



Arrest

nr. 220 358 van 25 april 2019
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat D. GEENS
Lange Lozanastraat 24
2018 ANTWERPEN

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie
en Administratieve Vereenvoudiging, thans de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXE KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X in eigen naam en als wettelijk vertegenwoordigers van hun minderjarige kinderen X, X en X, die verklaren van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 28 december 2018 hebben 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 21 september 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf met 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 ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

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 8 februari 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 6 maart 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. MOONEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KALIN, die *loco* advocaat D. GEENS verschijnt voor verzoekers en van advocaat T. BRICOUT, die verschijnt voor verweerder.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 2 augustus 2018 dienen verzoekers een vierde aanvraag om machtiging tot verblijf in met 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 (hierna de vreemdelingenwet) voor de aandoeningen van eerste verzoeker.

Op 21 september 2018 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris de beslissing waarbij de aanvraag ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard, aan verzoekers ter kennis gebracht op 13 december 2018. Dit is de bestreden beslissing waarvan de motivering luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 02.08.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

O., E. (RR: ...)

Geboren te Uhukure-Osi op (...)1985

E., J. (RR: ...)

Geboren te Warri op (...)1979

+ minderjarige kinderen:

O., A. ° (...)2018

O., M., ° (...)2009

O., M., ° (...)2012

Nationaliteit: Nigeria

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 ontvankelijk 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 worden medische elementen aangehaald voor O., E.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 13.09.2018 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, Nigeria. Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

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).”

2. Onderzoek van het beroep

2.1 Verzoekers voeren in het enig middel de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM), van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, van het zorgvuldigheids- en redelijkheidsbeginsel en van de materiële motiveringsplicht.

Ter adstrueren van het middel zetten verzoekers het volgende uiteen:

“A. ALGEMEEN

1. In de bestreden beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken van 21 september 2018 wordt gesteld dat de aangehaalde medische situatie van de verzoekende partij niet kan weerhouden worden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van artikel 9ter Vreemdelingenwet.

Artikel 9ter Vreemdelingenwet stelt als volgt:

(...)

De gemachtigde verwijst ter onderbouwing van dit besluit naar het gevoerde onderzoek door de arts-adviseur van 13 september 2018.

B. DE AANVRAAG EN MEDISCHE SITUATIE VAN DE HEER O. E.

2. Door de verzoekende partij werd op 2 augustus 2018 een aanvraag ingediend op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

De verzoekende partij voegde bij dit schrijven een standaard medisch attest (stuk 2), opgesteld door Dr. P. H., toe. Dit standaard medisch attest werd opgesteld op 9 juli 2018 en voorzien van de duidelijke identificatiegegevens van verzoeker.

Naast dit standaard medisch attest werden er door verzoeker nog verschillende bijlagen gevoegd. In totaal ging het om zes bijlagen, zoals vermeld onder punt G van het standaard medisch getuigschrift.

De bijlagen aan het standaard medisch getuigschrift, die hiervan integraal deel uitmaken, omvatten volgende documenten:

- stuk 3: medicatielijst;
- stuk 4: medisch verslag opname ZNA Middelheim van 15.06.2018 tot 18.06.2018 (verblijf op ITE);
- stuk 5: medisch verslag opname ZNA Middelheim van 18.06.2018 tot 23.06.2018 (afdeling neurologie);
- stuk 6: medisch verslag opname ZNA Middelheim van 23.06.2018 (dienst fysische geneeskunde en revalidatie);
- stuk 7: medisch verslag in het kader van de revalidatie;
- stuk 8: medische verslagen in verband met de uitslag van het radiologisch onderzoek.

Met deze documenten werd de medische situatie van de heer O. E. beschreven, op basis waarvan de aanvraag werd ingediend.

3. Verzoeker werd op 15.06.2018 opgenomen via de spoedgevallen.

Hij vertoonde een acute valneiging naar rechts met een belangrijke therapieresistente hypertensie. Verzoeker had reeds te kampen met een belangrijk vasculair lijden (zoals vastgesteld op een MRI van de hersenen in 2016) alsook een chronische nierinsufficiëntie stadium 3b.

Verzoeker werd gediagnosticeerd met een groot acuut-subacuut ischemisch letsel in het cerebellum naar rechts met thrombus in de PICA. Er is sprake van een uitgesproken chronisch microvasculair lijden, zowel supra als infratentorieel.

Dit resulteert erin dat verzoeker een belangrijke evenwichtsstoornis heeft met een valneiging naar rechts. Dit resulteert tevens in een gedaalde zelfredzaamheid, gezien zijn beperkte mogelijkheden.

De medische voorgeschiedenis van verzoeker en de diagnose die werd gesteld, worden beschreven onder punt A en B van het standaard medisch getuigschrift. De bijhorende documenten aan dit getuigschrift geven een gedetailleerd inzicht in deze problematiek.

De lijst van medicatie die verzoeker dient te nemen (het overzicht), is opgenomen onder stuk 3.

4. Verzoeker werd, na opname via de dienst spoedgevallen, op 18.06.2018 getransfereerd naar de dienst neurologie van het ZNA Middelheim.

Van zijn verblijf op deze afdeling werd tevens een verslag opgesteld (stuk 5). De diagnose wordt in dit verslag bevestigd, samen met de "nevendiaagnosen": arteriële hypertensie en chronische nierinsufficiëntie. Hierom werd verzoeker gediagnosticeerd met zowel een (sub)acuut ischemisch CVA Cerebellum rechts met een belangrijk valrisico, een chronisch microvasculair cerebraal lijden, arteriële hypertensie en een chronische nierinsufficiëntie. Een controleconsultatie werd voorzien op de polikliniek over een drietal maanden, waarbij reeds werd vastgesteld dat bij nieuwe klachten een urgente herevaluatie aangewezen is.

Verzoeker werd vervolgens op 23.06.2018 overgebracht naar de dienst revalidatie.

