

Arrest

nr. 205 264 van 13 juni 2018
in de zaak RvV X / II

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat F. LANDUYT
Bloemendalestraat 147
8730 BEERNEM**

tegen:

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

DE VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 2 maart 2015 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 22 januari 2015 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 verklaard wordt.

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 5 april 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 22 mei 2018.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter J. CAMU.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KIWAKANA, die loco advocaat F. LANDUYT verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat T. SCHREURS, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 19 december 2002 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf in toepassing van (oud) artikel 9.3 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).

Op 18 november 2003 dient de verzoekende partij een tweede aanvraag in om machtiging tot verblijf in toepassing van (oud) artikel 9.3 van de vreemdelingenwet. Deze aanvraag wordt niet in overweging genomen om reden van een negatieve woonstcontrole.

Op 23 oktober 2006 wordt de eerste aanvraag van de verzoekende partij niet ontvankelijk verklaard bij gebrek aan buitengewone omstandigheden.

Op 5 juli 2007 wordt aan de verzoekende partij een bevel om het grondgebied te verlaten ter kennis gebracht.

Tegen de beslissing van 23 oktober 2006 en het bevel om het grondgebied te verlaten dat op 5 juli 2007 ter kennis werd gebracht dient de verzoekende partij een beroep tot nietigverklaring in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna verkort de Raad). Bij arrest nr. 1540 van 4 september 2007 verwerpt de Raad het beroep van de verzoekende partij.

Op 17 november 2009 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9bis van de vreemdelingenwet.

Op 3 juli 2010 doet zij aangifte van een voorgenomen huwelijk met de heer V., van Belgische nationaliteit. Op 29 oktober 2010 verleent het parket een negatief advies inzake dit huwelijk. Het huwelijk vindt geen plaats.

Op 16 augustus 2014 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf, in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Deze aanvraag wordt op 16 september 2014 onontvankelijk verklaard bij gebrek aan het voorleggen van een identiteitsdocument. Tegen deze beslissing dient de verzoekende partij een beroep tot nietigverklaring in bij de Raad. Op 10 maart 2015, bij arrest nr. 140.684, verwerpt de Raad het beroep tot nietigverklaring.

Op 14 november 2014 dient de verzoekende partij opnieuw een aanvraag in, om machtiging tot verblijf, in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Op 9 januari 2015 wordt deze aanvraag ontvankelijk verklaard.

Op 22 januari 2015 wordt de aanvraag om machtiging tot verblijf, in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing. De motivering van de bestreden beslissing luidt als volgt:

“(...) in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, aanvraag die door onze diensten ontvankelijk werd verklaard op 9.1.2015, deel ik u mee dat dit verzoek ongegrond is.

Reden(en) :

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

Er werden medische elementen aangehaald voor O., F. die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur dd. 21.1.2015 in gesloten omslag)

Derhalve

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

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

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).

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

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan O., F. te willen overhandigen.

GELIEVE ONDER GEEN BEDING DEZE BESLISSING TE BETEKENEN AAN O., F. ZONDER DE BIJGEVOEGDE GESLOTEN OMSLAG.”

2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een enig middel voert de verzoekende partij de schending aan van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van artikel 9ter van de vreemdelingenwet en van de beginselen van behoorlijk bestuur. In haar middel zet de verzoekende partij uiteen wat volgt:

“De enige motivering is dat er voor mijn verzoekster haar HIV besmetting niet ernstig genoeg is om alhier verder te moeten verpleegd worden. Men stelt dat de behandeling en de medicatie voldoende aanwezig is in Nigeria.

Dit is geenszins juist.

