

## Arrest

nr. 221 090 van 14 mei 2019  
in de zaak RvV X / II

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat M.-P. DE BUISSERET  
Sint-Quentinstraat 3  
1000 BRUSSEL**

tegen:

**de Belgische staat, vertegenwoordigd door de minister van Sociale Zaken en  
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie.**

### **DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,**

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Kameroense nationaliteit te zijn, op 21 februari 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 18 december 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9<sup>ter</sup> van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard.

Gezien titel 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 27 maart 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 16 april 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. BEELEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. QUESTIAUX, die *loco* advocaat M.-P. DE BUISSERET verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat C. VANBEYLEN, die *loco* advocaten C. DECORDIER & T. BRICOUT verschijnt voor de verwerende partij.

### **WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:**

#### 1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 16 januari 2018 dient de verzoekster een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9<sup>ter</sup> van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 7 februari 2018 beslist de gemachtigde van de toenmalig bevoegde staatssecretaris dat de voormelde medische verblijfsaanvraag onontvankelijk is en op diezelfde dag beslist de gemachtigde tevens tot de afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

De beslissing, die de aanvraag onontvankelijk verklaarde, wordt vernietigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) op 13 september 2018 met arrest nr. 209 278. Het beroep tegen het bevel om het grondgebied te verlaten wordt verworpen in dit arrest.

Op 18 december 2018 neemt de gemachtigde van de bevoegde minister (hierna: de gemachtigde) een nieuwe beslissing die de aanvraag ongegrond verklaart. Dit is de bestreden beslissing, met volgende motieven:

“(…)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 16.01.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*M., F. (R.R.: ...)*

*nationaliteit: Kameroen*

*geboren te S. M. op 26.08.1973*

*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 werden medische elementen aangehaald door M. F. die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 14.12.2018)*

*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.*

*(...)”*

Samen met de kennisgeving van deze beslissing wordt het medisch advies van de arts-adviseur ter kennis gegeven. Dit advies heeft de volgende motieven:

“(…)

*NAAM: M. F.*

*Vrouwelijk*

*nationaliteit: Kameroen*

*geboren te S. M. op 26.08.1973*

*Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mevr. M. F. in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 16.01.2018.*

*Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:*

- SMG d.d. 07/11/2017 van Dr. D. (psychiater in opleiding): posttraumatisch stress syndroom met psychotische karakteristieken (schizofrenie) - medicatie: Abilify, Risperdal, Dominal, Etumine, Olmesartan, Co-Amiloride, Symbicort, Bisolvon, Nebivolol, Lercanidipine, Diclofenac, Paracetamol; voedingssupplement: D-Cure; psychiatrische ambulante opvolging 1x/week
- Medisch verslag d.d. 23/03/2017 van Dr. D. D. F. (psychiater in opleiding): opgevolgd en behandeld van oktober 2015 tot oktober 2016 door Dr. Infante, diagnose van posttraumatisch stress syndroom met psychotische component - medicatie: Risperdal en Dominal'

En van de medische stukken aangeleverd na vraag om actualisatie van het medische dossier per aangetekend schrijven d.d. 01/10/2018:

- SMG d.d. 08/10/2018 van Dr. M. P. (geen specialisatie, enkel houder van het artsdiploma): een bijna woordelijke kopie van het SMG dd. 07/11/2017, PTSD (posttraumatisch stress syndroom) en schizofrenie-medicatie: Abilify, Etumine, Olmesartan, Diclofenac, Co-Amiloride, Symbicort, Nebivolol en Lercanidipine; vitamine D (D-Cure), psychiatrische en sociale opvolging 1x/week,
- Ongedateerd psychiatrisch verslag van Dr. O. D. (psychiater in opleiding): woord voor woord een kopie van het verslag van meer dan een jaar geleden (d.d. 23/03/2017) met hier en daar een toevoeging of weglating en een uitgebreidere medicatielijst: posttraumatisch stress syndroom met psychotische karakteristieken - medicatie: Abilify, Etumine, Olmesartan, Co-Amiloride, Symbicort, Bisolvon, Nebivolol, Lercanidipine, Diclofenac en Paracetamol; vitamine D (D-Cure)
- Verslagen van verscheidene raadplegingen (9 pagina's) van 16/01/2018 tem 16/10/2018: cardiologie: 16/10/2018 - klacht van hartkloppingen niet geobjectiveerd, 31/07/2018 — arteriële hypertensie, medicatie (Olmesartan, Co-Amiloride en Lercanidipine niet ingenomen - voorschrift voor moxonidine, 21/03/2018
  - zou geen medicatie meer hebben ondanks voorschriften, arteriële hypertensie (170/90mmHg bilateraal), 21/02/2018 - nebivolol niet genomen met vraag naar therapie-ontrouw!, 30/01/2018 - geen therapietrouw, 16/01/2018 - arteriële hypertensie niet onder controle; pneumologie: 01/09/2018 - astma behandeld met Relvar, Singulair en Medrol, 28/05/2018 - klinische en functionele verbetering van astma behandeld met Relvar, Singulair en Medrol, 21/04/2018 - astma ok
- Overzicht van de apotheekaankopen van 31/07/2017 tem 24/09/2018