5. Verzoeker werd nadien opgevolgd door de dienst neurologie.

Hij staat tevens voor een revalidatie via kinesitherapie. Deze werd reeds gestart op 25 juni 2018, hetgeen hij (minstens) zal dienen door te zetten tot 25 juni 2019. De voorziene revalidatie bedraagt aldus één jaar. Dit wordt vermeld onder punt C van het standaard medisch getuigschrift.

Onder punt D van het standaard medisch getuigschrift werd een olijsting gegeven van de gevolgen en mogelijke complicaties indien de behandeling wordt stopgezet. Er zal sprake zijn van een achteruitgang van de functionele toestand van verzoeker, een groter valrisico met evenwichtsstoornissen ter hoogte van de onderste ledematen én zelfs het overlijden van verzoeker kan optreden. Dit laatste zal het geval zijn indien hij de voorziene behandeling niet doorzet.

De vooruitzichten voor verzoeker zijn slechts gedeeltelijk hoopvol. Mits een intensieve revalidatie (minstens gedurende de periode van één jaar), wordt voorzien dat verzoeker gedeeltelijk kan herstellen.

Verzoeker zal zich echter dienen aan te passen aan deze 'nieuwe' situatie. Dit betekent dat er ook aanpassingen dienen te gebeuren aan zijn thuissituatie. Dit wordt omschreven in punt E van het standaard medisch getuigschrift.

Afhankelijk van de evolutie van de toestand van verzoeker, zal er mantelzorg of specifieke noden moeten voorzien worden (zie punt F van het standaard medisch getuigschrift).

6. Verzoeker zette zijn revalidatie voort. Op 21 september 2018 werden er hierover bijkomende medische gegevens overgemaakt aan de verwerende partij (met name een nieuw ingevuld standaard medisch getuigschrift van 13 september 2018 en bijhorende verslagen – zie stuk 3).

De duur van de noodzakelijke behandeling werd thans voorzien voor onbepaalde duur. De mogelijkheid bestaat echter dat er sprake zal zijn van een blijvende invaliditeit.

C. HET OORDEEL VAN DE ARTS-ADVISEUR OVER DE ZIEKTE VAN VERZOEKER

7. De arts-adviseur dient te beoordelen of de betrokken vreemdeling 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.

Het is aan de arts-adviseur om dit te beoordelen, zoals verplichtend gesteld door artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet:

(...)

De formele motiveringsverplichting geeft vervolgens aan de betrokken vreemdeling de garantie dat deze beoordeling kenbaar moet worden gemaakt in de genomen beslissing.

8. Door de arts-adviseur worden de verschillende overgemaakte (medische) documenten opgesomd op pagina 1 en 2 van zijn advies. De arts-adviseur geeft hiermee een overzicht van de documenten dewelke hij heeft beoordeeld.

Uit de gegeven oplijsting door de art-adviseur op pagina 1 en 2 van zijn advies kan worden vastgesteld dat er geen rekening werd gehouden met de meest recente medische gegevens die werden overgemaakt door verzoeker op 21 september 2018 (stuk 3), terwijl de verwerende partij nochtans gehouden is om met alle voorliggende medische gegevens rekening te houden.

De bestreden beslissing dateert overigens van 21 september 2018, maar werd pas aan de verzoekende partij betekend op 13 december 2018.

Dit had de verwerende partij minstens ertoe kunnen brengen om een bijkomend advies te vragen aan de arts-adviseur over de bijgebrachte (medische) gegevens, temeer omdat het overgemaakte standaard medisch attest van 13 september 2018, overgemaakt aan verweerder op 21 september 2018 (stuk 3), onder de voorziene duur van de behandeling stelt: “revalidatie, voor onbepaalde duur” en onder specifieke noden: “mogelijk blijvende invaliditeit”.

De bestreden beslissing is hierom in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, samengelezen met het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting.

9. Artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet stelt dat de arts-adviseur dient te beoordelen of de betrokken vreemdeling 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.

Na zijn opname op de spoeddiensten op 15.06.2018 en de daaropvolgende hospitalisatie, stond en staat verzoeker voor een lange revalidatie (zie hoofding B: “DE AANVRAAG EN MEDISCHE SITUATIE VAN DE HEER O. E.”).

In het standaard medisch getuigschrift werd onder punt B, diagnose, een “gedaalde zelfredzaamheid” vermeld (zie stuk 2 bij de aanvraag van 2 augustus 2018). Onder punt C en E van het standaard medisch getuigschrift wordt vermeld dat er nood is aan een “intensieve revalidatie”. Een functioneel herstel is nog mogelijk, indien deze revalidatie wordt doorgemaakt. Aanpassingen aan zijn thuissituatie zijn noodzakelijk. Ook de mantelzorg (punt F) wordt afhankelijk gesteld van de evolutie van verzoeker.

De revalidatie werd reeds gestart op 25 juni 2018, hetgeen verzoeker (minstens) zal dienen door te zetten tot 25 juni 2019. De voorziene revalidatie bedraagt aldus één jaar. Dit wordt vermeld onder punt C van het standaard medisch getuigschrift (zie stuk 2 bij de aanvraag van 2 augustus 2018).

Naast het standaard medisch getuigschrift, voegde verzoeker onder meer een medisch verslag in verband met de revalidatieverstrekkingen. Hieruit blijkt dat verzoeker nood heeft aan zowel “kinesithérapie” als “ergotherapie”. De geplande inhoud van de revalidatie bestaat uit “bobath”, “mobilisatie” en “ergotherapie ivm zelfredzaamheid” (zie stuk 5, pagina 1, zoals gevoegd bij de aanvraag van 2 augustus 2018).

In het standaard medisch attest van 13 september 2018, overgemaakt aan verweerder op 21 september 2018 (stuk 3), wordt onder de voorziene duur van de behandeling gesteld: “revalidatie, voor onbepaalde duur” en onder specifieke noden: “mogelijk blijvende invaliditeit”.