Verzoekster is HIV positief en lijdt aan AIDS. Het bijgebrachte medische attest geeft weer dat verzoekster haar antivirale behandeling niet mag onderbreken. Uit het verslag van de adviserende geneesheer wordt bevestigd dat zij bij een terugkeer in Nigeria zij behandeling zou krijgen. Nochtans blijkt uit de rapporten dat zij door de tekorten aan medicatie geen behandeling zou krijgen, gezien haar CD4-waarden (nog) te hoog zijn. Dit zou een gevaar voor haar gezondheid op korte termijn betekenen. Er is nood aan een goede medische follow-up. Tevens heeft verzoekster ook ondersteuning nodig, daar zij verkeert in een post-traumatisch shock syndroom.

III.2. In de beslissing staat niets te lezen over de beschikbaarheid van de medische behandeling in medisch-technische zin. Een verdere evaluatie van de toegankelijkheid van de zorgen is eveneens aangewezen om de continuïteit in de medische zorgen te garanderen, doch valt buiten de context van dit medisch advies. Het is nochtans de taak van de DVZ-arts om de toegankelijkheid van de zorg te beoordelen (zie ook RvV-arrest nr. 75.052 van 14 februari 2012) (+ disclaimer in voetnoot 2 over Med-COI: "De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst; er zijn geen gegevens bij over de toegankelijkheid van de behandeling in haar woonplaats).

Uit de geconsulteerde bronnen (<http://www.avert.org/hiv-aids-nigeria.htm>) blijkt dat er een tekort is aan medicatie en zorgen in Nigeria voor AIDS-patiënten : “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. 48The 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). 51Only a third of people in need of treatment are receiving it. 521.4 million adults need treatment, whilst only 432,285 adults were receiving treatment in 2011. 53The number of children who need treatment has increased since 2009, to 280,000. 5436,716 children are receiving treatment. 55 - See more at: <http://www.avert.org/hiv-aids-nigeria.htm#sthash.UqJJguMw.dpuf>”

Als de medicatie er al is, dan is zij onbetaalbaar (stuk 3 - www.nigeria-aids.org/Reports/AccessPriceCompari : “Nigeria is facing now a huge problem that is making accessible life-saving drugs. Currently, the drugs that were studied (mainly ARVs, OI drugs like antibiotics, antifungals,...), are not easily available and not affordable. Nigeria, because of the non-existence of a proper national drug policy, is importing drugs from different countries, without settling an international tender which would bring down the prices. Nevertheless, quality generic combination treatment is available in the world. If large quantities are demanded, generic producers will in a few years be able to bring down the price of most of the medicines. Also, governments are able to make medicines available at lower cost by using the key legal mechanisms. It is the responsibility of the Nigerian government to make use of these safeguards. There is an ethical imperative to provide treatment to the population. These health exceptions are: compulsory license: it is one of the element in TRIPs that is designed to mitigate the negative consequences of patent monopoly. According to this article, WTO members states may allow the use of compulsory license to a third party without the owner's consent, in specific cases: national emergency, extreme urgency, public non commercial use,... parallel imports: it is based on the principle of exhaustion of rights. When written into national law, this allows cross border trade in a patent product without the permission of the patent's owner. Parallel imports allow countries to import brand name products from countries where they are sold at lower prices. for instance, Nigeria should be able to import drugs from Spain, the cheapest source of drugs in Europe, instead of other countries like UK. Bolar exception (or early working exception): it allows generic manufacturers to begin preparing generic

production and completing regulatory registration before patents expire so that upon expiration they can immediately begin selling their drugs. This provision that promptly after the expiration of the patent, generic cheaper drugs are introduced in the market. All these exceptions are TRIPs compliant and internationally recognized. Therefore, it is a legal tool that governments should use to improve access to essential medicines.

Dit betekent dat de beslissing geen rekening houdt met de beschikbaarheid van de medicatie t.o.v. het beschikbare budget van verzoekster en haar verdienvermogen. Immers zelfs zo de medicatie zou voorradig zijn, dan nog is deze onbetaalbaar.

Tenslotte is de afstand die verzoekster zou moeten doen naar dichtst bij zijnde aids-behandelingsfaciliteit ruim 300 km..”