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 45-jarige vrouw die sinds oktober 2015 ambulant psychiatrische opgevolgd en behandeld zou worden voor een posttraumatisch stress syndroom (PTSS/PTSD) met psychotische component (schizofrenie).

Een regelmatige psychiatrische opvolging en bijsturen vari de behandeling wordt in voorliggend medisch dossier niet geobjectiveerd, enkel geattesteerd.

De attesterende psychiaters in opleiding kopiëren de attesten van elkaar, zodat geen evolutie (verbetering/verslechtering) van de pathologie kan vastgesteld worden, noch het nut/effect van de (uitgebreide) medicamenteuze behandeling en psychiatrische opvolging, die minstens gedurende 3 jaar zou volgehouden geweest zijn.

Zij attesteren dat Mevr. M. heel achterdochtig is naar hulpverleners toe en dat zij enkel in Le Méridien opgevolgd kan worden, omdat er daar een vertrouwensrelatie zou opgebouwd geweest zijn met de sociaal assistente. Uit de voorgelegde verslagen blijkt echter niet dat betrokkene steeds bij dezelfde psychiater terecht kon (attesten van 3 verschillende psychiaters in opleiding en verwijzing naar opvolging gedurende 1 jaar (10/2015-10/2016) bij een andere psychiater).

Bij Mevr. M. werd ook hoge bloeddruk (arteriële hypertensie) vastgesteld en astma.

De behandelende cardioloog stelt zich regelmatig vragen bij de therapietrouw van Mevr. M.

Uit het voorgelegde medische dossier blijkt geen medische contra-indicatie om te reizen.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Paracetamol (Paracetamol), een pijnstillend en koortswerend middel
- Een maagzuursecretieremmer: het meest recent aangekochte middel is ranitidine (Ranitidine, 31/07/2018); daarvoor werden de therapeutische equivalenten pantoprazol (Pantomed) en omeprazol (Omeprazole) aangekocht
- Aripiprazole (Abilify) of zijn analoog risperidon (Risperdal), een antipsychoticum
- Clotiapine (Etumine), een antipsychoticum
- Olmesartan (Olmesartan), een bloeddruk verlagend middel

- Amiloride+hydrochlorothiazide (Co-Amiloride), een combinatie van vocht afdrijvende middelen om de bloeddruk te verlagen .
- Lercanidipine (Lercanidipine) of nifedipine (Nifedipine), een calciumantagonist die de bloeddruk verlaagt
- Moxonidine (Moxonidine), een bloeddruk verlagend middel
- Fluticason+vilanterol (Relvar) of budesonide+formoterol (Symbicort),, een langwerkend bèta2-mimeticum+inhalatiecorticosteroïd ter behandeling van astma
- Methylprednisolon (Medrol), een corticosteroïde om ontstekingsreacties of allergische reacties te onderdrukken
- Montelukast (Montelukast, Singulair), een leukotriëenreceptorantagonist voor de behandeling van astma

Medicatie die niet weerhouden wordt:

- Mometason (Mometasone), een neusspray met corticosteroïden ter behandeling van een neus- of sinusontsteking (rhinitis of sinusitis) op allergische basis, werd niet meer aangekocht sinds 26/02/2018, zodat ik mag aannemen dat dit geen noodzakelijke medicatie meer is.
- Dextromethorfan (Dextromethorphan) is een hoeststillend middel en geen chronische of actuele medicatie
- Ibuprofen (Ibuprofen) en diclofenac (Diclofenac) zijn niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen (NSAID's) die sinds 14/05/2018 niet meer aangekocht werden, zodat ik mag aannemen dat deze geen noodzakelijke medicatie zijn.
- Nebivolol (Nebivolol), een bèta-blokker ter verlaging van de bloeddruk werd sinds 16/02/2018 niet meer aangekocht, zodat ik mag aannemen dat dit geen noodzakelijke medicatie meer is.
- Salbutamol (Ventolin), een kortwerkend bèta2-mimeticum voor de behandeling van een astma werd sinds 26/02/2018 niet meer aangekocht, zodat ik mag aannemen dat dit geen noodzakelijke medicatie meer is.
- Terbinafine (Terbinafine) is een antischimmel middel tegen huidschimmel en miconazol nitraat (Daktozin) en mometason furoaat (Elocom Lipofiele) crème is een antischimmel en corticosteroïde huidcrème die niet langdurig gebruikt mogen worden.
- Magnevit Forte is een voedingssupplement dat magnesium en vitamines B en D bevat en vitamine D drinkbare ampoules (D-Cure) zijn geen medicamenteuze behandeling
- Loperamide (Loperamide) is een middel tegen diarree en dus geen chronisch noodzakelijke medicatie
- Prothipendyl (Dominal Forte) is een antipsychoticum dat slechts eenmalig aangekocht werd op 25/06/2018.
- Mucopolysaccharide polysulfaat crème (Hirudoid), is een huidcrème tegen blauwe plekken
- Broomhexine (Bisolvon) is een slijmoplossende hoestsiroop éénmalig aangekocht op 11/09/2017.

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 09/03/2016 met het unieke referentienummer BMA 7843

Aanvraag Medcoi van 03/03/2016 met het unieke referentienummer BMA 7595

Aanvraag Medcoi van 07/12/2018 met het unieke referentienummer BMA 11854

Aanvraag Medcoi van 18/04/2018 met het unieke referentienummer BMA 10989

Aanvraag Medcoi van 11/06/2018 met het unieke referentienummer BMA 11191

2. Overzicht van de beschikbare medicatie voor Mevr. M. in Kameroen volgens recente MedCOI-dossiers

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling door een psychiater, internist-cardioloog en pneumoloog beschikbaar is in Kameroen.

Thuisbegeleiding door een psychiatrisch verpleegkundige en opvolging bij een psycholoog is beschikbaar, evenals gedwongen opname bij een psychotische decompensatie en beschermd wonen voor chronisch psychotische patiënten.

Paracetamol, ranitidine en zijn analoog cimetidine en zijn therapeutische equivalenten pantoprazol en omeprazol, clotiapine, risperidon en olanzapine (analogen van aripiprazol dat niet beschikbaar is in Kameroen), amiloride+hydrochloorthiazide, lercanidipine, moxonidine, methylprednisolon en montelukast zijn beschikbaar.

Olmesartan is niet beschikbaar in Kameroen. Het kan echter vervangen worden door één van zijn analogen die wel beschikbaar zijn: candesartan, irbesartan, losartan, telmisartan of valsartan.

Fluticason+vilanterol of budesonide+formoterol zijn niet beschikbaar in Kameroen. Deze combinatiepreparaten kunnen vervangen worden door hun analogen die wel beschikbaar zijn: fluticason+formoterol of salmeterol+fluticason.

Uit bovenstaande informatie kan ik dus besluiten dat de noodzakelijke specialistische opvolging, en medicamenteuze behandeling voor betrokkene beschikbaar is in Kameroen.

*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 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 haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Kameroen is zeer hiërarchisch opgebouwd wat de administratie betreft: het land is opgedeeld in 10 regio's, 58 departementen, 360 districten en 339 gemeenten. De gezondheidszorg volgt deze structuur. Het gezondheidssysteem van Kameroen heeft een driedelige piramidale structuur waarin 8 verschillende categorieën van faciliteiten zijn ondergebracht:

- Op het centrale niveau hebben we in de eerste plaats de algemene ziekenhuizen die als doorverwijzingsziekenhuis functioneren waar alle specialismen vertegenwoordigd zijn, zoals bijvoorbeeld cardiale heelkunde en MRI, en op de tweede plaats de centrale ziekenhuizen waar bijna alle specialismen aanwezig zijn uitgezonderd cardiale heelkunde en interventionele radiologie. Dit is het klassieke tertiaire niveau.
- Op het intermediaire niveau staan de regionale ziekenhuizen, met minstens 1 per regio. Zij bieden specialismen aan zoals inwendige geneeskunde, pediatrie, algemene heelkunde, verloskunde, gynaecologie. In de laatste 5 jaren heeft de regering extra moeite gedaan om in deze regionale ziekenhuizen ook hemodialyse op te starten evenals de radiologie uit te breiden met CT-scans. Dit is het klassieke secundaire niveau.
- Op het perifere niveau = eerste lijn, zijn er nog 4 verschillende categorieën te onderkennen. De vierde categorie zijn de districtsziekenhuizen. Elk district heeft zijn eigen ziekenhuis met een eigen materniteit met een operatiezaal voor keizersneden en eventueel kleine chirurgische ingrepen.

De derde categorie zijn de sub-district medische centra die minder belangrijke eerstelijns zorgen aanbieden. De tweede categorie verzorgen vaccinaties, familieplanning, geven voedingsadviezen, volgen de kinderen op type kind en gezin, en staan in voor de verdeling van de essentiële geneesmiddelen. De eerste categorie zijn mobiele eenheden die vooral werken op preventieve en curatieve basis. Deze zijn nog in ontwikkeling.

Deze verschillende niveaus zijn vertegenwoordigd in de 3 grote sectoren verantwoordelijk voor het organiseren van de gezondheidszorg namelijk de publieke sector die valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, de private sector met profit en non-profit instellingen, en de

traditionele geneeskunde waarvoor speciale inspanningen gedaan wordt om deze in de nationale gezondheidszorg te integreren.

Ook dient nog de aanwezigheid van MUSI's (Micro Health Units) vermeld te worden. Dit zijn kleine gezondheidscentra die niet geregistreerd zijn door de overheid en die vooral dienen voor allereerste zorgen of als doorverwijzingscentrum naar de district of publieke ziekenhuizen.

In regel dient de patiënt doorverwezen te worden vanuit de eerste lijn, maar deze weg wordt niet altijd gevolgd.

De farmaceutische sector volgt dezelfde hiërarchische structuur en kent ook een publieke en private sector. Op het centrale niveau van de publieke sector staat de Pharmaceutical Service General Inspection die alle farmaceutische faciliteiten dient te superviseren en te controleren of de conventies en afspraken nagekomen worden en of de geneesmiddelen beschikbaar en toegankelijk zijn voor de patiënt, samen met het opstellen van de wetten en de regels, en nagaan of deze gerespecteerd worden. Daarnaast doen zij onderzoek in opdracht van de officiële autoriteiten.

De essentiële geneesmiddelen worden verdeeld via de SYNAME (National Essential Medicine Supply System).

Deze organisatie wordt ondersteund door de CENAME (National Supply Centre for Drugs and Essential Medical Consumables) en de LANACOME (National Laboratory for testing of Essential Drugs) Zij verzorgen de bestellingen in het buitenland en lokaal van de medicatie die nodig is voor de publieke en non-profit private sector. In elke regio is er een verdeelcentrum voor medicatie.

Het gezondheidssysteem wordt gefinancierd door het nationaal budget, de huishoudens, de lokale autoriteiten, de NGO's, private verzekeringsinstellingen en externe partners. De uitgaven zijn zeer laag en de bronnen toegewezen aan gezondheidszorg bedragen 1.5% van het BNP van Kameroen. Dit houdt in dat veel ten laste valt van de patiënt. Het aandeel voor de patiënt hangt af van de soort zorg, de locatie en het niveau. Een deel van de medicatie voor bepaalde aandoeningen wordt gratis bedeed.

Er bestaat een beperkte sociale zekerheid met uitkeringen voor pensioen, arbeidsongeschiktheid, arbeidsongevallen en uitkeringen voor families zoals kindergelden en uitkeringen bij geboorte.

Specifiek voor betrokkene:

Voor haar controles en de opvolging van haar cardiologische en pneumologische pathologie kan betrokkene een beroep doen op de verschillende niveaus. De routinecontroles en voorschriften van medicatie kunnen zonder problemen gebeuren in de eerste lijn, zo nodig kan doorverwezen worden naar de hogere echelons. Specifiek in het kader van de psychiatrische pathologie dient vermeld te worden dat de psychiatrische zorg nog niet volledig is uitgebouwd in Kameroen. Wel kan zij een beroep doen op zorg in prive-instellingen, zoals daar zijn de zusters van het Heilig Hart Mental Health Center "Saint Benedict Menni" in Doula en Yaoundé die, naast medische diensten, ook de nodige medicatie verschaffen aan gunstige prijzen voor de armen. In Mbam is er een gelijkaardige organisatie van een Italiaanse congregatie die dezelfde zorgen aanbiedt.