Uit deze medische documenten blijkt zowel de ernst van de verminderde zelfredzaamheid van verzoeker als de ernst en duurtijd van de revalidatie die verzoeker ondergaat.

Het advies van de arts-adviseur stelt hierover: “Mr. O. heeft hulp nodig bij stappen en zijn lichamelijke verzorging” (pagina 2).

Het contrast met de voorgebrachte medische verslagen en gegevens is bijzonder groot. De arts-adviseur lijkt de verminderde zelfredzaamheid en de revalidatie van verzoeker (met een mogelijks blijvende invaliditeit) veel geringer in te schatten, zonder dat hiervoor een verantwoording wordt aangeboden.

Er wordt weerhouden dat verzoeker "hulp" zou nodig hebben en dit enkel "bij stappen" en bij "lichamelijke verzorging". Wat deze "hulp" moet inhouden wordt nergens kenbaar gemaakt, terwijl uit de voorgebrachte documenten blijkt dat er zowel nood is aan kinesitherapie als ergotherapie.

Bedoelt de arts-adviseur professionele hulp of familiale hulp? Dit is des te meer van belang, aangezien verzoeker de vader is van een gezin met drie jonge kinderen. Zijn jongste zoon (A.) werd pas geboren op (...) 2018.

De bestreden beslissing is hierom in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, samengelezen met het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting.

Minstens is de formele motiveringsverplichting geschonden, doordat de arts-adviseur niet begrijpelijk maakt waaruit de "hulp" zou bestaan en waarom dit enkel "bij stappen" en bij "lichamelijke verzorging" van tel zou zijn.

D. HET OORDEEL VAN DE ARTS-ADVISEUR OVER DE BESCHIKBAARHEID EN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE NOODZAKELIJKE ZORGEN IN NIGERIA

10. Na het (onduidelijke) oordeel van de arts-adviseur over de ziekte van de heer E. O., oordeelt hij vervolgens dat de opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zou zijn in Nigeria. Dit oordeel wordt betwist door verzoeker.

De ambtenaar-geneesheer is gehouden een individueel onderzoek te voeren naar zowel het bestaan van de zorgen in het land van herkomst (de beschikbaarheid) als de daadwerkelijke mogelijkheid voor de aanvrager om er in zijn individuele geval toegang toe te hebben (dit is de daadwerkelijke toegankelijkheid). Dit onderzoek van beide criteria dient geval per geval te gebeuren, rekening houdende met de individuele situatie van de aanvrager (RvV 19 november 2013, nr. 225.522).

11. In zijn aanvraag tot machtiging van verblijf op grond van artikel 9ter Vreemdelingenwet, heeft verzoeker gewezen op zijn persoonlijke situatie, in het bijzonder dat verzoeker geen binding meer heeft met het land waarvan hij de nationaliteit bezit (Nigeria) door zijn langdurig verblijf in België (met zijn gezin). Hij kan hierdoor geen beroep doen op een sociaal netwerk.

De heer E. O. vormt een gezin met zijn partner, mevrouw E. J. (geboren te Warri (Nigeria) op (...)1979, van Nigeriaanse nationaliteit) en hun drie kinderen: O. M., geboren op (...)2009 te Antwerpen (RR: xxx) en O. M., geboren op (...)2012 te Merksem, Antwerpen (RR: xxx) en hun recent geboren zoon: O. A., geboren op (...)2018 te Antwerpen.

De heer O. E. kwam naar België in 2004 en mevrouw J. E. in 2009. Zij zijn in België duurzaam verankerd. Hun kinderen zijn allen geboren in België, zowel in 2009, 2012 en 2018. Verzoekers zijn duurzaam verankerd in België en hebben hierdoor hun banden met Nigeria stelselmatig verloren.

De stukken in het administratief dossier bevestigen de langdurige tijd die verzoekers reeds in België verblijven.

Door de arts-adviseur wordt met deze opgeworpen elementen geen rekening gehouden.

Deze elementen worden nergens besproken in het gegeven advies.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van in verband met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorgen die verzoeker nodig heeft in Kameroen, hetgeen in casu dus niet het geval is.

De bestreden beslissing is hierom in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, samengelezen met het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting.

12. Door de arts-adviseur wordt erkend dat de medische problematiek waarmee de heer E. O. zichzelf geconfronteerd ziet, een reëel risico inhoudt voor zijn leven en fysieke integriteit (zie de conclusie op pagina 5 van het advies).

Door de arts-adviseur wordt verder erkend dat verzoeker maar liefst negen verschillende soorten medicatie dient te nemen (zie de lijst op pagina 2 van het advies) en dat verzoeker nood heeft aan "hulp" bij het "stappen" en zijn "lichamelijk verzorging" (zie pagina 2 van het advies). Daarnaast dient verzoeker te worden opgevolgd door "een internist-neuroloog/cardioloog/nerfroloog" en is er nood aan "kinesitherapie/fysiotherapie" (zie pagina 3 van het advies).

De medicatie en behandeling zijn noodzakelijk, gelet op de erkende aandoening van verzoeker. Het is vervolgens aan de arts-adviseur om de toegankelijkheid van zowel deze medicatie als behandeling in concreto na te gaan.

Het oordeel van de arts-adviseur over de "toegankelijkheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst" geeft daarentegen enkel een theoretische en algemene beschrijving weer van de organisatie van de gezondheidszorg in Nigeria.

Nergens wordt daarentegen in concreto nagegaan of de noodzakelijke medicatie en behandeling die verzoeker nodig heeft, zoals erkend door de arts-adviseur, ook werkelijk toegankelijk zijn voor verzoeker in Nigeria.

Dit is des te meer van belang omdat zowel de medicatie als behandeling die verzoeker nodig heeft erg divers en uitgebreid is. De arts-adviseur spreekt daarentegen enkel maar over “de gezondheidszorg”, zonder een concreet onderzoek te voeren.