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

“Verzoekster stelt een schending voor van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen en van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Zij betoogt dat zij haar antivirale behandeling niet mag onderbreken gesteld en stelt dat uit de bijgevoegde internationale rapporten blijkt zij door de tekorten aan medicatie in haar land van herkomst geen medicatie zou krijgen gezien haar CD4-waarden (nog) te hoog zijn. Zij beweert zich eveneens in een post-traumatisch shock syndroom te bevinden. In de beslissing zou niet te lezen zijn de beschikbaarheid van de medische behandeling in medisch-technische zin. Er zou geen rekening gehouden zijn met de beschikbaarheid van de medicatie t.o.v. het beschikbare budget van verzoekster en haar verdienvermogen.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat de ambtenaar-geneesheer d.d. 21 januari 2015 in zijn advies stelde dat er geen bezwaren zijn wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen in Nigeria. Hij verwijst hierbij naar een nota Toegankelijkheid van de zorgen in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf d.d. 20/01/2015:

“Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden.

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.

Er bestaat in Nigeria een “Ministerie voor de jongeren en de sociale ontwikkeling” en een “Ministerie voor vrouwenzaken”. Deze behartigen onder meer professionele training van behoeftigen. Er zijn ook NGO's religieuze organisaties en ontwikkelingsagentschappen actief in het verschaffen van sociale bijstand.

Er bestaat een publieke ziekteverzekering in Nigeria. Deze is gelinkt aan werken, in de private of de publieke sector. In dit geval wordt 15% van het salaris ingehouden en zijn de eventuele echtgenoot en kinderen ook gedekt voor hun ziektekosten.

Nigeria kent verschillende systemen van ziektekostenverzekering, waaronder het FSSHIP of Formal Sector So-cial 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.

Wat betreft de opvolging en behandeling voor de HIV-infectie blijkt dat dit in grote mate kosteloos kan. Betrokkene legt geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niet laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijk hulp.

Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient bovendien 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 RVV nr. 81574 van 23 mei 2012)"

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet bepaalt uitdrukkelijk dat de medische appreciatie van een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van dat artikel enkel gebeurt door een ambtenaar-geneesheer (zie in die zin ook memorie van toelichting bij 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 waarbij artikel 9ter in de vreemdelingenwet werd ingevoerd, Parl.St. Kamer, 2005-2006, nr. 2478/001, 35: "De appreciatie van de bovenvermelde elementen wordt overgelaten aan een ambtenaar-geneesheer die een advies verschaft aan de ambtenaar die de beslissingsbevoegdheid heeft over de verblijfsaanvraag. Deze ambtenaar-geneesheer behoort administratief wel tot de Dienst Vreemdelingenzaken, maar wordt volledig vrijgelaten in zijn appreciatie van medische elementen, waarbij de eed van Hippocrates geldt.")

Bij nazicht van het administratief dossier blijkt niet dat er een attest van een geneesheer werd toegevoegd i.v.m. het zogenaamd post-traumatisch shock syndroom van verzoekster. Zij toont evenmin aan dat er bepaalde elementen werden veronachtzaamd bij het nemen van de bestreden beslissing.

Verzoekster kan niet gevolgd worden waar zij meent dat in de beslissing expliciet diende weergegeven te worden waar de medicatie en verzorging beschikbaar is in het land van herkomst. Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet geenszins in enige verplichting om na te gaan hoeveel medicatie er in bepaalde regio's beschikbaar is en hoeveel artsen of specialisten er in bepaalde regio's werkzaam zijn.

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen oordeelde in het arrest nr. 126.080 d.d. 23 juni 2014 onder meer wat volgt:

"Vooreerst blijkt niet uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet dat de verwerende partij ertoe gehouden is de "uitgebreidheid" van opvolgings- en behandelingsmogelijkheden vast te stellen en na te gaan wat de verhoudingen zijn tussen de aantallen psychiaters en de patiënten en dat de regio van afkomst van verzoekers op dat vlak gedetailleerd moet gecontroleerd worden."

