adviseur inzake (theoretisch) “beschikbare” antiretrovirale therapie in Nigeria (aldus beschikbaar voor 25% van het HIV-patiënten en onbeschikbaar voor 75% HIV-patiënten – zie supra), kan dan ook niet volstaan ter motivatie van de bestreden beslissing in replek op het gemotiveerd verzoekschrift van 15.11.2012.

Alwaar de arts-adviseur inzake het punt “toegankelijkheid” bovendien verwijst naar artikel 3 EVRM (nl. “wat betreft de toegankelijkheid van de nodige medicatie dient nogmaals verwezen te worden naar de rechtspraak van het EHRM waaruit heel duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit of deze medicatie moeilijk kan verkregen worden door betrokkene geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het EVRM (Arrest nr. 81574 van 23 mei 2012)”), dient benadrukt dat zulks irrelevant is alwaar verzoeker diens verzoek tot verblijfsmachtiging om medische redenen immers baseert op artikel 9ter Vw en niet (enkel) op artikel 3 EVRM !

De Raad van State verduidelijkt per arrest nr. 223.961 van 19 juni 2013:

“Het EVRM bevat immers minimumnormen en belet geenszins een ruimere bescherming in de interne wetgeving van de verdragspartijen.

(...)

De verwijzing in het bestreden arrest naar artikel 3 van het EVRM als hogere norm dan de Vreemdelingenwet is absoluut niet dienstig, alleen al omdat die verdragsbepaling geen ruimere bescherming in de nationale wetgeving verbiedt.”

Alsook:

“Daargelaten de vraag of het aldus aan de gemachtigde toekomt om dergelijke deductie uit het advies van de ambtenaar-geneesheer af te leiden, wijst de Raad er bovendien op dat de toepassingsvoorwaarden van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet ruimer zijn dan die van artikel 3 van het EVRM.”

(RvV nr. 116.096 van 19 december 2013)

De erkenning dat verweerder zich ervan bewust is dat de beperkt beschikbare HIV-therapie in Nigeria slechts “moeilijk kan verkregen worden” doch dat dit geen inbreuk uitmaakt op artikel 3 EVRM, kan dan ook onmogelijk de bestreden beslissing schragen, alwaar het verzoek tot verblijfsmachtiging van verzoeker gesteund is op artikel 9ter Vw. hetwelk een ruimere bescherming biedt, en dit aan alle verzoekers dewelke leiden aan een ernstige medische aandoening (quod in casu – daarom ook ontvankelijk verklaard), dewelke een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling lopen door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst (quod in casu).

De bestreden beslissing schendt dan ook artikel 9ter Vw alsook de materiële motivatieplicht, minstens werd de beslissing kennelijk onzorgvuldig genomen.

Alwaar noch de beschikbaarheid, noch de toegankelijkheid van de levensnoodzakelijke zorg voor verzoeker zorgvuldig wordt aangetoond, terwijl vaststaat dat verzoeker lijdt aan een ernstige aandoening met reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit bij gebreke aan adequate behandeling, dient een schending van artikel 9ter Vw (en artikel 3 EVRM) in samenlezing met de materiële motivatieplicht alsook het redelijkheids- en zorgvuldigheidsbeginsel te worden weerhouden.

“Doordat in de bestreden beslissing de gemachtigde van de staatssecretaris een advies van de arts-adviseur dat niet getuigt van een behoorlijke feitenvinding in het licht van artikel 9ter, §1, eerste lid onderschrijft en als het zijne overneemt, is de zorgvuldigheidsplicht geschonden.”

(RvV nr. 92.444 van 29 november 2012)

Huidig middel is dan ook gegrond.”

3.2. De Raad mag zich bij het beoordelen van de redelijkheid van de genomen beslissing niet in de plaats stellen van de bevoegde overheid. Hij beschikt te dezen slechts over een marginale toetsingsbevoegdheid. Dit betekent dat hij alleen die beslissing strijdig met het redelijkheidsbeginsel kan bevinden die dermate buiten verhouding staat tot de feiten dat geen enkele redelijk oordelende overheid die beslissing zou nemen (RvS 17 juni 2013, nr. 223.931).

3.3. Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheid verplicht de overheid onder meer om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 november 2012, nr. 221 475).