De ambtenaar-geneesheer is daarentegen gehouden een individueel onderzoek te voeren naar zowel het bestaan van de zorgen in het land van herkomst (de beschikbaarheid) als de daadwerkelijke mogelijkheid voor de aanvrager om er in zijn individuele geval toegang toe te hebben (dit is de daadwerkelijke toegankelijkheid). Dit onderzoek van beide criteria dient geval per geval te gebeuren, rekening houdende met de individuele situatie van de aanvrager (RvV 19 november 2013, nr. 225.522).

De bestreden beslissing is hierom in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, samengelezen met het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting.

13. Door verzoeker dient, naast bovenvermelde kritiek, te worden vastgesteld dat de arts-adviseur een theoretische (en algemene) beschouwing maakt over de financiering van “de gezondheidszorg” in Nigeria.

Door de arts-adviseur wordt gewezen op de bestuurlijke decentralisatie (de centrale overheid, de deelstaten en de lokale besturen) en de opdeling tussen het publiek en privaat luik. De arts-adviseur verwijst naar de National Drug Policy in 1990 en het National Health Insurance Schema van 2005. Dit laatste wordt verder uitgelegd door de arts-adviseur op een algemene manier (met historische achtergrond) door onder meer te verwijzen naar de verschillende programma’s die er zijn (overigens op basis van informatie die wordt verstrekt door de overheid zelf: “volgens de website van de NHIS” – zie pagina 4 van het advies).

De arts-adviseur laat echter na om na te gaan wat de werkelijke (praktische) gevolgen zijn voor de bevolking in Nigeria van deze theorie.

Het verschil tussen de beschreven theorie (en doelstellingen) door de arts-adviseur en de situatie ter plekke, is hemels groot.

Verzoeker verwijst hiervoor naar de bijgevoegde bijdragen van Bolaji Aregbeshola van 11 april 2018, met als titel: *Health care in Nigeria: Challenges and recommendations* – gezondheidszorg in Nigeria: uitdagingen en aanbevelingen (<http://socialprotection.org/learn/blog/health-care-nigeria-challenges-and-recommendations> – stuk 4). Deze bijdrage is gebaseerd op verschillende referenties, zoals weergegeven op het einde van het artikel.

Dit artikel, gebaseerd op verschillende referenties, toont aan dat de algemene, theoretisch beschreven situatie door de arts-adviseur niet in overeenstemming is met de werkelijke situatie in Nigeria:

- “The NHIS was expected to provide social and financial risk protection by reducing the cost of health care and providing equitable access to basic health services. The most vulnerable populations in Nigeria include children, pregnant women, people living with disabilities, elderly, displaced, unemployed, retirees and the sick. Although these vulnerable groups sometime benefit from free health care services and exemption mechanisms, they largely have to pay for health care services. Free health care services and exemption mechanisms are often politically motivated, are poorly implemented, do not become fully operationalised, and sometimes only last a few years”.

Vrij vertaald: “Van de NHIS werd verwacht dat zij sociale en financiële risicobescherming biedt door de kosten van de gezondheidszorg te verminderen en een eerlijke toegang tot basisgezondheidsdiensten te bieden. De meest kwetsbare bevolkingsgroepen in Nigeria zijn kinderen, zwangere vrouwen, mensen met een handicap, ouderen, ontheemden, werklozen, gepensioneerden en zieken. Hoewel deze kwetsbare groepen soms profiteren van gratis gezondheidszorgdiensten en vrijstellingsmechanismen, moeten ze grotendeels betalen voor gezondheidszorg. Gratis gezondheidszorg en vrijstellingsmechanismen zijn vaak politiek gemotiveerd, worden slecht geïmplementeerd, worden niet volledig geoperationaliseerd en duren soms maar een paar jaar”.

- “Despite its launch in 2005, NHIS covers less than 10% of the Nigerian population [5] leaving the most vulnerable populations at the mercy of health care services that are not affordable. This means the most vulnerable populations in Nigeria are not provided with social and financial risk protection. Poor people constitutes about 70% of the Nigerian population. [26] They lack access to basic health services, which social and financial risk protection should provide, because they cannot afford it”.

Vrij vertaald: “Ondanks de lancering in 2005 dekt NHIS minder dan 10% van de Nigeriaanse bevolking [5], waardoor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen overgeleverd zijn aan gezondheidszorg die niet betaalbaar is. Dit betekent dat de meest kwetsbare bevolkingsgroepen in Nigeria niet worden beschermd tegen sociale en financiële risico's. Arme mensen vormen ongeveer 70% van de Nigeriaanse bevolking. [26] Ze hebben geen toegang tot elementaire gezondheidsdiensten, die sociale en financiële risicobescherming zouden moeten bieden, omdat ze het niet kunnen betalen”.

De arts-adviseur handelt hierom onzorgvuldig, minstens doordat de arts-adviseur geen rekening heeft gehouden of onderzoek heeft verricht naar de werkelijke situatie van de gezondheidszorg in Nigeria, in het bijzonder met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen die verzoeker heeft (dewelke erg divers en uitgebreid zijn; zie hierboven).

De bestreden beslissing is hierom in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, samengelezen met het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting.”

2.2 De motieven van de bestreden beslissing kunnen op eenvoudige wijze in die beslissing gelezen worden zodat verzoekers er kennis van hebben kunnen nemen en hebben kunnen nagaan of het zin heeft de bestreden beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover zij in rechte beschikken.

In de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag ervan, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, en naar het advies van de arts-adviseur die de medische elementen die voor eerste verzoeker werden aangevoerd, heeft onderzocht en daarop concludeerde dat er medisch gezien geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar het herkomstland omdat de medische behandeling en opvolging die verzoeker nodig heeft beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria. Derhalve, zo besluit verweerder in de bestreden beslissing, kan uit het voorgelegde medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit en evenmin 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. Uit deze motieven blijkt dat verweerder zich bij het nemen van de bestreden beslissing volledig gesteund heeft op het advies van de arts-adviseur, dat moet worden beschouwd als integraal deel uitmakend van de bestreden beslissing.