Mevr. M. legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong.

Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Betrokkene heeft eveneens nog familie, namelijk haar kinderen, broers en zussen, en haar moeder in het thuisland. Er zijn geen argumenten dat betrokkene van hen geen (financiële) steun kan ontvangen of opvang bij terugkeer naar het thuisland. In haar laatste interview vermeldt zij eveneens dat zij nog contact heeft met kennissen en familie in Kameroen.

Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOJV1) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand 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 middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

*Uit het voorliggende medische dossier kan ik besluiten dat de PTSS met psychotische component (schizofrenie), de arteriële hypertensie en het astma geen reëel risico inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van Mevr. M., noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Kameroen. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van terugname, met name Kameroen.  
(...)”*

## 2. Onderzoek van het beroep

2.1. De verzoekende partij voert in een enig middel de schending aan van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van de artikelen 9ter, 62 en 74/13 van de Vreemdelingenwet, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van de artikelen 3 en 8 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) en van artikel 24 Handvest van de grondrechten van de Europese Unie van 7 december 2000, in werking getreden op 1 december 2009 (hierna: het Handvest).

Het enig middel wordt als volgt toegelicht:

### *“IV. EXPOSE DES MOYENS INVOQUES POUR POSTULER L'ANNULATION*

*Moyen unique pris de la violation de:*

*o - la violation de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, notamment ses articles 2 et 3 ;*

*o la violation de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (ci-après loi du 15 décembre 1980), notamment ses articles 9ter, 62 et 74/13 ;*

*o la violation des articles 3 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci- après CEDH);*  
*o la violation des principes généraux de droit et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives ;*

*o l'erreur manifeste d'appréciation, la contrariété, l'insuffisance dans les causes et les motifs*  
*o L'article 24 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*

*Première branche : l'absence de motivation adéquate quant à la disponibilité des soins et des traitements des soins médicaux.*

*En ce que le certificat médical du médecin-conseil de l'Office des étrangers, sur lequel se base la décision négative de la partie adverse, soutient que les médicaments et les soins nécessaires à la requérante sont disponibles au Cameroun;*

*Alors qu'à l'appui de cette affirmation, la décision de la partie adverse se réfère à des informations contenues au projet MedCOI à laquelle la partie requérante n'a pas accès.*

*L'avis médical mentionne même en gras que la base de données est non publique (note en bas de page 2 de l'avis médical).*

*Si la note en bas de page mentionne les sources (des sociétés privées), elle n'indique absolument pas ce que disent exactement ces sources.*

*Votre Conseil a eu l'occasion de se prononcer sur la nécessité pour la partie requérante de pouvoir avoir connaissance de la teneur exacte des informations.*

*« Concernant les informations qui auraient été fournies à la partie adverse par l'ambassade, il y a lieu de se référer à la jurisprudence constante du Conseil d'Etat qui explique « qu 'il s'ensuit qu'une motivation par référence n'est admissible que si le destinataire de l'acte a connaissance du document auquel il est renvoyé au plus tard au moment où il découvre l'acte qui lui est notifié; que la simple indication du document de référence ne suffit donc pas puisqu'elle n'indique que l'existence de celui-ci et ne fournit aucune indication sur son contenu ».*

*Ainsi, «la motivation par référence n'est admissible que si le document auquel il est fait référence est joint à l'acte ou si celui-ci en reproduit la teneur ».*

*Cette position a encore été confirmée par Votre Conseil dans un arrêt du 23 octobre 2018 n°211 356 qui déclare :*

*"Au vu du libellé et du contenu des réponses aux requêtes MedCOI, le conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin, selon laquelle ces requêtes démontrent la disponibilité de l'olmesartan, de l'amlodipine, de l'hydrochlorotiazide, du tramadol du paracétamol et de la méthylprednisolone " ne consiste ni on la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin à tirer de l'examen des réponses aux requêtes MedCoi. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCoi ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. En effet, la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis. Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page internet, lequel est, en principe, consultable en ligne par la partie requérante, les réponses aux "requêtes MedCoi" sur lesquellesse fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public. En conséquence, entendons motiver son avis pas référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait, soit dans reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis. A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses aux "requêtes MedCoi ", sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi on vérifier la pertinence.*

