

Arrest

nr. 206 534 van 5 juli 2018
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat J. HARDY
Rue des Brasseurs 30
1400 NIVELLES

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 3 januari 2018 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 20 november 2017 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt en van de beslissing van diezelfde gemachtigde van 20 november 2017 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 5 maart 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 maart 2018.

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

Gehoord de opmerkingen van advocaat O. TODTS, die *loco* advocaat J. HARDY verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat I. FLORIO, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 6 januari 2010 dient de verzoekster een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet). Deze medische verblijfsaanvraag wordt ontvankelijk verklaard bij beslissing van 23 juli 2010.

1.2. Op 8 mei 2013 beslist de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris (hierna: de gemachtigde) dat de medische verblijfsaanvraag van 6 januari 2010 ongegrond is. Op diezelfde dag beslist de gemachtigde tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) heeft deze ongegrondheidsbeslissing en het bijbehorende bevel om het grondgebied te verlaten evenwel op 30 mei 2017 vernietigd (RvV 30 mei 2017, nr. 187.749).

1.3. Op 8 september 2014 dient de verzoekster nogmaals een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.4. Op 8 oktober 2014 beslist de gemachtigde dat de medische verblijfsaanvraag van 8 september 2014 onontvankelijk is. Op diezelfde datum treft hij tevens een beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13). De Raad heeft ook deze beide beslissingen vernietigd, dit bij het arrest nr. 187.750 van 30 mei 2017.

1.5. Op 20 november 2017 beslist de gemachtigde dat de medische verblijfsaanvragen van 6 januari 2010 en 8 september 2014 onontvankelijk doch ongegrond zijn.

Deze ongegrondheidsbeslissing is de eerste bestreden beslissing. Zij werd aan de verzoekster ter kennis gebracht op 4 december 2017 en is als volgt gemotiveerd:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 6.1.2010 en 6 [lees: 8].9.2014 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

O., M. J. N. (R.R.: ...)

nationaliteit: Nigeria

geboren te A. op (...)1949

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, deel ik u mee dat dit verzoek onontvankelijk doch 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 redenen aangewend voor O., M. J. N. die niet weerhouden konden worden (zie medisch verslag arts-adviseur dd 17.11.2017)

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).

Er wordt geen rekening gehouden met eventuele stukken toegevoegd aan het beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gezien deze niet ter kennis werden gebracht aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het komt immers aan betrokkene toe om alle nuttige en recente inlichtingen in zijn aanvraag of als aanvulling op deze aanvraag aan onze diensten over te maken.

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”.

1.6. Op 20 november 2017 beslist de gemachtigde tevens tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

Dit bevel is de tweede bestreden beslissing. Deze beslissing werd tezamen met de eerste bestreden beslissing aan de verzoekster ter kennis gebracht en zij is als volgt gemotiveerd:

“De heer, die verklaart te heten:

Naam + voornaam: O., M. J. N.

geboortedatum: (...)1949

geboorteplaats: A.

nationaliteit: Nigeria

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen², tenzij hij (zij) beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven, binnen 30... dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: niet in het bezit van een geldig visum.”

2. Over de rechtspleging

2.1. Aan de verzoekster werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan.

2.2. Per aangetekende brief van 23 maart 2018 heeft de verzoekster een bijkomend stuk overgemaakt. Ditzelfde stuk, met name een arrest van het Hof van Beroep van 18 januari 2018, wordt ter terechtzitting nogmaals neergelegd.

De Raad merkt ambtshalve op dat de procedure van inquisitoriale aard is. Het procedurereglement van de Raad voorziet niet in de mogelijkheid tot het neerleggen van bijkomende stukken nadat het verzoekschrift is ingediend. Bijgevolg dienen stukken, die niet door het procedurereglement voorzien zijn, zoals *in casu* het bijkomende stuk neergelegd ter terechtzitting van 26 maart 2018 en aangetekend verzonden op 23 maart 2018, uit de debatten geweerd te worden. De Raad merkt bovendien op dat hij, in het voorliggend geschil, overeenkomstig artikel 39/2 van de vreemdelingenwet optreedt als annulatierechter. De Raad kan dus geen rekening houden met elementen en documenten die slechts naderhand worden neergelegd aangezien hij de regelmatigheid van een bestuurshandeling dient te beoordelen in functie van de gegevens waarover het bestuur ten tijde van het nemen van zijn beslissing kon beschikken om deze beslissing te nemen (RvS 23 september 2002, nr. 110.548; RvS 26 februari 2009, nr. 4.069 (c)). De Raad zou zijn bevoegdheid overschrijden door bij zijn wettigheidstoetsing rekening te houden met gegevens die dateren van na de bestreden verblijfsweigerings (RvS 18 juni 2009, nr. 194.395). Ter terechtzitting bevestigt de advocaat van de verweerder ook dat de gemachtigde geen kennis had van deze elementen voor het nemen van de bestreden beslissingen

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een eerste middel, gericht tegen de eerste bestreden beslissing, voert de verzoekster de schending aan van de artikelen 9^{ter} en 62 van de vreemdelingenwet, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te New York op 4 november 1950 en goedgekeurd bij wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van de artikelen 1 tot 4 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en van het zorgvuldigheidsbeginsel.

3.1.1. Het middel wordt als volgt toegelicht:

“Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 bepaalt dat de vreemdeling 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.

Volgens de voorbereidende werkzaamheden van de Wet van 15 september 1980, deze mogelijkheid betreft de "vreemdelingen die lijden aan een ziekte, waarvoor een adequate behandeling ontbreekt in het land van herkomst of verblijf, waarbij het terugsturen van de vreemdeling een reëel risico inhoudt op zijn leven of fysieke integriteit of die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling in zijn land van herkomst of verblijf" (Parl. Doc., Kamer, 2005-2006, 51-2478/001, pp. 34 en 35).

De analyse van de effectieve beschikbaarheid en toegankelijk van de vereiste zorgen dient in concreto uitgevoerd worden, rekening houdend met alle specifieke elementen van het geval. De Directeur van de Dienst Vreemdelingenzaken heeft naar deze voorwaarden van een effectieve en concrete toegankelijkheid verwezen in zijn verhoor voor het Parlement: « De effectieve toegankelijkheid van die infrastructuur en de materiële mogelijkheid om behandeling en medicatie te krijgen worden ook in rekening gebracht" (Parl. Doc., Kamer, 2005-2006, n°2478/008, page 137).

Artikel 3 EVRM stelt: "Niemand mag worden onderworpen aan foltering en aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen." Deze absolute wetsbepaling verplicht dat er een zorgvuldige onderzoek wordt gevoerd van de situatie van de vreemdeling in geval van terugkeer naar zijn land van herkomst (EHRM, MSS c. Belgique et Grèce, 21 januari 2011 Y c. Russie, 4 december 2008 ; Saadi c. Italie, 28 februari 2008 ; Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 oktober 1991 ; Cruz Varas et autres c. Suède, 20 maart 1991; zie ook RvV nr 138 942 van 20 februari 2015).

(...)

De administratieve rechtsbeginselen van goed bestuur en zorgvuldigheid verplichten de overheden om zich zorgvuldig te informeren om een beslissing te nemen (RvV nr. 115 993 van 19 december 2013). De Raad van State heeft de zorgvuldigheidsplicht als volgt omschreven : « veiller avant d'arrêter une décision, à recueillir toutes les données utiles de l'espèce et de les examiner soigneusement, afin de prendre une décision en pleine et entière connaissance de cause » (RvS, 23 februari, 1966, n°58.328) ; « [procéder] à un examen complet et particulier des données de l'espèce, avant de prendre une décision » (RvS, 31 mei 1979, n°19.671) ; «le devoir de minutie ressortit aux principes généraux de bonne administration et oblige l'autorité à procéder à une recherche minutieuse des faits, à récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce » (RvS nr 220.622 van 17 september 2012).

• Samenvatting van de onderdelen van het middel

Eerst onderdeel: manifeste appreciatiefout en schending van de zorgvuldigheids- en motiveringsplichten, artikel 9ter van de wet 15.12.1980, artikel 3 EVRM en artikelen 1 tem 4 HGEIJ, omdat er geen zorgvuldige analyse werd gevoerd van de volgende elementen van verzoeksters dossier (die met het diagnosis hebben te maken):

- haar levensverwachting in geval van gebrek aan zorgen en medicijn;*
- haar leeftijd;*
- de voorgelegde medische attesten;*
- de arts adviseur stelt dat "en moet er ook naar gekeken worden of pijnstillers kan krijgen wegens haar gewrichtsklachten", maar onderzoek dit niet verder;*

Tweede onderdeel: manifeste appreciatiefout en schending van de zorgvuldigheids- en motiveringsplichten, artikel 9ter van de wet 15.12.1980, artikel 3 EVRM en artikelen 1 tem 4 HGEIJ, omdat de motivering ivm de "beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de behandeling en opvolging" in het land van herkomst van verzoekster, niet correct noch afdoende is, en ze stoelt op een onzorgvuldige en incorrecte analyse van de doorgelegde documenten en van de realiteit prevalerend in Nigeria in het algemeen en voor verzoekster.