Een motivering door verwijzing naar het uitgebrachte advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Vooreerst moet de inhoud van de stukken waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende gemotiveerd zijn en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgevalen door de verwerende partij (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734, NV BAECK en JANSEN).

Verzoekers betwisten niet dat zij in het bezit werden gesteld van het advies en tonen verder niet aan dat en om welke redenen de bestreden beslissing, samen gelezen met het advies, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht.

Er is dan ook voldaan aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht, zoals voorgeschreven in de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.358; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.357; RvS 21 september 2005, nr. 149.149; RvS 21 september 2005, nr. 149.148). Verzoekers maken niet duidelijk op welk punt deze formele motivering hen niet in staat zou stellen te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissing is genomen derwijze dat niet voldaan zou zijn aan het hiervoor uiteengezette doel van de formele motiveringsplicht.

Waar de verzoekers inhoudelijke argumenten ontwikkelen tegen de bestreden beslissing, voeren zij in wezen de schending aan van de materiële motiveringsplicht, zodat dit onderdeel van het middel vanuit dit oogpunt wordt onderzocht. Bij de beoordeling van de materiële motivering behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van deze van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is kunnen komen.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding.

De aangevoerde schending van de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht wordt onderzocht in het licht van de aangevoerde schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door *“(d)e 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.”*

Het medisch advies van de arts-adviseur van 13 september 2018 in hoofde van verzoeker vermeldt het volgende:

"NAAM: O., E. (R.R.: ...)

Mannelijk

nationaliteit: Nigeria

geboren te Uhukure-Osi op (...)1985

adres: (...) 2060 ANTWERPEN

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. O. E. in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 02.08.2018.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

SMG d.d. 09/07/2018 van Dr. P. H. (fysische geneeskunde en revalidatie arts): groot ischemisch letsel in cerebellum t.g.v. trombus PICA op 15/06/2018 met belangrijke evenwichtsstoornissen met valneiging naar rechts en gedaalde zelfredzaamheid; in de voorgeschiedenis: maligne hypertensie, linker ventrikelhypertrofie, chronische nierinsufficiëntie, maagulcus, hypercholesterolemie en hepatitis B

Medicatieschema d.d. 02/07/2018: Clopidogrel, Lipitor, Atenolol, Sevikaar, Moxonidine, Spironolactone, Hytrin, Clexane en Norgalax - Dafalgan zo nodig bij pijn

-Hospitalisatieverslag d.d. 18/06/2018 van Dr. J. G. (internist in opleiding) onder supervisie van Dr. P. R. (intensivist) van de opname op intensieve zorgen van 15/06-18/06/2018: nieuw ischemisch CVA t.h.v. cerebellum rechts, hypertensieve crisis, therapieresistente hypertensie en CNI stadium lila en transfert naar de afdeling neurologie

- Hospitalisatieverslag d.d. 18/06/2018 van Dr. T. V.d.B. (internist in opleiding) onder supervisie van Dr. K. S. (neuroloog) van de opname van 18/06-23/06/2018: klinisch een acute valneiging (ataxie) naar rechts met NIHSS 1 (National Institutes of Health Stroke Scale1) = milde beroerte met oververloop van de opname een beperkte recuperatie en modified Rankin score (mRs) = 42= matig zware handicap met hulp nodig om te lopen en voor de lichamelijke verzorging en transfer naar revalidatie op 23/06/2018 voor kine en ergo

Tussentijds hospitalisatieverslag d.d. 25/06/2018 van Dr. P. H. van de opname sinds 23/06/2018: (sub)acuut ischemisch CVA (cerebrovasculair accident) rechts t.g.v. occlusie van de PICA rechts met belangrijk valrisico, chronisch microvasculair cerebraal lijden, arteriële hypertensie en chronische nierinsufficiëntie

Medisch verslag "Revalidatieovereenkomst" d.d. ?? van Dr. P. H.: (sub)acuut ischemisch CVA cerebellum rechts (14/06/2018) met coördinatiestoornissen, gestoorde fijne motoriek, gestoord evenwicht en gangstoornissen en verminderde zelfredzaamheid met nood aan kine- en ergotherapie in groep A2 op ambulante basis van 25/06/2018 tot 25/06/2019 a rato van 5 zittingen/week

Verslag MRI hersenen met MRA d.d. 05/07/2018 in vergelijking met de beelden d.d. 18/06/2018 van Dr.D.D.S. (radioloog): onveranderd aspect met meerdere oude focale infarcten in de hersenstam, de basale ganglia en de thalami alsook in de periventriculaire witte stof. Normale evolutie van het recente PICA infarct rechts. Meerdere sequelen van de distale bloedingen intracranieel, gekend

Verslag MRI hersenen en MRA d.d. 18/06/2018 van Dr. D. H. (radioloog): groot acuutsubacuut ischemisch letsel in het cerebellum naar rechts met trombus in de PICA. Uitgesproken chronisch microvasculair lijden, zowel supra als infratentorieel

Uit het ter staving van de aanvraag voorgelegde medische dossier weerhoud ik dat het gaat om een 33-jarige man die in juni 2018 een beroerte (herseninfect) heeft doorgemaakt ter hoogte van de rechter kleine hersenen (cerebellum), waardoor hij vooral last heeft van evenwichtsstoornissen (valneiging naar rechts) en gangstoornissen. Mr. O. is reeds bekend met therapieresistente arteriële hypertensie (hoge bloeddruk) die de hersenen, het hart en de nieren reeds aangetast heeft: chronisch microvasculair cerebraal lijden, linker ventrikelhypertrofie en chronische nierinsufficiëntie stadium lila. Vermits er reeds meer dan 3 weken verstreken zijn na het CVA is er geen reisverbod meer om medische redenen3. Mr. O. heeft hulp nodig bij stappen en zijn lichamelijke verzorging. Als actuele medicatie weerhoud ik:

Clopidogrel (Clopidogrel), een anti-aggregans (bloedverdunner)
Atorvastatine (Lipitor), een hypolipemiërend middel (cholesterolverlager)
Atenolol (Atenolol), een bèta-blokker die de bloeddruk verlaagt en het hartritme vertraagt
Olmesartan+amlodipine (Sevikar), een sartaan+calciumantagonist om de bloeddruk te verlagen
Moxonidine (Moxonidine), een centraal werkend antihypertensivum om de bloeddruk te verlagen
Spironolacton (Spironolactone), een kaliumsparend diureticum (vocht afdrijvend middel)
Terazosine (Hytrin), een alfa1-blokker die de bloeddruk verlaagt
Enoxaparine (Clexane), een heparine (antistollingsmiddel)
Paracetamol (Dafalgan), een ontstekingsremmer/pijnstiller
Norgalax is een laxeermiddel om rectaal in te brengen bij o.a. bedlegerige patiënten, maar vermits Mr. O. verder ambulant revalideert (zie "Revalidatieovereenkomst"), is hij niet meer bedlegerig en is dit geen noodzakelijke medicatie meer.

Beschikbaarheid van de zorgen en van de opvolging in het land van herkomst:

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

1. Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is:

- Aanvraag Medcoi van 14/09/2017 met het unieke referentienummer BMA 10059
 - Aanvraag Medcoi van 19/04/2018 met het unieke referentienummer BMA 11031
 - Aanvraag Medcoi van 13/06/2018 met het unieke referentienummer BMA 11203
- 2. Overzicht met beschikbare medicatie voor Mr. O. in Nigeria volgens recente MedCOIdossiers.*

3. Beschikbaarheid van methyl dopa in Nigeria

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internistneuroloog/ cardioloog/nefroloog en dat kinesitherapie/fysiotherapie op ambulante basis of aan huis beschikbaar zijn in Nigeria. Enoxaparine, clopidogrel, atenolol, atorvastatine, terazosine, spironolacton en paracetamol zijn beschikbaar. Het combinatiepreparaat olmesartan+amlodipine is momenteel niet beschikbaar. Amlodipine apart is beschikbaar, naast zijn analogen: felodipine, nicardipine en nifedipine; en olmesartan kan vervangen worden door één van zijn in Nigeria beschikbare analogen: candesartan, irbesartan, losartan, telmisartan of valsartan. De beschikbaarheid van monoxidine werd via MedCOI niet meer nagevraagd, vermits het analoog, methyl dopa, in Nigeria beschikbaar is.

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

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

De gezondheidszorg in Nigeria is georganiseerd op primair, secundair en tertiair niveau. Het systeem van de gezondheidszorg is heel gefragmenteerd, met maar een klein deel ervan dat georganiseerd wordt vanuit de centrale overheid. De hoofdrolspelers binnen de gezondheidszorg in Nigeria zijn de centrale overheid, de deelstaten en de lokale besturen. De beleidsontwikkeling en het reguleren ervan zijn naast het voorzien van het tertiaire niveau opdrachten voor de centrale overheid. Het secundaire niveau wordt geregeld op niveau van de deelstaten terwijl de lokale besturen verantwoordelijk zijn voor de primaire zorgen.⁹ Het gezondheidssysteem is opgedeeld in een publiek en privaat luik. In de private sector zijn de voorzieningen beter gestructureerd maar is er ook een grotere kost aan verbonden. In een poging om de infrastructuur van de gezondheidszorg te verbeteren, opteren de federale overheid en de deelstaten voor een partnerschap tussen de overheid en de private sector.¹⁰ In 1990 werd de National Drug Policy gelanceerd. Sinds dit beleid werd geïmplementeerd, werd er een bescheiden

progressie geboekt op farmaceutisch gebied met onder meer een publicatie van een lijst met essentiële geneesmiddelen en de controle over de procedures rond het verstrekken van medicijnen.¹¹

Op het gebied van sociale zekerheid werd in 2005 de National Health Insurance Schema (NHIS) gelanceerd. Dit systeem bestaat er voor zowel de publieke als privé sector, als ook voor meer kwetsbare bevolkingsgroepen. Het huidige systeem heeft voor wat betreft de formele sector drie programma's, namelijk het Formal Sector Health Insurance Programme (FSSHIP), de Voluntary Contributors Social Health Insurance Programmes (VCSHIP) en het National Mobil Health Insurance Programme.¹² De FSSHIP wordt gefinancierd door contributies bijgedragen door werknemers en werkgevers en dekt de publieke sector, de georganiseerde private sector van meer dan 10 werknemers, het leger, politie,....Een heel pakket van gezondheidszorgen wordt op die manier terugbetaald voor degene die de bijdrage betaalt, zijn/haar echtgeno(o)t(e) en 4 kinderen onder de 18 jaar.¹³ De VCSHIP is een vrijwillige verzekering betaald door individuen of hun werkgevers (op voorwaarde dat ze niet meer dan 10 mensen tewerkstellen). Dit systeem werd opgericht voor hen die niet gedekt worden door andere programma's van de NHIS en dekt alleen het aangesloten lid die zijn bijdrage betaalt.¹⁴ De National Mobile Health Insurance Programme staat open voor Nigeriaanse burgers ouder dan 18 jaar die over een geregistreerde mobiele telefoonlijn beschikken.