3.4. Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten

gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

3.5. De bestreden beslissing vermeldt uitdrukkelijk het door verzoeker geschonden geachte artikel 9ter van de vreemdelingenwet als haar juridische grondslag. Dit wetsartikel bepaalt het volgende:

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

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

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

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

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

3.6. Uit het administratief dossier blijkt dat verzoeker op 15 november 2012 een vijfde aanvraag om machtiging tot verblijf indiende op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Verzoeker baseerde zich bij zijn aanvraag op zijn HIV-infectie waarvoor hij een behandeling met Atripla krijgt.

3.7. De bestreden beslissing is gebaseerd op een advies van de arts-adviseur van 12 februari 2014 dat verzoeker samen met de bestreden beslissing ter kennis werd gebracht. Dit advies, waarnaar wordt verwezen in de bestreden beslissing, maakt integraal deel uit van de motivering van de bestreden beslissing en bevat volgende overwegingen:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 15.11.2012.

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen:

I. Medische voorgeschiedenis + voorgelegde medische attesten

Door de betrokkene werden de volgende medische getuigschriften voorgelegd ter staving van de aanvraag:

** 24/10/2012, 11/07/2012, dr. Caluwaerts, betrokkene vertoonde in 2007 een zona-infectie, daarbij werd ook een HIV-positiviteit vastgesteld met een in 2007 opgestarte medicatie. Het aantal CD4 cellen bevond zich toen op 273. Betrokkene neemt Atripla.*

II. Analyse van dit medisch dossier leert mij het volgende:

Deze 33-jarige man lijdt aan een HIV-infectie, rnet een in 2007 opgestarte behandeling.

Er waren geen verdere verwickelingen, geen recente hospitalisaties, er waren geen acute opstoten.

Er is geen gevaar voor de gezondheid of het leven van betrokkene voor zover het herkomstland beschikt over

specialisten die een HIV infectie kunnen behandelen, maar dit is zeker mogelijk in het herkomstland, Nigeria.

Alle nodige behandelingen zijn ook mogelijk in Nigeria, zoals blijkt uit de hieronder vermelde informatie, zodat

deze aandoening geen gevaar kan betekenen voor het leven of fysieke integriteit, en zodat er bijgevolg geen

risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

III. Beschikbaarheid van de behandeling

Voor de behandeling en opvolging van HIV zijn er in het herkomstland Nigeria voldoende behandelings- en opvolgingsmogelijkheden, bijgevoegd in het administratief dossier.

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

Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank[2] : REQUEST FORM Medical Advisors - Immigration and Naturalisation Department - MINISTRY OF THE INTERIOR AND KINGDOM RELATIONS, THE NETHERLANDS:

REQUEST NUMBER: (...), EXPENSE ORDER: (...)

Deze info werd bijgevoegd in het administratief dossier. Als behandeling is de tritherapie truvada beschikbaar. Men kan dus stellen dat betrokkene zonder probleem kan opgevolgd en behandeld worden in zijn herkomstland.

IV. Mogelijkheid tot reizen en mantelzorg

Op basis van de ter staving van de aanvraag voorgelegd medische dossierstukken blijkt niet dat er bij de betrokkene sprake is van een actuele strikte medische contra-indicatie om te reizen noch noodzaak tot mantelzorg.

V. Toegankelijkheid

Dusdanig stelt zich de vraag naar de toegankelijkheid van de benodigde zorgen in het herkomstland van betrokkene, zijnde Nigeria. Uit informatie beschikbaar in het administratief dossier blijkt het volgende:

Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel afgegeven worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen. Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Dusdanig stelt zich de vraag naar de toegankelijkheid van de medische zorgen in Nigeria.

Nigeria kent verschillende systemen van ziektekostenverzekering, waaronder het FSSHIP of Formal Sector Social Health Insurance Programme, het USESHIP of Urban Self-Employed Social Health Insurance Programme, en het RCSHIP of Rural Community Social Health Insurance Programme.