• Uiteenzetting van de onderdelen van het middel

Eerst en vooral wenst verzoekster te benadrukken dat zij lijdt aan medische aandoeningen die een reëel risico inhouden voor haar leven en fysieke integriteit, en een reëel risico inhouden op een onmenselijke of vernederende behandeling daar er geen adequate behandeling mogelijk is voor haar in haar land van herkomst.

II. 1 Eerst onderdeel

Verzoekster betoogt dat de motivering van de bestreden beslissing van ongegrondheid niet afdoende is, in het licht van het gegeven dat zij lijdt aan chronische aandoeningen die een levenslange behandeling noodzakelijk maken.

(...)

II.2 Tweede onderdeel

Manifeste appreciatiefout en schending van de zorgvuldigheids- en motiveringsplichten, artikel 9ter van de wet 15.12.1980, artikel 3 EVRM en artikelen 1 tot 4 HGEU, omdat de motivering ivm de "beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de behandeling en opvolging" in het land van herkomst van verzoekster die lijdt aan Polycytemia Vera, niet correct noch afdoende is, en ze stoelt op een onzorgvuldige en incorrecte analyse van de doorgelegde documenten en van de realiteit prevalerend in Nigeria.

Eerst verwijst het advies naar de informatie afkomstig uit de MedCOI-databank, die niet publiek is, en die verklaart:

- "outpatient treatment and follow-up by an endocrinologist" is "available" aan "University College Hospital", in Ibadan (Nigeria);
- "inpatient treatment by a hematologist" is "available" aan "University College Hospital", in Ibadan; en
- "hydroxycarbamide (=hydroxurea) Hematology preventing vaso-occlusive periods in e.g. sickle-cell anemia Current Médication" is "available" aan "University College Hospital Pharmacy", in Ibadan;

Deze motivering is totaal onvoldoende aangezien de informatie enkel op één MedCOI-verslag rust, dat bovendien niet gedateerd is, en bevat geen enkel informatie over de hoeveelheid van de geneesmiddelen en het risico van productschaarste (in deze zin : RvV, nr 189.963, 20.07.2017).

Uit de medische attesten blijkt dat bij gebrek aan behandeling verzoekster slechts één jaar te leven heeft, maar met een adequate behandeling is dit twintig jaar (supra).

Algemene rapporten wijzen echter op de onbeschikbaarheid en ontoegankelijkheid van de behandeling in Nigeria.

Men leest in een rapport van Expat Assure (stuk 13):

"The inefficiency of the Nigerian healthcare system is one of the most serious problems in this West African country. The World Health Organisation conducted a study in 2010 which placed Nigeria's healthcare as one of the worst in the world (ranked 187th out of 190 countries).

Indeed, public health is greatly underfunded meaning a shortage both in facilities and medical personnel. Although public hospitals and medical centres are able to treat minor illnesses, it is advisable to be evacuated to other countries in the event of a more serious illness."

"Nigeria's health insurance plan (National Health Insurance Scheme - NHIS) is a system that was established in 1999 and intended to be universal. However, in practice, the system is flawed, and access to free and good quality healthcare for the entire population is limited.

Funding for healthcare in Nigeria is very low and this seriously affects the quality of care.

Those who can afford it, such as state employees and private sector employees, use their Nigerian health insurance for treatment abroad. This further decreases the funding towards public health in Nigeria.

Public hospitals are overcrowded and numerous infectious diseases develop there as a consequence of a lack of hygiene.

Many Nigerians die in hospital from diseases such as cholera, tetanus, and polio, which develop due to poor hospital management. The low life expectancy of Nigerians reflects structural health problems of this country; it is only 53 years for men and 55 for women."

Het conflict aanwezig in Nigeria heeft ook een impact op de gezondheidszorg, zoals gerapporteerd door een "info folder - echo" van de Europese Commissie (stuk 14):

"Le conflit a eu un impact néfaste sur l'agriculture et le commerce, aggravant d'autant plus la situation déjà difficile du nord du pays, sur les plans alimentaire et nutritionnel. Nombreux sont les établissements de santé ayant dû fermer et des milliers d'enfants souffrant de malnutrition ne bénéficient plus d'aucun traitement, pourtant nécessaire à leur survie. En réponse à cette crise, la Commission européenne finance une aide alimentaire d'urgence et un plan de gestion communautaire de la malnutrition. »

Naast het conflict in Nigeria heeft ook Ebola het al zwakke gezondheidssysteem nog verder ondermijnd (stuk 15). Hetzelfde met het geweld van Boko Haram (stuk 19)

Een artikel van de American Society of Hematology rapporteert (stuk 16; eigen onderstreping):

"65% of the 206 prospectively evaluated patients met de Multicenter Study of Hydroxyurea clinical indications for hydroxyurea treatment. No patient (zero percent) was on hydroxyurea therapy. All haematologists (100%) reported their discomfort with instituting hydroxyurea. Barriers to hydroxyurea utilization identified by practitioners included safety and toxicity profile (100%), patient compliance (100%), effective follow up (100%), drug availability (100%), affordability (100%) (...). Patient related barriers to hydroxyurea identified include lack of awareness (95%), cost (100%) availability (100%) need for frequent follow up (90%) (...)."

Het medisch verslag van Dr G. H. dd. 04.09.2017 stelt daarnaast ook vast dat "de beschikbaarheid van de medicatie kan (...) niet gegarandeerd worden in het thuisland Nigeria" en haar medisch attest dd. 18.10.2017 stelt vast dat "Hydrea-medication is not always available" (stukken 17 en 10; eigen onderstreping). Deze attesten herhalen en bevestigen wat al door eerdere medische attesten verklaard was (zie bijvoorbeeld stuk 12, medisch verslag dd. 14 maart 2014: "De beschikbaarheid van de medicatie kan (...) niet gegarandeerd worden in het thuisland Nigeria.").

Zelfs de Arbeidsrechtbank van Leuven (waar verzoekster een procédure heeft gestart tegen een beslissing van het OCMW van Leuven betreffende de toekenning van financiële hulp) is tot de conclusie gekomen dat (stuk 18) : "Blijkens de voorliggende stukken in het dossier is de behandeling en de medicatie die voor eisende partij noodzakelijk is om te overleven, in Nigeria niet voorhanden. Eisende partij bevindt zich derhalve in zulk een preciaire medische situatie dat de rechtbank in casu medische overmacht aanvaard.

In tegenstelling tot wat de arts-adviseur en dus verwerende partij vaststelt, is het dus niet "doorslaggevend en voldoende" in het MedCOI-verslag "dat de betrokkene in zijn (sic) land van herkomst medische verzorging kan bekomen." (advies, bd. 3).

Dan verklaart nog het advies: "ook ouderdomsgerelateerde aandoeningen (diabetes II, verhoogde bloeddruk, verzwakt hart) kunnen in Nigeria verzorgd worden, er zijn cardiologen en internisten, en de nodige medicatie is er ook zo nodig voorhanden".

Volgens verzoekende partij is deze motivering gestereotypeerd, daar ze op geen enkel bron gebaseerd is, en ze laat verzoekster niet toe te weten waar in Nigeria een dergelijke opvang zou bestaan (wat van belang is o.a. omwille van verzoeksters leeftijd), welke nodige medicatie betrokken wordt, en of het effectief gaat om passende zorgen en opvolging.

De beschikbaarheid van de nodige behandeling werd duidelijk niet aangetoond door de arts-adviseur en dus door verwerende partij.

Verder verklaart de arts-adviseur dat er drie systemen van gezondheidszorg in Nigeria bestaan. Hij beschrijft ze heel kort en verklaart dat verzoekster familieleden in Nigeria heeft. Op deze basis concludeert hij dat "betrokkene [kan dus] zonder probleem behandeld worden in het herkomstland" (advies, bd. 4).

Door zijn motivering aan deze elementen te beperken, en zonder verder de voorwaarden voor de inschrijving op de systemen van gezondheidszorg en de persoonlijke situatie van verzoekster (haar leeftijd, staat om zich gemakkelijk te kunnen verplaatsen, bestaan middelen, onderwijsniveau, sociale status, staat om te kunnen werken, ...) te analyseren, motiveert de arts-adviseur zijn advies, en dus verwerende partij zijn beslissing, niet op een afdoende noch passende manier.