Wat de informele sector betreft zijn er volgens de website van de NHIS 3 programma's: het Tertiary Institutions Social Health Insurance Programme (TISHIP), de Community Based Social Health Insurance Programmes (CBSHIP) en de Public Private Partnership Social Health Insurance Programmes. Het TISHIP is er voornamelijk voor studenten en dus niet van toepassing voor betrokkene. De CBSHIP is een non-profit programma voor individuele personen en huishoudens dat open staat voor iedereen die tot de deelnemende gemeenschappen of beroepsmatige groepen behoort. Lidmaatschap zorgt voor een vast bedrag dat maandelijks wordt uitbetaald. Het pakket zorgen omvat zowel preventieve als curatieve componenten van de gezondheidszorg.¹⁵ Het partnerschap tussen private en publieke sector is iets wat de komende jaren nog verder uitgebouwd dient te worden.

Tot slot voorziet de NHIS ook een programma voor de meer kwetsbare groepen binnen de samenleving, personen die in principe niet kunnen deelnemen aan economische activiteiten. Zo zijn er onder meer programma's voorzien voor mensen met een fysieke beperking, kinderen jonger dan 5 jaar, vluchtelingen en slachtoffers van mensenhandel, zwangere vrouwen en weeskinderen, en oudere mensen. Deze groepen hoeven geen bijdragen te betalen, hun lidmaatschap wordt bekostigd door de verschillende overheden en andere partners.¹⁶ Deze beslissing geldt ook voor de echtgenote van betrokkene die desgevallend de nodige mantelzorg kan verzorgen.

Niets verhindert betrokkenen derhalve om terug te keren. Het staat betrokkenen overigens vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te krijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomens-generende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat de arteriële hypertensie met chronisch microvasculair cerebraal lijden, linker ventrikelhypertrofie en chronische nierinsufficiëntie stadium lila en het doormaken van een herseninfarct met als gevolg evenwichtsstoornissen, hoewel dit beschouwd kan worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mr. O. indien dit niet adequaat opgevolgd en behandeld wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria. Derhalve is er vanuit medisch standpunt geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf, met name Nigeria."

Verzoeker verwijst naar nieuwe medische stukken die hij heeft ingediend op 21 september 2018. Verzoeker stelt vast dat verweerder geen rekening heeft gehouden met dit nieuw standaard medisch getuigschrift van 13 september 2018.

De regelmatigheid van een bestuursbeslissing dient te worden beoordeeld in functie van de gegevens waarover het bestuur ten tijde van het nemen van de beslissing kon beschikken om deze beslissing te nemen. De bestreden beslissing is genomen 21 september 2018. De verwerende partij, meer bepaald

de arts-adviseur die zijn advies reeds gaf op 13 september 2018 kon bijgevolg geen kennis hebben van de nieuwe medische stukken die op 21 september 2018 zijn ingediend. In de mate het standaard medisch getuigschrift nieuwe medische gegevens bevat, staat het verzoeker vrij om een nieuwe verblijfsmachtiging met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet in te dienen. Verzoeker betwist verder niet dat de arts-adviseur in zijn advies van 13 september 2018 rekening heeft gehouden met alle medische stukken, die verzoeker tot dan had overgemaakt, en heeft betrokken in zijn beoordeling.

Verzoeker betoogt dat er een groot contrast is tussen de voorgebrachte medische verslagen en de beoordeling van de medische aandoening door de arts-adviseur, meer bepaald met betrekking de verminderde zelfredzaamheid en de revalidatie. Verzoeker meent dat de arts-adviseur deze aandoeningen geringschat.

De arts-adviseur stelt het volgende vast: *“Uit het ter staving van de aanvraag voorgelegde medische dossier weerhoud ik dat het gaat om een 33-jarige man die in juni 2018 een beroerte (herseninfarct) heeft doorgemaakt ter hoogte van de rechter kleine hersenen (cerebellum), waardoor hij vooral last heeft van evenwichtsstoornissen (valneiging naar rechts) en gangstoornissen. Mr. O. is reeds bekend met therapieresistente arteriële hypertensie (hoge bloeddruk) die de hersenen, het hart en de nieren reeds aangetast heeft: chronisch microvasculair cerebraal lijden, linker ventrikelhypertrofie en chronische nierinsufficiëntie stadium lila. Vermits er reeds meer dan 3 weken verstreken zijn na het CVA is er geen reisverbod meer om medische redenen³. Mr. O. heeft hulp nodig bij stappen en zijn lichamelijke verzorging.”* En *“Norgalax is een laxeermiddel om rectaal in te brengen bij o.a. bedlegerige patiënten, maar vermits Mr. O. verder ambulant revalideert (zie “Revalidatieovereenkomst”), is hij niet meer bedlegerig en is dit geen noodzakelijke medicatie meer.”* De arts-adviseur maakt aldus uitdrukkelijk melding dat verzoeker hulp nodig heeft bij het stappen en bij de lichamelijke verzorging en dat hij ambulant revalideert. Bovendien blijkt uit het medisch advies dat de arts-adviseur de aandoeningen weerhoudt als een problematiek die moet worden behandeld/opgevolgd en hij heeft daartoe het nodige beschikbaarheids- en toegankelijkheidsonderzoek gevoerd. Verzoeker kan aldus niet worden gevolgd waar hij betoogt dat de arts-adviseur zijn aandoeningen geringschat, laat staan dat er sprake zou zijn van een *“groot contrast”*.

Waar verzoeker wijst op zijn nood aan kinesitherapie en ergotherapie gaat verzoeker eraan voorbij dat de arts-adviseur uitdrukkelijk heeft vastgesteld dat opvolging en behandeling door een kinesitherapeut/fysiotherapeut op ambulante basis of aan huis beschikbaar zijn in Nigeria.

Verzoeker betoogt verder dat hij de verwerende partij heeft gewezen op het feit dat hij geen binding meer heeft met zijn land van herkomst en hierdoor ook geen beroep kan doen op een sociaal netwerk. Hij en zijn gezin zijn duurzaam verankerd in België. De arts-adviseur heeft geen rekening gehouden met deze elementen.