Het FSSHIP zorgt voor een dekking van medische onkosten van werknemers in de publieke sector en de georganiseerde private sector. Dit programma is tevens verplicht voor iedere organisatie met 10 of meer werknemers. De individuele bijdrage aan deze ziekteverzekering is inkomensgerelateerd en bedraagt heden 15% van het basissalaris. De werkgever neemt van deze 15% 10% voor zijn rekening, zodanig dat de werknemer maar 5% van het basissalaris moet bijdragen om van deze verzekering te genieten. De bijdragen van één enkele verzekerde dekken naast de hoofdverzekerde, ook de echtgenoot/echtgenote en maximaal 4 kinderen jonger dan 18 jaar. Het USESHIP is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma gerund door een groep, bestaande uit leden met dezelfde economische activiteiten. Het RCSHIP is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma gerund door een groep, bestaande uit families of individuele personen. De bijdrage aan beide voorgaande programma's wordt betaald onder de vorm van een maandelijks geldelijke rente of afbetaling. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van het pakket medische zorgen, welk door de leden van de groep werd uitgekozen.

Het National Agency for the Control of AIDS (NACA) en The Global Fund' hebben de afgelopen jaren verschillende programma's opgezet om de toegang tot oa de HIV-behandelingen in Nigeria te verbeteren. Daarnaast zijn er verschillende internationale hulporganisaties die programma's voor gratis anti-retrovirale therapie opgestart hebben .

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

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. We kunnen er dus vanuit gaan dat betrokkene zelf zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Verder dient vermeld te worden dat betrokkene beroep kan doen op het REAB-programma van de International Organisation for Migration (IOM). De IOM wil de zelfstandigheid en integratie van mensen die terugkeren naar hun herkomstland verbeteren door ze te assisteren bij hun terugkeer en hun reïntegratie. Zo kunnen ze beschikken over microkredieten om hen te ondersteunen bij de opbouw van een nieuw leven.¹

VI. Conclusie

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die theoretisch een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, hier concreet geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Nigeria. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Nigeria.”

3.8. De Raad stelt vast dat in de medische getuigschriften die de aanvraag om machtiging tot verblijf van 15 november 2012 vergezelden sprake is van een HIV-therapie (Atripla) waarbij wordt gesteld dat de behandeling dagelijks, op het correcte uur en in de correcte dosering moet worden ingenomen en dit levenslang. Verder wordt gesteld: *“Indien deze patiënt toegang heeft tot betaalbare, bereikbare en kwalitatief voldoende hoogstaande gezondheidszorg, is mantelzorg niet medisch vereist”*. De stelling van verzoeker in zijn middel dat een *“continue monitoring door gespecialiseerde geneesheren”* noodzakelijk zou zijn, vindt geen steun in de aangeleverde medische getuigschriften. Verzoeker kan de arts-adviseur dan ook niet verwijten dat de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van een *“continue monitoring van de patiënt door de noodzakelijke geneesheer-specialisten”* niet zou zijn nagegaan en dat de beslissing hierdoor op onzorgvuldige wijze zou zijn genomen.

3.9. In het medisch advies werd op basis van informatie van 2 augustus 2013 van de medische adviseurs van de Nederlandse overheid, die in het administratief dossier werd opgenomen, geconcludeerd dat er in het herkomstland Nigeria voldoende opvolgingsmogelijkheden zijn voor HIV en dat de tritherapie Truvada beschikbaar is. Specifiek met betrekking tot de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medicamenteuze behandeling, acht verzoeker de verwijzing naar de summiere informatie uit het administratief dossier in zijn middel kennelijk onredelijk. Verzoeker verwijst hierbij naar de vermelding in het standaard medisch getuigschrift van 24 oktober 2012 dat de *“antiretrovirale coverage”* niet goed zou zijn in Nigeria (*“(max 25 % data van 2010)”*), naar de informatie die hij als bijlage bij zijn aanvraag om machtiging tot verblijf had gevoegd (krantenartikel This Day Live van 22 oktober 2010 en Abstract van een studie inzake *“the HIV/AIDS epidemic in Nigeria: progress, problems and prospects”* van september 2010) en naar meer recente informatie van www.avert.org, een recent krantenartikel van The Daily Trust en www.nigeriahivinfo.com. De Raad stipt echter aan dat de informatie die verzoeker destijds in zijn aanvraag om machtiging tot verblijf had aangereikt van veel minder recente datum is dan diegene waarvan de arts-adviseur gebruik had gemaakt bij zijn beoordeling, waardoor aan deze laatste de voorkeur dient te worden gegeven. Met betrekking tot de inlichtingen die verzoeker thans in zijn verzoekschrift meedeelt (verzoekschrift, bijlage 4), dient te worden opgemerkt dat een algemene beschrijving van de toestand inzake preventie en behandeling van HIV in Nigeria niet van aard is om de meer specifieke en geïndividualiseerde informatie over de concrete follow-up van patiënten te weerleggen waarop de arts-adviseur zich heeft gebaseerd bij de beoordeling van de mogelijkheden van en de toegankelijkheid tot behandeling zoals bedoeld in artikel 9ter, §1, vijfde lid van de vreemdelingenwet. In tegenstelling tot wat verzoeker voorhoudt, ging de gemachtigde van de staatssecretaris geenszins kennelijk onredelijk te werk door op grond van de informatie van de Nederlandse overheid van 2 augustus 2013 de beschikbaarheid van de noodzakelijk geachte behandeling in Nigeria te beoordelen.