De motivering had nog andere elementen moeten onderzoeken, om vast te kunnen stellen dat verzoekster zonder probleem toegang kan krijgen tot de nodige zorgen in haar herkomstland, zoals geografische factoren (op welke afstand van de plaats van behandeling bevindt zich haar woonplaats? In welke staat zijn de vervoermiddelen en de wegen? ...), financiële factoren (hoe duur zijn de behandelingen?) en structurele factoren (wat zijn de voorwaarden voor de inschrijving op de systemen van gezondheidszorg? Hoe staan de beschikbare voorraden? ...).

Had de arts-adviseur een dergelijke analyse gedaan, had hij kunnen merken dat, namelijk:

- verzoekster, voordat ze in België aankwam, in Port Harcourt (in Nigeria) leefde en dat het meer dan 8 uur auto rijden is tot Ibadan, waar de zogezegde nodige zorgen beschikbaar zijn (zie CGRA beslissing van weigering van de vluchtelingenstatus en weigering van de subsidiaire beschermingsstatus dd. 05.03.2015);
- in het medisch attest van Dr G. H. dd. 18.10.2017 wordt duidelijk vastgesteld dat de nabijheid van een ziekenhuis (inclusief een kliniek en een laboratorium) noodzakelijk is;
- verzoekster niet de financiën had om adequate zorgen in Nigeria te verkrijgen (CGRA beslissing);
- de ernst van haar medische aandoening en de leeftijd van verzoekster (68 jaar oud) haar niet toelaten om een werk in Nigeria te vinden zodat ze financiën zou hebben;

Deze elementen vormen al per se een aanwijzing dat de zorgen in Nigeria (zouden ze beschikbaar zijn) niet toegankelijk zijn voor verzoekster.

De bovenvermelde algemene rapporten en de medische attesten tonen dan nog ook aan dat de behandeling en opvolging niet toegankelijk zijn voor verzoekster in Nigeria.

Enkel vaststellen dat er drie types systemen van gezondheidszorg in Nigeria bestaan en dat verzoekster daar familie heeft voor de eventuele noodzakelijke (financiële) hulp, is niet voldoende om effectief toegang aan verzoekster te garanderen.

De daadwerkelijke toegankelijkheid aan de gezondheidszorg in Nigeria wordt dus niet door verwerende partij aangetoond, daar ze zich beperkt tot een onvolledige en in abstracto analyse van de toegankelijkheid van zorgen in Nigeria, zonder de particulariteiten van de verzoekster en van de situatie in Nigeria in aanmerking te nemen (RvS, nr 80.553 van 1st juni 1999). Het is dus hoog waarschijnlijk dat verzoekster geen toegang zal hebben tot Hydrea zou ze haar behandeling moeten voortzetten in Nigeria.

Bovendien, ten onrechte en op een tegenstrijdige manier, verwerpt de arts-adviseur de algemene informatie voorgelegd door verzoeksters raadsman, omwille van het feit dat "deze (oude) bron een algemene situatie weergeeft en niet noodzakelijkerwijs de persoonlijke situatie van betrokkene beschrijft." (advies, bd. 4). Daarnaast gebruiken deze arts-adviseur en verwerende partij, algemene informatie om verzoeksters aanvraag te verwerpen. Dit is verkeerd en onbegrijpelijk. Uw Raad (RvV, nr 189.963, 20.07.2017):

A cet égard, le Conseil constate que la partie défenderesse, concernant la disponibilité des soins, se contente d'indiquer que le traitement actif est disponible, et ce sur la base d'une seule « requête MedCOI » datée du 7 octobre 2014 et dépourvue de toute précision quant à la quantité de médicaments disponibles et le risque de pénurie. Au sujet de l'accessibilité des soins, la partie défenderesse décrit le régime de sécurité sociale en vigueur au Cameroun, les possibilités pour la partie requérante d'obtenir le remboursement ou la gratuité des soins et traitements qui lui sont nécessaires ainsi que la possibilité de financer les frais liés à son état de santé par l'exercice d'une activité professionnelle mais reste en défaut d'expliquer les raisons pour lesquelles elle estime ne pas devoir suivre l'argumentation

susmentionnée. Tout au plus, la partie défenderesse indique-t-elle, s'agissant des documents auxquels la partie requérante fait référence dans sa demande, que « Ces éléments ont un caractère général et ne vise [sic] pas personnellement le requérant (CCE n 23.040 du 16.02.2009). En effet, le requérant se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun. En l'espèce, le requérant ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale et n'étaye en rien son allégation de sorte que cet argument ne peut être retenu (CCE n°23.771 du 26.02.2009) ». Le Conseil constate cependant qu'un tel motif n'est pas pertinent dans la mesure où la partie défenderesse s'abstient de répondre aux problèmes spécifiquement invoqués dans la demande et se contente d'estimer que la partie requérante ne démontre pas que sa situation individuelle est comparable à la situation générale alors même que, étant un homme camerounais malade du sida traité par antirétroviraux, elle invoquait spécifiquement sa situation de pénurie d'antirétroviraux au Cameroun ainsi que le fait que seulement 15,7 % des hommes éligibles reçoivent actuellement un traitement antirétroviral. Il ne peut dès lors être valablement considéré que la partie requérante ne démontre pas la comparabilité de sa fixation avec la situation générale et ce d'autant plus que le médecin conseil de la partie défenderesse indique explicitement que la partie requérante « se trouverait dans une situation identique à celle des autres victimes de cette maladie vivant au Cameroun ». Dès lors, en indiquant que « l'ensemble des traitements médicaux, le suivi nécessaire sont disponibles et accessibles au pays d'origine », la partie défenderesse ne remplit pas adéquatement son obligation de motivation.

De door verzoeker voorgelegde informatie is relevant, en zeker niet minder relevant dan de algemene informatie waarnaar de arts-adviseur verwijst, rekening houdend met het feit dat verzoekster van Nigeriaanse afkomst is en aan een zware aandoening lijdt.

In conclusie is de motivering van het advies ten aanzien van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de behandeling en opvolging niet afdoende om te kunnen concluderen dat "betrokkene zonder probleem kan behandeld worden in haar herkomstland" (advies, bd. 3)"

3.1.2. In de nota met opmerkingen repliceert de verweerder als volgt:

“Verzoekster stelt in een eerste middel een schending voor van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van artikel 3 EVRM, van de artikelen 1-4 van het Handvest van de grondrechten van de EU, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Zij betoogt dat de motivering niet afdoende is omdat ze slechts één jaar te leven heeft zonder behandeling. De ambtenaar-geneesheer zou zich niet duidelijk uitspreken over de levensverwachting. Het advies diende voorgelegd te worden aan een deskundige en zij verwijst hiervoor naar een vonnis van de rechtbank van eerste aanleg. De ambtenaar-geneesheer zou verwijzen naar een dame van 73 jaar oud, terwijl zij 68 jaar oud is. Er zou al lang sprake zijn van een behandeling met Hydreae. Er zou geen onderzoek gedaan zijn naar de pijnstillers. Het onderzoek naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid zou niet voldoende zijn nu het berust op slechts één MedCOI verslag. Zij verwijt de verwerende partij de verdere voorwaarden van de systemen van de gezondheidszorg niet geanalyseerd te hebben. Haar leeftijd zou haar niet toelaten werk te vinden en zij zou op 8 uur rijden gewoond hebben van Ibadan.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat artikel 62 van de Wet van 15 december 1980 en de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 voorzien dat de beslissingen van de besturen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd, dat de motivering de juridische en de feitelijke overwegingen dient te vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat deze motivering afdoende moet zijn.

De uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid deze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Het begrip "afdoende" zoals vervat in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. Een eenvoudige lezing van de bestreden beslissing leert dat het determinerende motief op grond waarvan de beslissing is genomen wordt aangegeven.

Verzoekster maakt niet duidelijk op welk punt de motivering van de bestreden beslissing haar niet in staat stelt te begrijpen op welke juridische en feitelijke gegevens de beslissing is genomen derwijze dat

hierdoor niet zou zijn voldaan aan het doel van de formele motiveringsplicht (cfr. R.v.St., nr. 105.103, 26 maart 2002).

De bestreden beslissing werd immers bij toepassing van artikel 9ter genomen en het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 17 november 2017 vormt hiermee één geheel. In het advies stelde de ambtenaar-geneesheer dat er vanuit medisch standpunt geen bezwaar is voor een terugkeer naar het herkomstland omdat de behandelingen aldaar toegankelijk en beschikbaar zijn.

Verzoekster kent klaarblijkelijk de motieven van de bestreden beslissing, daar zij ze aanvecht in haar verzoekschrift. Aan de formele motiveringsplicht werd derhalve voldaan.