*Ce procédé est d'autant plus critiquable que, s'agissant d'un domaine aussi spécifique que le domaine médical, la motivation contenue dans l'avis du fonctionnaire médecin doit être complète afin de permettre à la partie requérante et au conseil, qui n'ont aucune compétence en matière médicale, de comprendre le raisonnement du fonctionnaire médecin et ,en ce qui concerne la première de pouvoir la contester.*

*Il découle de ce qui précède que l'avis du fonctionnaire médecin n'est pas adéquatement et suffisamment motivé. "*

*Or, en l'espèce, l'Office des étrangers n'a pas correctement répondu à l'obligation de motivation qui lui est imposée en vertu des dispositions visées au moyen.*

*C'est d'autant plus important dans le cas d'espèce puisqu'il semble que les sources consultées indiquent qu'en effet certains médicaments - au moins trois - ne sont pas disponibles au Cameroun.*

*Le médecin-conseil indique que ces médicaments indisponible peuvent être remplacés par d'autres médicaments disponibles, mais sans expliquer s'il s'agit de son avis ou d'une information MedCoi. Il ne vérifie pas non plus si ce traitement est adéquat pour la requérante et si elle y réagira correctement*

*Ces éléments ne permettent de savoir exactement si les médicaments sont disponibles ou pas. La motivation de l'acte attaqué manque en fait et en droit.*

*Au sein de sa demande de régularisation pour raison médicale, la requérante explique la disponibilité des médicaments au Cameroun est particulièrement entachée de problèmes graves et répétés de ruptures de stock, portant sur des produits souvent stratégiques. Les ruptures de stocks de médicaments essentiels génériques et de produits pharmaceutiques en général au Cameroun sont en effet particulièrement fréquentes et prolongées.*

*Le montant des produits périmés au niveau central est également anormalement élevé :*

*Une étude sur le système de santé au Cameroun a été menée en 2011 et reprend ceci dans ses conclusions concernant la disponibilité des médicaments :*



« À propos de la disponibilité, les personnes interviewées ont affirmé qu'il était fréquent de devoir se rendre à plusieurs sites de dispensation des médicaments pour satisfaire les besoins d'une prescription médicale. Elles se sont aussi accordées sur d'autres insuffisances sur l'offre des soins publique et privée, sur la Gouvernance du secteur et sur la gouvernance publique générale. Les éléments cités sont variés : l'accueil décrit meilleur dans la rue par rapport aux formations sanitaires publiques, l'insatisfaction sur le plan matériel des personnels. L'existence d'un marché illicite de vente des médicaments, largement bénéficiaire de l'onction populaire, le faible effectif en personnel, le besoin en formation continue, l'absence de contrôle des prix des médicaments... »

Concernant l'aspect financier, voici ce qui a été relevé par l'étude :

« S'agissant de la composante financière, elle est apparue comme la principale barrière à l'accès aux médicaments. Toutes les sous-populations de L'étude l'ont jugée globalement non satisfaisante. Les prix des médicaments étaient jugés trop élevés pour le citoyen moyen d'un pays dépourvu d'un système universel d'assurance maladie. Nonobstant le fait qu'au niveau des structures de dispensation licites des médicaments, les hôpitaux publics étaient décrits comme offrant de meilleurs prix que les pharmacies privées, le recours au marché illicite, aux médecines et croyances parallèles était présenté comme alternatives pour les personnes incapables d'assumer leurs dépenses en médicaments dans le circuit formel. Les décideurs avant d'introduire la distinction entre le médicament générique selon eux de faibles prix et les médicaments spécialités plus onéreux »

L'accès aux médicaments essentiels génériques pose également problème au Cameroun :