Daar verzoekster bij haar aanvraag geen bewijs voegde dat zij arbeidsongeschikt is, is het geenszins kennelijk onredelijk dat in het advies van de ambtenaar-geneesheer gesteld werd dat er geen elementen in het dossier zijn die erop wijzen dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van herkomst. Het kwam immers aan verzoekster, als aanvraagster van een machtiging tot verblijf, toe om hiervan een bewijs voor te leggen.

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt trouwens dat de opvolging en behandeling voor de HIV-infectie in grote mate kosteloos kan.

Het enige middel is ongegrond. (...)"

2.3. De in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 neergelegde uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid de bestreden bestuurshandeling heeft genomen. Hij moet kunnen beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Deze artikelen verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een 'afdoende' wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing (RvS 7 november 2001, nr. 100.628, RvS 30 mei 2006, nr. 159.298, RvS 12 januari 2007, nr. 166.608, RvS 15 februari 2007, nr. 167.848, RvS 26 juni 2007, nr. 172.777).

Het advies van de ambtenaar-geneesheer van 21 januari 2015, dat integraal deel uitmaakt van de bestreden beslissing, luidt als volgt:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 14.11.2014. Het volgende medisch getuigschrift werd door de betrokkene voorgelegd ter staving van de aanvraag:

- Medisch getuigschrift d.d. 28/10/2014, opgesteld door dr. C. Brands, geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde.

Uit een studie van het ter staving van de aanvraag voorgelegde medisch getuigschrift blijkt dat deze 35-jarige vrouw medische zorgen krijgt in het kader van een HIV-infectie.

Dr. Brands attesteerde in het betreffende medisch getuigschrift dat bij de betrokkene een HIV-test gedaan werd ter gelegenheid van een geplande gynaecologische ingreep (in verband met een tubo-ovarieel abces in 2011), dat verder onderzoek een CD4 van 289 en een virale lading van 108000 copies/ml toonde waarvoor medicatie opgestart werd; dat betrokkene medicamenteuze behandeling initieel bestond uit Stocrin 600 mg (farmaceutische stof efavirenz: een niet-nucleoside reverse-transcriptaseremmer) en Truvada 200/245 (farmaceutische stof emtricitabine + tenofovir: een nucleoside reverse-transcriptaseremmer + een nucleotide reverse-transcriptaseremmer) en nadien uit Atripla 1/dag (farmaceutische stof efavirenz + emtricitabine + tenofovir) en dat de voorziene duur van de noodzakelijke behandeling levenslang is. Dr. Brands maakte in dit medisch getuigschrift verder melding van een gunstige evolutie onder correcte antiretrovirale medicatie (goede adherence), met op dat ogenblik een CD4 van 636 en een VL (virale lading) < 20 copies/ml, en attesteerde dat liefst zesmaandelijke follow-up van CD4 en virale lading nodig was alsook toegang tot medicatie (continu zonder onderbreking).

We beschikken niet over aanvullende medische getuigschriften/verslagen aangaande de verdere evolutie en de lopende medische opvolging van deze HIV-infectie na oktober 2014 en/of met betrekking tot eventuele noodzakelijk gebleken therapie-aanpassingen.

In betrokkene medische voorgeschiedenis vermelden we nog een tubo-ovarieel abces in 2011. Uit het voorgelegde medisch getuigschrift blijkt geen huidige lopende noodzakelijke medische behandeling/opvolging in dit verband.

Op basis van het ter staving van de aanvraag voorgelegde medisch getuigschrift blijkt mijns insziens niet dat het hier een huidige ernstige gynaecologische problematiek met een huidig risico in de zin van het artikel 9ter betreft cfr. er blijkt niet dat er in deze context een actuele directe bedreiging voor het leven van de betrokkene of een actuele kritieke gezondheidstoestand is, er blijkt in deze context evenmin een huidige noodzaak aan monitoring van de vitale parameters noch aan een permanente medische bewaking om het leven van de betrokkene te verzekeren en er blijkt niet dat er in dit verband een huidig risico bestaat op een onmenselijke of vernederende behandeling, zelfs indien er geen behandeling is in het land van herkomst.