“Overwegende dat, wat de ingeroepen schending van de motiveringsplicht betreft, de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen tot doel heeft betrokkene een zodanig inzicht in de motieven van de beslissing te verschaffen, dat hij in staat is te weten of het zin heeft zich tegen die beslissing te verweren met de middelen die het recht hem verschaft; dat uit het verzoekschrift blijkt dat de verzoekende partij de motieven van de bestreden beslissing kent, zodat het doel van de uitdrukkelijke motiveringsplicht in casu is bereikt; dat hetzelfde geldt voor de aangevoerde schending van artikel 62 van de Vreemdelingenwet; dat de verzoekende partij bijgevolg de schending van de materiële motiveringsplicht aanvoert, zodat dit onderdeel van het middel vanuit dit oogpunt wordt onderzocht;” (R.v.St., arrest nr. 163.817 dd. 19 oktober 2006, Staatsraad Bamps, G/A 134.748/XIV–14.428)

De ambtenaar-geneesheer stelde d.d. 17 november 2017 een advies op dat onder meer luidt als volgt: “(...) Wel moet betrokkene verder behandeld kunnen worden met Hydrea, hetgeen zeker mogelijk is in Nigeria en moet er ook naar gekeken worden of zij pijnstillers kan krijgen wegens haar gewrichtsklachten.

Cardiovasculair is de problematieke zeer bevredigend, maar ook heir stellen wij vast at zij, indien dit nodig zou blijken door cardiologen kan opgevolgd worden in Nigeria.

(...)

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische attesten blijkt dat deze 73-jarige dame normale ouderdomsgerelateerde klachten en problemen te hebben.

(...)

Voor alle nodige behandelingen beschikt Nigeria ook over de nodige specialisten, zoals blijkt uit de hieronder vermelde informatie (...)

Beschikbaarheid (...)

Voor de behandeling en opvolging van polycytemia zijn er in het herkomstland Nigeria voldoende behandlungs- en opvolgingsmogelijkheden bijgevoegd in het administratief dossier.

Er werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen (...)

De informatie is afkomstig uit de MedCOI databank (...)

Hydrea is er ook beschikbaar: (...)

Ook ouderdomsgerelateerde aandoeningen (Diabetes (...)) kunnen in Nigeria verzorgd worden, er zijn cardiologen en internisten, en de nodige mediatie is er ook zo nodig voorhanden. (...)

Mogelijkheid tot reizen en mantelzorg.

Op basis van de ter staving van de aanvraag voorgelegde 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.

Toegankelijkheid

(...)

In Nigeria bestaan drie systemen van gezondheidszorg

(...)

Voorts blijkt uit het asielrelaas (...) dat vier zonen en een dochter en een zus en broer zich in Nigeria bevinden. Zodus kunnen zij tevens instaan voor de eventuele noodzakelijke (financiële) hulp voor betrokkene.

Voorts haalt de advocaat van betrokkene aan dat de zorgen niet adequaat voorhanden zijn. We stellen vast dat deze (oude) bron een algemene situatie weergeeft en niet noodzakelijkerwijs de persoonlijke situatie van betrokken beschrijft.

Men kan dus stellen dat betrokkene zonder probleem kan behandeld worden in het herkomstland.(...)”

Uit artikel 9ter van de vreemdelingenwet vloeit er geen verplichting voort in hoofde van De ambtenaar-geneesheer om zich uit te spreken over de levensverwachting van de aanvrager. Hij dient daarentegen

een onderzoek te voeren naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen zodra verdere opvolging nodig wordt geacht, wat in casu het geval is.

Waar zij meent dat het advies voorgelegd diende te worden aan een deskundige en zij hiervoor verwijst naar een vonnis van de rechtbank van eerste aanleg, dient te worden opgemerkt dat tegen voormeld vonnis hoger beroep werd aangetekend door de verwerende partij. Voormeld vonnis is derhalve niet definitief in het rechtsverkeer aanwezig.

Waar zij de ambtenaar-geneesheer verwijt dat zij stelde dat zij 73 jaar oud is, terwijl zij 68 jaar oud is, dient te worden opgemerkt dat op de eerste bladzijde van het advies, wel degelijk vermeld werd dat zij de leeftijd van 67 jaar heeft "Deze 67-jarige dame werd volledig onderzocht naar aanleiding van "hoofdpijn" (...)". Bovendien werd de geboortedatum van verzoekster op correcte wijze weergegeven in het advies. Waar hij vervolgens melding maakte van een leeftijd van 73 jaar, betreft dit niet meer dan een materiële vergissing, die de inhoud van het advies op geen enkele wijze aantast.

Waar zij stelt dat er al lang sprake zou zijn van een behandeling met Hydreae, dient opgemerkt dat de ambtenaar-geneesheer ook expliciet stelde dat verzoekster verder behandeld moet kunnen worden met Hydreae, wat ook zeker mogelijk bleek in Nigeria. Verder in het advies werd immers inderdaad melding gemaakt van de MedCOI databank, waaruit is gebleken dat hydrea er beschikbaar is. De documenten afkomstig van de MedCOI databank bevinden zich in het administratief dossier. Hieruit blijkt dat de informatie, dat Hydrea beschikbaar is in het herkomstland, werd verkregen op 19 juli 2017. Dergelijke informatie is afkomstig van lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt en uitgekozen werden door de ambtenaar van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse zaken via haar ambassade op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria. De betrouwbaarheid van de inhoud van de informatie kan derhalve niet dienstig worden betwist door enkel te stellen dat er slechts één document werd geraadpleegd.

Verzoekster kan niet voorhouden dat er geen onderzoek zou zijn gedaan naar de pijnstillers, nu uit het beschikbaarheidsonderzoek van de ambtenaar-geneesheer, waarnaar hij in zijn medisch advies verwijst, op pagina 6 verwijzingen vermeld worden naar "pain medication" alsook NSAID (= effectieve pijnstiller bij gewrichtsproblemen)

Verzoekster kan bezwaarlijk voorhouden als zou het onderzoek naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid zou niet voldoende zijn nu het berust op slechts één MedCOI verslag.

Uit het advies blijkt dat de verschillende systemen van gezondheidszorg wel degelijk werden besproken. In ieder geval gaat verzoekster eraan voorbij dat geenszins werd gemotiveerd dat zij tewerkgesteld zal moeten worden in het herkomstland. Er werd immers expliciet op gewezen dat haar vier zonen, een dochter een zus en een broer zich in Nigeria bevinden, die kunnen instaan voor de eventuele noodzakelijke hulp voor verzoekster. Verzoekster is niet in staat dergelijke bevinding te weerleggen. Het staat haar bovendien vrij zich dichterbij te vestigen bij bepaalde ziekenhuizen.

Het eerste middel is niet ernstig."

In haar tweede middelenonderdeel voert de verzoekster onder meer de schending van de zorgvuldigheidsplicht aan. Dit beginsel van behoorlijk bestuur legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding. Een zorgvuldige voorbereiding van de beslissing impliceert dat deze beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheidsplicht gebiedt 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 en dat bij dit onderzoek wordt gesteund op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken, zodat de overheid met kennis van zaken kan beslissen. De bestuursbeslissing dient te steunen op een zorgvuldige feitenvinding en een nauwgezette afweging zodat de beslissing genomen wordt op basis van een afdoend en volledig onderzoek van het concrete geval.

Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht, 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.

Bij het onderzoek betreffende het zorgvuldig handelen van het bestuur, dient de Raad tevens de toepasselijke wettelijke bepalingen in ogenschouw te nemen. Gelet op het feit dat de eerste bestreden beslissing de weigering van de medische verblijfsmachtiging behelst, wordt dan ook verwezen naar de bepalingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet luidt als volgt:

“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.”

Deze bepaling houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat er enerzijds gevallen zijn 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 integriteit moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Er dient te worden aangenomen dat dit toepassingsgeval die gevallen omvat waarin de aanvrager aantoont dat een terugkeer op zich naar zijn of haar land van herkomst niet kan zonder zijn of haar leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (cf. Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/001, 34) en er dus “een onmogelijkheid om te reizen” bestaat (Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Het betreft hier dus vreemdelingen “die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst” en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de vreemdelingenwet (Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 9). Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die 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. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

Artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet bepaalt verder:

“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 onderzoekbevoegdheid van de aangestelde ambtenaar-geneesheer wordt aldus verduidelijkt in artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet: de ambtenaar-geneesheer kan de in de voorgelegde medische attesten vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, beoordelen, alsook de mogelijkheid van de behandeling, dit is de beschikbaarheid ervan, en de toegankelijkheid van de behandeling in het land van herkomst of het land van gewoonlijk verblijf. Bij deze beoordeling dient de ambtenaar-geneesheer zijn bevindingen af te toetsen aan de risico's, vermeld in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet.

De Raad benadrukt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens uitsluitend tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer behoren en dat het de Raad niet toekomt de beoordeling van de ambtenaar-geneesheer te betwisten (RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)). De Raad dient wel na te gaan of de ambtenaar-geneesheer de voorgelegde gegevens op een zorgvuldige wijze heeft onderzocht en afgewogen alvorens te besluiten dat er geen risico is in de zin van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet.