« La question de l'accès aux médicaments essentiels génériques (MEG) reste assez sensible au Cameroun. Son amélioration a d'ailleurs été indiquée comme un des objectifs prioritaires pour l'année 2011, par le ministre de la Santé publique. Un autre des enjeux de l'étude est qu'elle devrait aider à mieux lutter contre le commerce illicite des médicaments contrefaits. Une question elle aussi, très sensible au Cameroun. Selon des études effectuées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cette activité prospère dans des environnements où la réglementation pharmaceutique est faible dans le domaine des médicaments et la législation insuffisante. D'autres facteurs sont les prix élevés et aussi les pénuries ou fournitures irrégulières de médicaments. Sur cette base, le Cameroun connaît beaucoup de problèmes. Les niveaux de vie sont très bas surtout dans les zones rurales et les médicaments chers. Même si le ministère de la Santé publique hésite à donner les chiffres, plusieurs indices permettent de conclure à un faible taux d'accès aux médicaments essentiels génériques. Près de 37% de la population vit avec moins de 500 francs par jour, les circuits officiels d'approvisionnement restent insuffisants malgré de nombreux efforts. L'accès à un médicament de manière officielle est soumis à une consultation préalable de médecin dont le nombre au Cameroun est inférieur à la demande et les coûts de consultation et d'examen élevés. On a aussi relevé ces derniers temps que certaines personnes font de plus en plus confiance aux bonnes vieilles méthodes traditionnelles pour certaines pathologies. Des études antérieures avaient fixé le taux d'accès aux MEG à près de 30% seulement. La situation n'a pas beaucoup évolué à ce jour ».

Et enfin, la partie adverse déclare dans la décision que d'après ses informations la prise en charge et le suivi par un psychiatre est disponible au Cameroun. Ce constat est étonnant car plus loin dans sa décision la partie requérante admet : "Specifiek in het kader van de psychiatrische pathologie dient vermeld te worden dat de psychiatrische zorg og niet volledig uitgebouwd in Kameroen". Force est de constater qu'il y a une absence d'un suivi psychiatrique au Cameroun ce qui est confirmé par ce qui est repris dans la demande de régularisation sur base de l'article 9ter de la requérante :

La prise en charge médicale de la requérante consiste en un suivi psychiatrique. Or, ce traitement est indisponible au Cameroun.

D'après l'OMS, 75% des personnes atteintes de troubles mentaux vivent dans les pays à faible revenu et ne peuvent accéder au traitement dont elles ont besoin.

Au Cameroun, il y a peu de psychiatres qui travaillent dans les établissements de santé mentale publiques et prennent en charge des malades mentaux.

Dans presque toutes les régions, les unités de santé mentale dans les hôpitaux régionaux ne sont pas fonctionnelles en raison du manque de personnel spécialisé. Prêtres, pasteurs et tradipraticiens tentent de combler cette lacune et soignent les malades mentaux, souvent en vain. Les patients sont obligés de se tourner vers l'automédication, donnant très peu de résultats.

Ces lacunes sont relevées dans plusieurs journaux :

- « Si aux alentours de l'hôpital Jamot, qui a pour mission de prendre en charge les malades mentaux, on retrouve déjà autant de fous, vous pensez que c'est plus loin qu'on ne va pas en trouver ? Il faut juste reconnaître que cet hôpital ne fait pas son travail comme il se doit », déclare Senghor. A l'hôpital Jamot, l'on apprend qu'il revient au malade de solliciter la prise en charge et non l'inverse. « Les maladies mentales ne sont pas très connues par les Africains. La plupart de temps, c'est après avoir fait le tour des églises, des marabouts et autre que la famille décide d'amener le malade à l'hôpital. Le traitement psychiatrique est cher et long », explique un stagiaire en psychiatrie.

Il fait savoir qu'en l'absence de traitement, le patient rechute. Celui-ci est alors généralement abandonné par la famille qui est épuisée de dépenser. « C'est le cas de plusieurs fous qui sont actuellement dans les rues », affirme le stagiaire. Il note aussi l'insuffisance des médecins psychiatres au Cameroun, comme étant un facteur de ces errances des fous dans les rues. Dr J.-P. K., le chef du service psychiatrie à l'hôpital Jamot, fait savoir que la prise en charge de ces « fous » n'est pas de la seule responsabilité des hôpitaux, mais de l'ensemble de la société. ».