Op basis van het ter staving van de aanvraag voorgelegde medisch getuigschrift blijkt niet dat er bij de betrokkene sprake is van een actuele strikte medische contra-indicatie om te reizen.

Op basis van het ter staving van de aanvraag voorgelegde medisch getuigschrift blijkt niet dat mantelzorg op dit ogenblik strikt medisch vereist is bij de betrokkene.

Wat betreft de beschikbaarheid van de medische behandeling en opvolging in het land van herkomst, Nigeria: Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (deze informatie werd toegevoegd aan het administratief dossier van de betrokkene):

- Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is¹:

o van lokale artsen die in het land van herkomst werken en contractueel aangenomen werden door de Medische Adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 04/02/2013 met het unieke referentienummer NG-2767- 2013.

o van lokale artsen die in het land van herkomst werken en contractueel aangenomen werden door de Medische Adviesdienst van het Nederlandse Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 11/12/2014 met het unieke referentienummer BMA 6186.

- Informatie bekomen via <http://www.ubth.ora/index.php> (geraadpleegd op 12/01 /2015).

- Een databank van geregistreerde geneesmiddelen van het National Agency for Food and Drugs Administration and Control (NAFDAC): o.a. Atripla (farmaceutische stof efavirenz + emtricitabine + tenofovir), Truvada (farmaceutische stof emtricitabine + tenofovir) en Stocrin (farmaceutische stof efavirenz) zijn geregistreerd in Nigeria (geraadpleegd via <http://www.nafdac.aov.na/oD> 12/01/2015).

Uit deze informatie blijkt dat labo-analyses voor opvolging van HIV (met name CD4-aantal, virale lading) en opvolging/behandeling dooreen internist en/of een HIV-specialist beschikbaar zijn in Nigeria.

Behandeling met een combinatiepreparaat efavirenz + emtricitabine + tenofovir (Atripla) is beschikbaar in Nigeria.

Wat betreft de toegankelijkheid van de medische behandeling en opvolging in het land van herkomst, Nigeria:

- Verwijzend naar de Nota Toegankelijkheid van de zorgen in het herkomstland of land van gewoonlijk verblijf d.d. 20/01/2015:

"Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden.

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.

Er bestaat in Nigeria een "Ministerie voor de jongeren en de sociale ontwikkeling" en een "Ministerie voor vrouwenzaken". Deze behartigen onder meer professionele training van behoeftigen. Er zijn ook NGO's religieuze organisaties en ontwikkelingsagentschappen actief in het verschaffen van sociale bijstand. Er bestaat een publieke ziekteverzekering in Nigeria. Deze is gelinkt aan werken, in de private of de publieke sector. In dit geval wordt 15% van het salaris ingehouden en zijn de eventuele echtgenoot en kinderen ook gedekt voor hun ziektekosten.²

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 sectoren 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 dooreen groep, bestaande uit leden met dezelfde economische activiteiten, Het RCSHIP is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma gerund dooreen 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.

Wat betreft de opvolging en behandeling voor de HIV-infectie blijkt dat dit in grote mate kosteloos kan. Betrokkene legt geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Wat betreft de toegankelijkheid van deze medicatie dient bovendien 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 RVV nr. 81574 van 23 mei 2012)" Uit deze informatie kunnen we besluiten dat er geen bezwaren zijn wat betreft de toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst, Nigeria.

Conclusie:²

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat deze HIV-infectie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria.