In casu heeft de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 17 november 2017 het volgende gesteld:

“NAAM: O., M. J. N. (R.R.: ...)
Vrouwelijk

nationaliteit Nigeria
geboren te A. op (...)1949

ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door voornoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten Ingediend op 06.09.2014 en 06.01.2010.

I. Medische voorgeschiedenis + voorgelegde medische attesten:

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

- 18/10/2017, 4/9/2017, 4/7/2017, 29/10/2009, 28/2/2012, 13/3/2015, 14/3/2014, 18/8/2014, 25/4/2016, 24/10/2016, 4/9/2017 Dr. H., betrokkene werd ter observatie opgenomen van 27/10/2009 tot 30/10/2009 op de dienst neurologie, er werd een batterij technische onderzoeken gedaan wegens klachten van hoofdpijn, maar daarvoor zijn er geen "biomedische aanknopingspunten". Als voornaamste hypothese werd er banale migraine weerhouden. in elk geval vertoonde de magnetische resonantie van de hersenen geen structurele afwijkingen, verder werd er een verhoogd aantal bloedcellen vastgesteld. Drie jaar later is ze "goed", soms klaagt ze van hoofdpijn en diffuse gewrichtspijnen. In het laatste attest van 4/7/2017 is er sprake van een behandeling met Hydrea en paracetamol, en soms een infiltratie. Er wordt geen melding gemaakt van een eventuele verergering of hospitalisaties.

Hij spreekt ook van een reumatoïde artritis, maar dit kon niet bevestigd worden in de bloedanalyses. Behandeling met paracetamol als pijnstiller, aspirine en emconcor. Af en toe maagpijn waarvoor omeprazol.

- 12/7/2012, Dr. V. B., betrokkene vertoont een polycytemia vera (verhoogd aantal rode bloedcellen, congenitaal), dit kan de bloeddruk verhogen, gunstige evolutie, geen complicaties.

- In april 2014, Dr. V., fysieke geneeskunde, artrose in beide knieën, EMG onderzoek normaal, lage rugpijn ten gevolge van artrose ter hoogte van de lumbale wervelzuil.

- 21/4/2017, Dr. V., betrokkene kwam op consultatie want hij is twee maanden geleden gevallen en heeft nu hoofdpijn. Aanvullende onderzoeken toonden geen fracturen noch andere problemen. Er werd enkel een drukpijn vastgesteld ter hoogte van de hals maar het neurologisch onderzoek was volledig normaal.

- 4/9/2017, bloedsuikerslag, correct aantal rode bloedcellen.

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

Deze 67-jarige dame werd volledig onderzocht naar aanleiding van "hoofdpijn", als voornaamste hypothese werd er banale migraine weerhouden, in elk geval vertoonde de magnetische resonantie van de hersenen geen structurele afwijkingen, verder werd er een verhoogd aantal bloedcellen vastgesteld. Drie jaar later was ze "goed", soms klaagt ze van hoofdpijn en diffuse gewrichtspijnen.

Betrokkene stelt het nu goed.

Er waren hier, behoudens een operatie 2015 waarbij ze een nieuwe knieprothese kreeg, waren er geen verdere hospitalisaties en ook geen acute opstoten.

Wel moet betrokkene verder behandeld kunnen worden met Hydrea, hetgeen zeker mogelijk is in Nigeria en moet er ook naar gekeken worden of zij pijnstillers kan krijgen wegens haargewrichtsklachten.

Cardiovasculair is de problematiek zeer bevredigend, maar ook hier stelden wij vast dat zij, indien dit nodig zou blijken door cardiologen kan opgevolgd worden in Nigeria.

III. Medisch onderzoek van 29/9/2017:

Om een beter inzicht in de vermelde pathologie te krijgen, hebben wij besloten betrokkene uitte nodigen voor een persoonlijk onderzoek. Dit onderzoek werd uitgevoerd op de dienst Vreemdelingenzaken op 13/10/2017.

Uit de ondervraging van betrokkene (in aanwezigheid van een vriendin die goed Nederlands spreekt) blijkt dat zij in Nigeria middelbaar onderwijs volgde.

Later werkte ze in de verkoop van vis, kippen, en andere etenswaren.

In 2009 is zij naar België gekomen, omdat haar dochter hier woonde. Maar deze is inmiddels naar Engeland vertrokken.

Als medische antecedenten moeten wij vermelden dat zij nooit geopereerd geweest is in Nigeria, en steeds goed gezond was, behalve dat er een verhoogd aantal rode bloedcellen werd vastgesteld, zonder dat daar een diagnose aan vastgeknoopt werd.

Nu luidt de diagnose polycytemia (congenitaal verhoogd aantal rode bloedcellen) en behalve kniepijn (waarvoor ze in 2015 in haar rechterknie een totale knieprothese kreeg) worden er geen specifieke medische antecedenten vermeld, tenzij hoofdpijn.

Ook cardiovasculair waren alle bevindingen volstrekt normaal, met een normale bloeddruk, 120/80 en een normaal sinusaal hartritme.

Verder kan zij normaal gaan, er zijn geen enkele bewegingsbeperkingen. Goede mobiliteit. Ze is ook volledig zelfstandig naar de consultatie kunnen komen in Brussel.

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

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische attesten blijkt dat deze 73-jarige dame normale ouderdomsgerelateerde klachten en problemen te hebben.

Verder lijdt ze aan polycytemia, een congenitale aandoening die aanleiding geeft tot een verhoogd aantal rode bloedcellen waarvoor ze nu hydrea krijgt en dit ook verder moet blijven om trombose te voorkomen.

Wat haar algemene toestand betreft, deze is zeer bevredigend, en er is geen enkel objectief element die ons zou kunnen laten veronderstellen dat ze maar 1 jaar meer te leven zou hebben, integendeel haar verdere levensverwachting acht ik volledig normaal.

Voor alle nodige behandelingen beschikt Nigeria ook over de nodige specialisten, zoals blijkt uit de hieronder vermelde informatie, zodat deze aandoening geen gevaar kan betekenen voor het leven of fysieke integriteit, zodat er bijgevolg geen risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

Wat de behandeling betreft die toegepast wordt in het herkomstland moet opgemerkt worden dat deze onder de verantwoordelijkheid valt van de plaatselijke specialisten die uiteraard de beste middelen uit hun arsenaal waarover zij beschikken zullen inzetten en de mogelijkheden verschillen uiteraard volgens de goedkeuring en terugbetaling in het land van herkomst door het ministerie van volksgezondheid, dat in fine verantwoordelijk is voor de waarde en de kost van gezondheidszorg en een respectvol en zorgvuldig omspringen ermee .

Dat er wel degelijk behandelingen en opvolgingsmogelijkheden zijn in het land van herkomst wordt aangetoond door onderstaande beschikbaarheidsstudie.

V. Beschikbaarheid van de behandeling:

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

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

De informatie is afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is :

REQUEST FORM Medical Advisors' Office BMA, IMMIGRATION AND NATURALISATION SERVICE, - THE NETHERLANDSREQUEST

NUMBER: BMA 9839

outpatient treatment and follow-up by an endocrinologist Available University College Hospital UCH road, Ibadan, (Public Facility)

in patient treatment by a hematologist Available University College Hospital UCH road, Ibadan, (Public Facility)

Hydrea is er ook beschikbaar: hydroxycarbamide (= hydroxurea) Hematology: preventing vaso-occlusive periods in e.g. sickle-cell anemia Current Medication Available University College Hospital Pharmacy UCH road Ibadan, (Public Facility)

Ook ouderdomsgerelateerde aandoeningen (diabetes II, verhoogde bloeddruk, verzwakt hart) kunnen in Nigeria verzorgd worden, er zijn cardiologen en internisten, en de nodige medicatie is er ook zo nodig voorhanden.

Men kan dus stellen dat betrokkene zonder probleem kan behandeld worden in haar herkomstland. In deze materie is het doorslaggevend en voldoende dat de betrokkene in zijn land van herkomst medische verzorging kan bekomen en er wordt niet vereist dat deze ginds van hetzelfde niveau als in België zou moeten zijn. Dat er wel degelijk behandelingen en opvolgingsmogelijkheden zijn in het land van herkomst wordt aangetoond door de bijgevoegde beschikbaarheidsstudie.

VI. Mogelijkheid tot reizen en mantelzorg:

Op basis van de ter staving van de aanvraag voorgelegde 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.

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

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 privésysteem of een openbaarsysteem 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.

In Nigeria bestaan drie systemen van gezondheidszorg:

1/Het belangrijkste is de NHIS: National Health Insurance Scheme (NHIS) : doel is om gemakkelijk toegang te verschaffen tot de gezondheidszorg en dit door 3 verschillende systemen:

FSSHIP: Het FSSHIP (Formal Sector Social Health Insurance Program) zorgt voor een dekking van medische onkosten van werknemers in de publieke sector en de georganiseerde private sector: de werknemer dient uiteindelijk maar 5% van het basissalaris bij te dragen 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 (Urban Self-Employed Social Health Insurance Programme): is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma gerund door een groep, bestaande uit leden met dezelfde economische activiteiten.