De Raad merkt op dat de duurzame verankering in België geen medisch element betreft waarmee rekening zou kunnen worden gehouden bij de beoordeling van een aanvraag tot verblijfsmachtiging met toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Waar verzoeker meent dat hij op grond van zijn langdurig verblijf in het Rijk en/of de integratie een verblijfsmachtiging moet bekomen dient verzoeker gebruik te maken van de geëigende procedure zoals voorzien in de vreemdelingenwet.

Aangaande de toegankelijkheid van de medische behandelingen en zorgen wijst de arts-adviseur op de National Health Insurance Schema (NHIS) en andere verzekeringen waarbij verzoeker en zijn gezin zich kunnen registreren. Ook de informele sector bevat sociale zekerheidsprogramma's waar verzoeker zich kan aansluiten om in aanmerking te komen voor preventieve en curatieve componenten van de gezondheidszorg. De arts-adviseur wijst bovendien op een programma die de NHIS voorziet voor mensen met een fysieke beperking. *“Deze groepen hoeven geen bijdragen te betalen, hun lidmaatschap wordt bekostigd door de verschillende overheden en andere partners.¹⁶ Deze beslissing geldt ook voor de echtgenote van betrokkene die desgevallend de nodige mantelzorg kan verzorgen.”* Ten slotte merkt de arts-adviseur op dat verzoeker beroep kan doen op de IOM om zo de nodige steun te krijgen voor een terugreis. De IOM beschikt tevens over een re-integratiefonds.

Verzoekers kunnen bezwaarlijk beweren dat de arts-adviseur de toegankelijkheid van de noodzakelijke medicatie en behandeling niet is nagegaan.

Verzoekers betogen dat de arts-adviseur zijn onderzoek heeft beperkt tot algemene theoretische beschouwingen over de gezondheidszorg in Nigeria maar nagelaten heeft om na te gaan wat de werkelijke (praktische) gevolgen zijn voor de bevolking in Nigeria. Verzoekers verwijzen naar een rapport van 11 april 2018 waaruit blijkt dat de *“meest kwetsbare bevolkingsgroepen in Nigeria (kinderen, zwangere vrouwen, mensen met een handicap, ouderen, ontheemden, werklozen, gepensioneerden en zieken) hoewel deze kwetsbare groepen soms profiteren van gratis gezondheidszorgdiensten en vrijstellingsmechanismen, moeten ze grotendeels betalen voor gezondheidszorg.”* Het rapport concludeert dat de meest kwetsbare bevolkingsgroepen overgeleverd zijn aan gezondheidszorg die niet betaalbaar is.

Vooreerst merkt de Raad op dat verzoekers niet aannemelijk maken te behoren tot de ‘meest kwetsbare bevolkingsgroep’, gelet op het feit dat verzoeker kan rekenen op de ondersteuning van zijn echtgenote. Het citeren uit één rapport waarbij overigens een kanttekening kan worden geplaatst of dit rapport op de specifieke situatie van verzoeker kan worden betrokken, volstaat niet om afbreuk te doen aan het grondig onderzoek van de arts-adviseur dat gestoeld is op een gezaghebbende bron. Verzoekers gaan er ook aan voorbij dat zij beroep kunnen doen op de IOM dat re-integratiebijstand kan bieden.

Uit het betoog dat verzoekers dienaangaande in het verzoekschrift ontwikkelen, blijkt geen enkel concreet argument - doch slechts een subjectieve veronderstelling van verzoekers - waaruit kan blijken dat de algemene situatie in Nigeria ertoe leidt dat verzoeker aldaar verstoken zal blijven van de door hem benodigde medische zorgen en medicatie. De Raad benadrukt hierbij dat de arts-adviseur zich gebaseerd heeft op objectief bronnenmateriaal – waarvan kopie zich in het administratief dossier bevindt - en waaruit blijkt dat de zorgen en medicatie die verzoeker behoeft wel degelijk beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria. Louter verwijzen naar een algemene toestand die eerder betrekking heeft op ‘de meest kwetsbare bevolkingsgroep’ is geenszins afdoende om het oordeel van de arts-adviseur te doen wankelen. Het gegeven dat de arts-adviseur niet specifiek verwijst naar het door verzoekers aangehaalde gebrek aan netwerk in Nigeria doet voorts geen afbreuk aan het gegeven dat hij zich wel degelijk gekwetend heeft van zijn taak in het kader van artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet, met name vaststellen of verzoeker behandeling behoeft en zo ja, nagaan of deze beschikbaar en toegankelijk is in het herkomstland. Verzoekers hebben deze vaststellingen niet weten te weerleggen.

De schending van de materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt niet aangetoond. Nu geen kennelijke wanverhouding werd aangetoond tussen de determinerende overwegingen die de bestreden beslissing onderbouwen en het dispositief van deze beslissing kunnen verzoekers ook niet worden gevolgd waar zij stellen dat het redelijkheidsbeginsel werd geschonden (RvS 20 september 1999, nr. 82.301).

In zoverre verzoekers nog de schending lijken op te werpen van artikel 3 van het EVRM, wijst de Raad er daarbij op dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./ Verenigd Koninkrijk). Het begrip *“uitzonderlijke gevallen”* werd nader omschreven in de zaak Paposhvili / België (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde: *“183. The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.”* (Het Hof oordeelt dat onder “andere zeer uitzonderlijke gevallen” zoals bedoeld in de zaak N v. Verenigd Koninkrijk die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 van het EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen.)

In casu tonen verzoekers dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat verzoeker in het herkomstland over de nodige medische zorgen kan beschikken en er toegang toe heeft. Een schending van artikel 3 van het EVRM kan niet aangenomen worden.

Het enig middel is in al zijn onderdelen ongegrond.

3. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen. 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:

Enig artikel

De vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring worden verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijftieng april tweeduizend negentien door:

mevr. N. MOONEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. M. DENYS,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

M. DENYS

N. MOONEN