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

De bestreden beslissing geeft duidelijk het determinerende motief aan op grond waarvan de beslissing is genomen. In de motivering van de bestreden beslissing wordt immers verwezen naar de toepasselijke rechtsregel, in het bijzonder artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en het feit dat volgens de ambtenaar-geneesheer de behandeling die de verzoekende partij behoeft beschikbaar en toegankelijk is in haar land van herkomst en dat zij geen mantelzorg behoeft en er geen contra indicatie is om te reizen. De beslissing steunt op dit advies en de verzoekende partij betwist niet dit uitgebreide advies ontvangen te hebben. Daarom concludeert de gemachtigde dat uit het medisch dossier niet kan afgeleid worden dat de verzoekende partij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, noch dat zij een reëel risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst.

De verzoekende partij maakt niet duidelijk op welk punt deze motivering haar niet in staat stelt te begrijpen op basis van welke juridische en feitelijke gegevens de door hen bestreden beslissing is genomen.

Een schending van artikel 2 van de voormelde wet van 29 juli 1991 blijkt niet.

Of de motieven eveneens afdoende zijn, zoals vereist door artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 wordt verder onderzocht, samen met het onderzoek naar de materiële motiveringsplicht in het licht van de toepasselijke wetsbepaling, m.n. artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Deze bepaling luidt als volgt:

“§ 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 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.”

De verzoekende partij betoogt dat er in de bestreden beslissing niets te lezen valt over de beschikbaarheid van de medische behandeling.

Uit een eenvoudige lezing van het advies van de ambtenaar-geneesheer blijkt dat deze zorgvuldig de inhoud van het voorgelegde medische getuigschrift opsomt. Daarnaast, heeft ze eveneens de ernst van de aandoening weerhouden en ook de noodzaak aan antiretrovirale medicatie en opvolging door een internist of een HIV-specialist. Ook met de vermoedelijke evolutie van de ziekte heeft de ambtenaar-geneesheer rekening gehouden. Zo neemt ze aan dat de noodzakelijke behandeling levenslang is, dat er liefst zesmaandelijks een follow-up dient te gebeuren en dat de toegang tot medicatie continu en zonder onderbreking dient te zijn.

Wat betreft de beschikbaarheid blijkt een zorgvuldig onderzoek aangaande de voormelde elementen. Zo wordt aangegeven dat uit de geraadpleegde bronnen blijkt dat labo-analyses voor opvolging van HIV (met name CD4-aantal, virale lading) en opvolging en behandeling door een internist en /of HIV-specialist beschikbaar zijn in Nigeria. Verder blijkt ook dat een behandeling met het combinatiepreparaat efavirenz + emtricitabine + tenofovir (Atripla) beschikbaar is in Nigeria.

Uit het advies van de ambtenaar-geneesheer, dat integraal deel uitmaakt van de motivering van de bestreden beslissing, blijkt dus dat de beschikbaarheid wel degelijk werd onderzocht en dat er omstandig werd gemotiveerd aangaande de beschikbaarheid. De verzoekende partij kan niet worden gevolgd waar ze stelt dat er in de bestreden beslissing niets te lezen valt over de beschikbaarheid van de medische behandeling.

Verder stelt de verzoekende partij dat wat betreft de toegankelijkheid de ambtenaar-geneesheer in casu ook een evaluatie diende te maken van de continuïteit van de medische zorgen. Ze voegt uittreksels toe van door haar geconsulteerde bronnen en verduidelijkt dat er een groot tekort is aan medicatie en zorgen in Nigeria voor aids-patiënten en dat de medicatie onbetaalbaar is. Tot slot voert ze ook nog aan dat de afstand die ze moet afleggen naar de dichtsbijzijnde behandelingsfaciliteit 300 km bedraagt.

Uit nazicht van de door de verzoekende partij aangebrachte bron, waarvan niet blijkt dat ze niet objectief zou zijn, valt af te leiden dat slechts een derde van de personen die een HIV-behandeling nodig hebben, deze ook effectief verkrijgen en dit omdat er een groot tekort is aan medicatie. De website <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/nigerian> die de verzoekende partij expliciet vermeldt in haar middel, vermeldt onder meer het volgende: “(...) *Antiretroviral treatment (ART) provision in Nigeria is low, with just 30% of all people living with HIV receiving treatment in 2016. Only 21% of children living with HIV are receiving ART, and only 32% of pregnant women living with HIV are on ART. (...)*” (Vrije vertaling: *de voorziening van antiretrovirale behandeling in Nigeria is laag, met enkel 30 percent van de mensen die met HIV leven die een behandeling kregen in 2016. Enkel 21 percent van de kinderen die met HIV leven krijgen ART, en enkel 32 percent van de zwangere vrouwen die met HIV leven krijgen ART (...)*”.