Het RCSHIP (Rural Community Social Health Insurance Programme) is een non-profit ziekteverzekeringsprogramma gerund door een groep, bestaande uit families of individuele personen.

De bijdrage aan beide voorgaande programma wordt betaald onder de vorm van een maandelijks geldelijke rente of afbetaling. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van het pakket medische zorgen, welkdoor de leden van de groep werd uitgekozen.

2/Ten tweede is er het Community Based Insurance scheme : systeem waarbij gezinnen in een dorp of een etnische groep de kost financieren in ruil voor gezondheidsdiensten en medezeggenschap in de organisatie van gezondheidssystemen.

3/ Ten derde heb je de Private Verzekeringen: is gefundeerd door vrijwillige bijdragen van verzekerde leden.

Wat diabetes en hypertensie betreft, bestaat er ' Diverse Health Help Society', die in Abuja ligt, en die raadgeving en advies verschaft, gratis checks van suikerspiegel en bloeddrukmeting voorziet, en subsidies voorziet voor de kosten van medicatie om te verzekeren dat zelfs de armsten toegang hebben.

Bovendien blijkt dat de medicatie voor de diabetes gedekt is in een publiek hospitaal door een publieke verzekering. Zo is dit in UBTH (University teaching hospital), Central hospital, Faith Mediplex en Igbinedion hospital het geval."

Voorts blijkt uit het asielrelaas (zie administratief dossier) dat vier zonen en een dochter en een zus en broer zich in Nigeria bevinden. Zodus kunnen zij tevens instaan voor de eventuele noodzakelijke (financiële) hulp voor betrokkene.

Voorts haalt de advocaat van betrokkene aan dat de zorgen niet adequaat voorhanden zijn. We stellen vast dat deze (oude) bron een algemene situatie weergeeft en niet noodzakelijkerwijs de persoonlijke situatie van betrokkene beschrijft

Men kan dus stellen dat betrokkene zonder probleem kan behandeld worden in het herkomstland.

VIII. Conclusie:

Uit het voorgelegd medisch dossier kan niet worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland,

Vanuit medisch standpunt kunnen we mijns inziens dan ook besluiten dat de aangetroffen polycytemia & ouderdomsverschijnselen geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien de behandelingen beschikbaar zijn in (Nigeria), en vanuit medisch standpunt is er dan ook geen bezwaartegen een terugkeer naar het herkomstland, Nigeria.”

De ambtenaar-geneesheer heeft zodoende op grond van de door de verzoekster voorgelegde medische attesten en na een persoonlijk onderzoek van de verzoekster, vastgesteld dat zij lijdt aan polycytemia, een congenitale aandoening waarvoor ze medicamenteus wordt behandeld met Hydrea. Hij geeft tevens aan dat deze behandeling moet worden verder gezet om trombooses te voorkomen. De ambtenaar-geneesheer vermeldt dat verzoeksters algemene toestand verder bevredigend is en dat er geen objectief element is dat toelaat te veronderstellen dat de verzoekster maar één jaar meer te leven zou hebben. Hij stelt verder dat er actueel geen strikte medische contra-indicatie is om te reizen, noch een noodzaak tot mantelzorg. De ambtenaar-geneesheer benadrukt ook dat de in Nigeria beschikt over de nodige specialisten voor alle nodige behandelingen, waarna hij onder de punten V. en VI. de motieven vermeldt waaruit moet kunnen blijken dat de behandeling en opvolging van polycytemia in Nigeria beschikbaar en toegankelijk zijn voor de verzoekster.

In haar tweede middelenonderdeel argumenteert de verzoekster evenwel dat er geen zorgvuldig onderzoek werd gevoerd naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de vereiste medische zorgen en opvolging. Verzoeksters kritiek betreft te dezen dan ook de beoordeling van het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet.

De verzoekster voert in dit kader aan dat zij een medisch attest van 18 oktober 2017 heeft voorgelegd waarin wordt gesteld dat de medicamenteuze behandeling met Hydrea niet steeds beschikbaar is in Nigeria en waarin de behandelende arts tevens benadrukt dat de nabijheid van een ziekenhuis, inclusief een kliniek en een laboratorium, noodzakelijk is. De verzoekster stelt dat hiermee geen rekening werd gehouden en dat de ambtenaar-geneesheer nagelaten heeft om, onder meer, de geografische factoren te onderzoeken alvorens vast te stellen dat de verzoekster zonder probleem toegang kan krijgen tot de nodige zorgen in haar land van herkomst. De verzoekster betoogt tot slot dat de ambtenaar-geneesheer ten onrechte en op een tegenstrijdige manier de door haar raadsman voorgelegde informatie verwerpt. De ambtenaar-geneesheer kan volgens de verzoekster niet zonder meer stellen dat *“deze (oude) bron een algemene situatie weergeeft en niet noodzakelijk de persoonlijke situatie van betrokkene beschrijft”*, waar ook hij algemene informatie hanteert om de aanvraag te verwerpen.

De Raad stelt vooreerst vast dat de verzoekster in het kader van haar medische verblijfsaanvragen van 8 september 2014 en 6 januari 2010 onder meer een omstandig medisch getuigschrift van 18 oktober 2017 heeft voorgelegd. Uit het medisch advies van 17 november 2017 blijkt dat dit medisch attest door de ambtenaar-geneesheer in rekening werd genomen. In dit medisch attest stelt de behandelende arts, onder de vraag *“Evaluation de la disponibilité et de l’accessibilité du traitement dans le pays d’origine”* dat de Hydrea medicatie niet altijd beschikbaar is. In antwoord op de vraag *“Est-ce que la proximité d’un hôpital est nécessaire? Dans l’affirmative, quelle spécialité est-elle nécessaire?”* wordt weergegeven dat de nabijheid van een kliniek en een laboratorium vereist is. Uit de stukken van het administratief dossier blijkt voorts dat verzoeksters raadsman bij de aanvraag van 6 januari 2010 het stuk *“Country of origin information report Nigeria”* van 9 juni 2009 heeft voorgelegd. Bij de aanvraag van 8 september 2014 heeft verzoeksters raadsman onder meer de volgende algemene informatie omtrent de gezondheidszorgen in Nigeria bijgebracht: *“Gezondheidszorg in Nigeria”* van 1 februari 2012, *“conseil aux voyageurs Nigéria”* van 11 augustus 2014, *“WHO Statement on the Meeting of the International Health Regulation Emergency Committee Regarding the 2014 Ebola Outbreak in West Africa”* van 8 augustus 2014 en *“Ebola: l’OMS décrète la mobilisation mondiale, état d’urgence au Nigeria”* van 9 augustus 2014.

In zijn advies van 17 november 2017 bevestigt de ambtenaar-geneesheer dat de verzoekster lijdt aan polycytemia. Hij erkent tevens dat de continuering van de medicamenteuze behandeling met Hydrea strikt noodzakelijk is om trombooses te voorkomen. Verwijzend naar het MedCOI-document BMA 9839 stelt de ambtenaar-geneesheer vervolgens vast dat Hydrea beschikbaar is en dat er ook specialistische

opvolging mogelijk is door een endocrinoloog en een hematoloog. Zoals de verzoekster terecht stelt, heeft de ambtenaar-geneesheer zich zodoende slechts op één enkel MedCOI-document gebaseerd om te stellen dat de voornoemde medicatie en opvolging beschikbaar zijn in Nigeria. Met betrekking tot de toegankelijkheid van de vereiste medische zorgen, geeft de ambtenaar-geneesheer eerst aan dat het niet vereist is dat de kwaliteit van het systeem van gezondheidszorgen in het land van herkomst vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Hij geeft dienaangaande aan dat de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening erin bestaat zich ervan te verzekeren dat de zorgverlening in het land van herkomst toegankelijk is voor de aanvrager. Vervolgens schetst de ambtenaar-geneesheer op algemene wijze de drie systemen van gezondheidszorg in Nigeria. Met betrekking tot diabetes en hypertensie verwijst de ambtenaar-geneesheer nog naar twee MedCOI-documenten waaruit blijkt dat “er ' Diverse Health Help Society' (bestaat) die in Abuja ligt, en die raadgeving en advies verschaft, gratis checks van suikerspiegel en bloeddrukmeting voorziet, en subsidies voorziet voor de kosten van medicatie om te verzekeren dat zelfs de armsten toegang hebben. Bovendien blijkt dat de medicatie voor de diabetes gedekt is in een publiek hospitaal door een publieke verzekering. Zo is dit in UBTH (University teaching hospital), Central hospital, Faith Mediplex en Igbinedion hospital het geval”. Hij stelt tevens dat uit verzoeksters asielrelaas blijkt dat zij vier zonen en een dochter, alsook een broer en een zus heeft, die zich in Nigeria bevinden en die tevens kunnen instaan voor de eventuele noodzakelijke (financiële) hulp voor de verzoekster. Met betrekking tot de vermeldingen van de advocaat van de verzoekster omtrent het niet adequaat voorhanden zijn van de zorgen, stelt de ambtenaar-geneesheer dat het gaat om een (oude) bron die een algemene situatie weergeeft en niet noodzakelijk de persoonlijke situatie van de verzoekster beschrijft. Tenslotte concludeert de ambtenaar-geneesheer dat de verzoekster zonder probleem kan behandeld worden in haar land van herkomst.