3.10. Verzoeker kan gedeeltelijk worden gevolgd waar hij stelt dat de verwijzing in het advies naar de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) met betrekking tot de toegankelijkheid van de medicatie in het licht van artikel 3 van het EVRM op zich weinig relevant is in het kader van de beoordeling die dient te gebeuren op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Nochtans vallen de bewoordingen *“reëel risico (...) op een onmenselijke of vernederende behandeling”* uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet nagenoeg samen met de formulering van artikel 3 van het EVRM, zodat tussen beide bepalingen wel degelijk een link bestaat. Met zijn kritiek op de overweging uit het advies waarin verwezen wordt naar de rechtspraak van het EHRM, slaagt verzoeker er echter niet in de overige, meer pertinente argumenten uit het medisch advies te weerleggen. Hierin wordt immers gewezen op de bestaande systemen van ziektekostenverzekering in Nigeria, op het feit dat verzoeker in beginsel als arbeidsgeschikt dient te worden beschouwd zodat hij zelf voor eventuele kosten kan instaan en op de hulp die hij via de Internationale Organisatie voor Migratie zou kunnen krijgen. Met zijn

betoog, dat weliswaar doorspekt is met verwijzingen naar de rechtspraak van de Raad, weerlegt verzoeker de concrete argumenten uit het medisch advies niet en toont hij evenmin aan dat de arts-adviseur de toegankelijkheid van de noodzakelijke behandeling onjuist zou hebben beoordeeld zodat deze rechtsgeldig kon concluderen dat *“de aandoening, hoewel deze kan beschouwd worden als een aandoening die theoretisch een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien deze niet adequaat behandeld wordt, hier concreet geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Nigeria”*.

3.11. Op grond van het hierboven weergegeven advies verklaarde de gemachtigde van de staatssecretaris de aanvraag om machtiging tot verblijf ongegrond. Verzoeker toont niet aan dat de gemachtigde van de staatssecretaris hierbij onredelijk te werk zou zijn gegaan.

3.12. Artikel 3 van het EVRM bepaalt dat *“Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.”* Met de bestreden beslissing, die gestoeld is op artikel 9ter van de vreemdelingenwet, werd geen uitspraak gedaan over een eventuele verwijdering van het grondgebied. Een eventuele afzonderlijke verwijderingsmaatregel zou als afzonderlijke beslissing kunnen worden aangevochten, hetgeen verzoeker ook heeft gedaan (zie rolnr. RvV 151 078). Bij gebrek aan een verwijderingsmaatregel in de thans bestreden bestreden beslissing maakt verzoeker geen schending van artikel 3 van het EVRM aannemelijk (cf. RvS 5 oktober 2011, nr. 215.574).

3.13. Er werd geen schending aannemelijk gemaakt van artikel 3 van het EVRM of van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. De bestreden beslissing steunt op deugdelijke feitelijke en juridische overwegingen en de motieven staan niet in kennelijke wanverhouding tot het besluit. Verzoeker toont niet aan dat de gemachtigde van de staatssecretaris met bepaalde elementen geen of onvoldoende rekening zou hebben gehouden. Er is geen sprake van een schending van de materiële motiveringsplicht, van het redelijkheids- of van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Het enig middel is ongegrond.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijf september tweeduizend veertien door:

dhr. F. TAMBORIJN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. T. LEYSEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

F. TAMBORIJN