De ambtenaar-geneesheer beperkt haar toegankelijkheidsonderzoek tot een onderzoek naar de financiële toegankelijkheid. Verder verwijst ze naar rechtspraak van het EHRM waaruit volgens haar duidelijk blijkt dat het volstaat dat de medicatie aanwezig is en dat het feit dat deze medicatie moeilijk kan verkregen worden geen reden is om te besluiten tot een schending van artikel 3 van het EVRM.

De Raad merkt echter op dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in de zaak Paposhvili tegen België het volgende heeft gesteld betreffende de toepassing van artikel 3 van het EVRM inzake de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen: het gaat om “*situaties die de verwijdering inhouden van ernstig zieke vreemdelingen waar ernstige aanwijzingen voorliggen dat hij of zij, ook al ligt geen imminent risico op overlijden voor, een reëel risico loopt in geval van afwezigheid van een gepaste behandeling in de ontvangende staat of het gebrek aan toegang tot een dergelijke behandeling, op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van zijn of haar gezondheidstoestand resulterend in een intens lijden of in een betekenisvolle vermindering van de levensverwachting (eigen vertaling)*” (EHRM 13 december 2016, Paposhvili v België, nr. 41738/10, §183).

De Raad herhaalt dat uit het advies van de ambtenaar-geneesheer van 21 januari 2015 blijkt dat ze eveneens de ernst van de aandoening heeft weerhouden en ook de noodzaak aan antiretrovirale medicatie en opvolging door een internist of een HIV-specialist. Ook met de vermoedelijke evolutie van de ziekte heeft de ambtenaar-geneesheer rekening gehouden. Zo neemt ze aan dat de noodzakelijke behandeling levenslang is, dat er liefst zesmaandelijks een follow-up dient te gebeuren en dat de toegang tot medicatie continu en zonder onderbreking dient te zijn. De Raad stelt vast dat uit de door de verzoekende partij aangehaalde bron blijkt dat slechts een derde van de personen die een HIV-behandeling nodig hebben, deze ook effectief verkrijgen en dit omdat er een groot tekort is aan medicatie. De verwerende partij betoogt in de nota met opmerkingen dat in de bestreden beslissing niet expliciet moest weergegeven worden waar de medicatie en verzorging beschikbaar is in het land van herkomst, en dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet geen verplichting inhoudt om na te gaan hoeveel medicatie er in bepaalde regio's beschikbaar is en hoeveel artsen of specialisten er in bepaalde regio's werkzaam zijn. Dit betoog van de verweerder doet echter niets af aan het feit dat de verzoekende partij heeft aannemelijk gemaakt dat de bestreden beslissing niet op afdoende wijze is gemotiveerd wat betreft de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische zorgen, aangezien uit de door de

verzoekende partij bijgebrachte bron blijkt dat slechts 30 procent van de mensen die lijden aan HIV ook een behandeling krijgen, dat zij continue toegang tot medicatie nodig heeft, en de bestreden beslissing omtrent dit punt niets motiveert.

Uit voorgaande bespreking is gebleken dat de verzoekende partij de schending van de formele motiveringsplicht aannemelijk heeft gemaakt.

Het enig middel is in de besproken mate gegrond.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

De beslissing van de gemachtigde 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 verklaard wordt van 22 januari 2015, wordt vernietigd.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op dertien juni tweeduizend achttien door:

mevr. J. CAMU,

kamervoorzitter,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

J. CAMU