De Raad benadrukt dat de ambtenaar-geneesheer de noodzaak aan continuering van de medicamenteuze behandeling voor polycytemia onderkent, aangezien hij aangeeft dat een verdere behandeling met Hydrea vereist is om tromboses te voorkomen en aangezien hij verder ook een onderzoek doet naar de beschikbaarheid van dit specifieke geneesmiddel in het land van herkomst. Hiermee bevestigt hij de duidelijke vermeldingen die op dit punt werden opgenomen in de door de verzoekster voorgelegde medische attesten. Zo wordt in het attest van Dr. H. van 4 september 2017 het volgende gesteld: “Continuering van behandeling met Hydrea is levensnoodzakelijk ter preventie van manjeure, levensbedreigende trombosen.” Uit de verdere motivering dat uit het voorgelegd medische dossier niet kan worden afgeleid dat de verzoeksters ziekte een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland, blijkt dat de ambtenaar-geneesheer erkent dat de continuering van de behandeling voor polycytemia in het land van herkomst vereist is om een ernstig risico voor het leven of de fysieke integriteit uit te sluiten. Tevens wordt in verschillende van de voorgelegde medische attesten benadrukt dat het om een chronische aandoening gaat die een levenslange behandeling vergt. Ook dit wordt door de ambtenaar-geneesheer niet betwist. Zoals de ambtenaar-geneesheer zelf stelt, is de mogelijkheid tot behandeling in het land van herkomst doorslaggevend om te besluiten dat de verzoekster niet lijdt aan een ziekte zoals bedoeld in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet.

De Raad meent dat, gelet op het niet-betwiste levensnoodzakelijke karakter van een ononderbroken en levenslange behandeling, een des te nauwkeuriger en concreter onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de behandeling in het land van herkomst dient te worden gevoerd. Het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong of verblijf dient te worden gevoerd geval per geval, rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager (*Parl.St.*, Kamer, 2005/2006, nr. 2478/001, 34-35).

Zoals de verzoekster pertinent opmerkt, verwijst de ambtenaar-geneesheer, wat de beschikbaarheid van de noodzakelijke (medicamenteuze) behandeling en opvolging betreft, slechts naar één MedCOI-document van 19 juli 2017 waarin de beschikbaarheid van een endocrinoloog, een hematoloog en het geneesmiddel hydroxycarbamide (hydroxurea) wordt bevestigd in één welbepaalde instelling, met name het University College Hospital te Ibadan. Hoewel in het meest recente van de voorgelegde medische attesten (attest van 18 oktober 2017) wordt gesteld dat de behandeling met Hydrea in Nigeria niet altijd beschikbaar is, kan noch uit het voornoemde MedCOI-document noch uit enig ander stuk van het administratief dossier blijken dat de ambtenaar-geneesheer heeft onderzocht of dit geneesmiddel gegarandeerd steeds beschikbaar is in het vermelde hospitaal. Het MedCOI-document vermeldt, wat de beschikbaarheid van de medicatie betreft, bovendien in een voetnoot uitdrukkelijk dat de informatie beperkt is tot de beschikbaarheid in een welbepaalde geneeskundige instelling in het land van herkomst. Er kan bezwaarlijk worden gesteld dat de ambtenaar-geneesheer op een zorgvuldige wijze is

te werk gegaan wanneer hij met betrekking tot verzoeksters behandeling, die levenslang dient te worden ingenomen en die noodzakelijk is ter preventie van levensbedreigende trombosen, slechts verwijst naar de beschikbaarheid in één enkel universitair ziekenhuis in een zeer groot land zoals Nigeria en zonder dat de ambtenaar-geneesheer concreet heeft onderzocht of de verzoekster de mogelijkheid heeft om zich, bij terugkeer naar het land van herkomst, in de buurt van dit ziekenhuis te vestigen dan wel of zij de mogelijkheid heeft om zich regelmatig naar dit ziekenhuis te verplaatsen. De Raad wijst er op dat de verzoekster in haar aanvraag van 8 september 2014 aangaf dat een onderbreking in de behandeling erg schadelijk is en dat het geen evidentie is dat zij in Nigeria steun kan krijgen van mensen die zij reeds 5 jaar lang niet meer heeft gezien. In diezelfde aanvraag benadrukte de verzoekster dat de ambtenaar-geneesheer zich moet positioneren ten aanzien van de concrete mogelijkheid om de zorgen te ontvangen, waarbij zij onder meer verwijst naar mogelijkheden tot transport en de afstand om de behandelingen te verkrijgen en waarbij zij tevens stelt dat moet worden nagegaan of zij de behandeling, op praktisch gebied, kan bekomen in haar streek van herkomst. Ook attesteerde de behandelende arts in het medisch attest van 18 oktober 2017 dat de nabijheid van een ziekenhuis met laboratorium vereist is. Gelet op hetgeen voorafgaat, blijkt dat de ambtenaar-geneesheer niet op een zorgvuldige wijze heeft onderzocht of de verzoekster daadwerkelijk en praktisch gezien voldoende toegang heeft tot de vereiste behandeling.

Waar de verweerder in de nota met opmerkingen stelt dat het de verzoekster vrij staat om zich te vestigen dicht bij bepaalde ziekenhuizen, merkt de Raad op dat uit de stukken van het administratief dossier niet blijkt dat de ambtenaar-geneesheer heeft onderzocht of dit voor de verzoekster wel mogelijk is. De Raad herhaalt dat het niet aan de verweerder zelf maar enkel aan de ambtenaar-geneesheer toekomt om de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de nodige medische zorgen te beoordelen (cf. artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de vreemdelingenwet). Bijgevolg komt het argument in de nota met opmerkingen niet alleen voor als een *a posteriori* motivering die de vastgestelde onzorgvuldigheid niet kan herstellen, maar dringt zich tevens de vaststelling op dat de verweerder niet de bevoegdheid heeft om zich hierover uit te spreken.

Wat betreft de financiële toegankelijkheid van de benodigde medische zorgen, kan de verzoekster eveneens worden gevolgd waar zij stelt dat de ambtenaar-geneesheer de door haar raadsman aangebrachte informatie niet zonder meer kon afwijzen om de reden dat het om een oude bron gaat die een algemene situatie weergeeft en niet noodzakelijk de persoonlijke situatie van de verzoekster beschrijft. Op deze manier wordt immers op geen enkele wijze concreet ingegaan op de specifieke bevindingen uit de voorgelegde rapporten omtrent het ontoereikende karakter van de medische zorgen in Nigeria en waarbij in de aanvraag van 8 september 2014 de nadruk werd gelegd op de gebrekkige financiering van de gezondheidsverzekering en de financiële ontoegankelijkheid voor de bevolking. Het louter afwijzen van deze informatie omwille van het algemeen karakter ervan staat bovendien in contrast met het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer naar geen enkele bron verwijst om te stellen dat er drie verschillende gezondheidssystemen zijn in Nigeria en dat ook hij, voor de specifieke aandoeningen diabetes en hypertensie, verwijst naar algemene bronnen die niet noodzakelijk de specifieke situatie van de verzoekster behelzen aangezien het niet gaat om personen die lijden aan polycytemia. Waar de ambtenaar-geneesheer bijkomend ook verwijst naar het gedateerd karakter van de informatie (het gebruik van het adjectief 'oud' tussen haakjes wijst op een bijkomstige motivering), doet dit geen afbreuk aan de voorgaande vaststellingen. Ten overvloede merkt de Raad op dat de ambtenaar-geneesheer zelf verwijst naar informatie die dateert van februari en april 2014 terwijl de verzoekster in haar laatste aanvraag verwees naar algemene rapporten van augustus 2014.

Uit hetgeen voorafgaat blijkt dat de ambtenaar-geneesheer in zijn medisch advies van 17 november 2017 geen voldoende zorgvuldig en concreet onderzoek heeft gevoerd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de noodzakelijk geachte medische zorgen in het herkomstland Nigeria. Aangezien de eerste bestreden beslissing haar noodzakelijke grondslag vindt in het onderzoek van de ambtenaar-geneesheer, is deze met dezelfde onregelmatigheid behept.

Het verweer in de nota met opmerkingen doet hieraan geen afbreuk. Hierbij stelt de Raad nog vast dat de verweerder niet concreet ingaat op het motief inzake het afwijzen van de door verzoeksters raadsman naar voor gebrachte algemene informatie en dat de verzoekster niet de betrouwbaarheid van de MedCOI-document betwist, doch wel het voldoende karakter van deze enkele verwijzing om te besluiten dat de verzoekster zonder probleem kan behandeld worden in haar land van herkomst.

Een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel *juncto* artikel 9ter van de vreemdelingenwet is dan ook aangetoond.

Het eerste middel is, in de aangegeven mate, gegrond. Deze vaststelling leidt tot de nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing. Een onderzoek naar de overige middelenonderdelen dringt zich niet op.

3.2. In een tweede middel, gericht tegen de tweede bestreden beslissing, voert de verzoekster de schending aan van de artikelen 62 en 74/13 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, en van de zorgvuldigheidsplicht.

3.2.1. De verzoekster argumenteert dienaangaande als volgt:

“Artikel 74/13 VW:

“Bij het nemen van een beslissing tot verwijdering houdt de minister of zijn gemachtigde rekening met het hoger belang van het kind, het gezins- en familieleven en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land”

De andere rechtsnormen werden uiteengezet in het kader van het tweede middel, waarnaar hier wordt verwezen.

• *Uiteenzetting van de onderdelen van het middel*

III.1. Eerst onderdeel

Het bevel om het grondgebied te verlaten is onwettig daar het stoelt op een 9ter-beslissing die onwettig is, voor de reden uiteengezet in de vorige middel, waarnaar hier wordt verwezen.

De vernietiging van de 9ter-beslissing moet de vernietiging van het bevel tot gevolg hebben, daar het bevel niet mag genomen worden zonder rekening te houden met de 9ter-aanvraag.

Uw Raad heeft al verklaard over een vergelijkbare situatie, in een arrest nr 134.679 van 09.12.2014:

(...)

III.2. Tweede onderdeel

Het bevel om het grondgebied te verlaten is onwettig omdat de gezondheidstoestand van verzoekster niet in acht werd genomen vooraleer het bevel genomen werd, en er geen motivering daaromtrent staat in de motivering van het bevel.

Artikel 74/13 VW verwijst naar de gezondheidstoestand, wat duidelijk niet beperkt is tot de analyse vereist onder artikel 9ter VW. Artikel 9ter VW betreft bijzondere aandoeningen, en de voorwaarden onder dewelke een verblijfsmachtiging kan verkregen worden. Artikel 74/13 VW is duidelijk breder, en vereist dat de gezondheidstoestand in rekening wordt gehouden ten aanzien van het nemen van een beslissing tot verwijdering.

Artikel 74/13 VW, de zorgvuldigheidsplicht, en de motiveringsplichten worden dus geschonden, en dat moet tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing leiden.”

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

“In een tweede middel stelt verzoekster een schending voor van de artikelen 62 en 74/13 van de vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Zij betoogt dat het bevel onwettig is omdat de beslissing 9ter onwettig zou zijn. Volgens haar diende de bijlage 13 melding te maken van de gezondheidstoestand.

De verwerende partij heeft de eer te antwoorden dat uit artikel 74/13 van de vreemdelingenwet geen formele motiveringsplicht voortvloeit. Uit de stukken van het administratief dossier blijkt overigens dat vooraleer het bevel werd genomen, een onderzoek werd gevoerd naar de elementen vervat in voormeld

*artikel. Dit onderzoek luidt: "gezins- en familielevens → betrokkene heeft altijd de mogelijkheid om vanuit het land van herkomst of verblijf een visum aan te vragen om een familiaal bezoek te brengen
Hoger belang van het kind → nvt
Gezondheidstoestand → in medisch advies dd 6.6.2017 geen contra-indicatie om te reizen"*

Het determinerend motief op grond waarvan het bevel werd genomen, namelijk omdat verzoekster niet in het bezit is van een visum, artikel 7, eerste lid, 1° van de vreemdelingenwet, wordt niet betwist.

Het volstaat dat uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat de verwerende partij er zich voorafgaand aan het nemen van het thans bestreden bevel om het grondgebied te verlaten van heeft vergewist dat de ingeroepen gezondheidstoestand geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling uitmaakt.

Het tweede middel is niet ernstig."

3.2.3. Artikel 74/13 van de vreemdelingenwet bepaalt als volgt:

"Bij het nemen van een beslissing tot verwijdering houdt de minister of zijn gemachtigde rekening met het hoger belang van het kind, het gezins- en familielevens en de gezondheidstoestand van de betrokken onderdaan van een derde land."

Artikel 74/13 van de vreemdelingenwet weerspiegelt in deze zin hogere rechtsnormen, zoals de artikelen 3 en 8 van het EVRM. Deze bepaling vormt de omzetting van artikel 5 van de 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 en dient richtlijnconform te worden toegepast.

Artikel 74/13 van de vreemdelingenwet maakt een individueel onderzoek noodzakelijk zodat wordt gewaarborgd dat het bestuur bij het nemen van een verwijderingsbeslissing rekening houdt met welbepaalde fundamentele rechten, met name het belang van het kind, het gezins- en familielevens en de gezondheidstoestand van de betrokken vreemdeling.

De Raad merkt op dat uit artikel 74/13 van de vreemdelingenwet op zich niet volgt dat in elke beslissing tot verwijdering een afzonderlijke motivering in het licht van deze bepaling dient te worden opgenomen. Deze bepaling kan zo bijvoorbeeld ook maar spelen indien vaststaat dat de betrokkene een gezins- of familielevens en/of kinderen heeft of dat deze lijdt aan een welbepaalde gezondheidsproblematiek. Indien dit het geval is en de verwijderingsmaatregel hiervoor gevolgen kan hebben, dienen deze elementen evenwel in rekening te worden gebracht en dient de betrokkene kennis te kunnen nemen van de redenen waarom deze elementen volgens het bestuur een verwijderingsmaatregel niet in de weg staan.

Hiertoe kan het bijvoorbeeld volstaan dat uit de motivering van een andere genomen beslissing die de vreemdeling ter kennis werd gebracht reeds blijkt dat afdoende werd onderzocht dat het gezins- of familielevens, de belangen van het kind of de gezondheidstoestand zich niet verzetten tegen een verwijderingsmaatregel of terugkeer naar het herkomstland. Het komt de Raad als annulatierechter vervolgens enkel toe na te gaan of het bestuur zich heeft gesteund op een correcte feitenvinding en of het niet op kennelijk onredelijke wijze of met miskennis van welbepaalde hogere rechtsnormen tot zijn beoordeling is gekomen.

De Raad merkt allereerst op dat, gelet op de reeds gedane vaststelling dat er grond is tot nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing, niet langer blijkt dat rekening werd gehouden met de gezondheidsproblematiek van de verzoekster, minstens niet op een voldoende zorgvuldige wijze. De nietigverklaring van de eerste bestreden beslissing leidt aldus evenzeer tot een grond tot nietigverklaring van de tweede bestreden beslissing. Zoals de verzoekster terecht opmerkt, impliceert de nietigverklaring van de beslissing inzake verzoeksters medische verblijfsaanvragen dat niet blijkt dat er terdege rekening werd gehouden met deze aanvragen alvorens een bevel om het grondgebied te verlaten te treffen.

Een miskennis van artikel 74/13 van de vreemdelingenwet wordt aannemelijk gemaakt.

Het verweer in de nota met opmerkingen doet hieraan geen afbreuk. De Raad merkt op dat de eerste bestreden beslissing, door de nietigverklaring ervan, *ex tunc* uit het rechtsverkeer wordt gehaald zodat deze beslissing geacht wordt nooit hebben bestaan. Er kan dan ook niet blijken dat de gemachtigde,

voorafgaand aan het nemen van de tweede bestreden beslissing, zich er voldoende van heeft vergewist dat de ingeroepen gezondheidstoestand geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling uitmaakt bij een terugkeer naar het land van herkomst.

Het tweede middel is, in de aangegeven mate, gegrond en leidt tot de nietigverklaring van de tweede bestreden beslissing, dit is het bevel om het grondgebied te verlaten van 20 november 2017. Een verder onderzoek van het middel dringt zich niet langer op.

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft een gegrond middel aangevoerd dat leidt tot de nietigverklaring van de bestreden beslissingen. Er is grond om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. De vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, is zonder voorwerp. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

De beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 20 november 2017 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt en de beslissing van diezelfde gemachtigde van 20 november 2017 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten, worden vernietigd.

Artikel 2

De vordering tot schorsing is zonder voorwerp.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijf juli tweeduizend achttien door:

mevr. C. DE GROOTE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

C. DE GROOTE