- « Outre le nombre réduit de spécialistes en santé mentale s'ajoute la méconnaissance des signes précurseurs des troubles mentaux, l'arrivée tardive des patients dans les structures de soin pour une prise en charge d'adéquation, a regretté le ministre. Si les encadreurs rejettent la faute aux parents en matière de retard, ceux-ci à leur tour, évoquent le contexte économique difficile, qui ne facilite pas leur mobilité. Un parent qui habite par exemple le quartier Bonabéri à Douala 4é, amène son enfant malade ici à Laquintinie pour les soins une ou deux fois, mais après ne vient plus. Quand je rencontre le parent en question, il dit qu'il a des difficultés pour se déplacer, car quitter Bonabéri pour l'hôpital à Akwa, le transport coûte cher, et à la longue, il dit n'avoir plus les moyens nécessaires pour venir tout le temps, indique Mme Ncheya Adriana, qui encadre des enfants déficients mentaux à Laquintinie. »

Il ressort de l'ensemble de ces constatations que l'examen de la disponibilité réalisé dans l'avis du médecin fonctionnaire n'est pas sérieux et ne démontre absolument pas l'existence de soins de santé disponibles. L'examen réalisé par la partie adverse concernant la disponibilité des soins en Égypte n'a donc pas été un examen attentif et rigoureux, tel que cela est requis par l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 et par l'article 3 de la CEDH.

La décision attaquée est donc prise en violation de ces articles et de l'obligation de motivation formelle ainsi que des principes de bonne administration. Elle procède également d'une erreur manifeste d'appréciation.

Deuxième branche : Il convient de l'annuler sur cette base.

neuvième branche : absence d'examen quant à la situation d'insécurité présente au Cameroun et les conséquences sur le traitement médicale de la requérante

Au sein de sa demande de régularisation de séjour pour raisons médicales, la requérante a mis en avant la situation de conflit dans la partie anglophone du Cameroun, région dont elle est originaire et des conséquences néfastes pour sa santé de devoir retourner dans une région où la présence de la violence est quotidienne :

« La requérante est originaire de la partie anglophone du Cameroun. Cette partie du Cameroun connaît depuis octobre 2016 une montée de violence à la suite des revendications indépendantistes des minorités anglophones du Cameroun. Ces minorités souhaitent l'indépendance des régions anglophones.

En effet, environ 20% de la population du Cameroun est anglophone. Ils se sentent marginalisés par le pouvoir en place et depuis un an et demi les mouvements de protestations sont nombreux. Cette escalade de violence a fait de nombreux morts et assassinats. À tel point, que le gouvernement camerounais a coupé internet pendant une durée de 93 jours entre le 19 janvier 2017 et le 20 avril 2017.

Cette crise a de lourdes conséquences pour la vie quotidienne des habitants des régions anglophones du Cameroun. Par exemple, l'accès aux soins de santé est rendu difficile.

*D'une part, la requérante est originaire d'une région au sein de laquelle les violences sont nombreuses. Les violences perpétrées n'ont fait qu'aggraver la situation des minorités anglophones en limitant leur accès aux services sociaux de base et en perturbant le commerce, l'agriculture et l'élevage. En cas de retour, elle aura accès à aucun soin.*

*D'autre part, le médecin de la requérante établit qu'elle n'avait pas de notion de pathologie ni d'antécédents psychiatriques avant les traumatismes qui ont conduit à la fuite de son pays d'origine. En d'autres termes, la symptomatologie de la requérante est apparue à la suite des traumatismes qu'elle a connus juste avant de fuir le Cameroun. Le Cameroun est considéré par la requérante comme étant le point de départ de ses problèmes. La situation actuelle de son lieu d'origine ne fera qu'aggraver ses problèmes. La partie anglophone est totalement instable et est sous le risque de s'embraser à tout moment. Les violences sont nombreuses. »*

*La partie adverse n'a pas abordé cette question dans sa décision, alors qu'un retour au sein de son pays d'origine sera néfaste pour la requérante, d'autant plus dans une région frappée par les violences comme cela est attesté par son médecin qui déclare que la symptomatologie de la requérante est apparue à la suite des traumatismes qu'elle a connus juste avant de fuir le Cameroun.*

*Par conséquent, la partie adverse a manqué à son devoir de motivation formelle.*

*Troisième branche : l'absence de motivation adéquate quant à l'accessibilité des soins.*

*En ce que la partie adverse procède à un examen de l'accessibilité du traitement médical de manière générale et théorique et même erronée ;*

*Alors que l'article 9ter de la loi du 15.12.1980, ainsi que les articles 3 et 13 de la CEDH imposent un examen attentif et rigoureux de la situation individuelle des parties requérantes et de l'accessibilité des soins.*

*En effet, le certificat médical du médecin-conseil de l'Office des étrangers, sur lequel se base la décision négative de la partie adverse, soutient que les soins nécessaires à la requérante sont accessibles au Cameroun.*

*L'affirmation selon laquelle les soins sont accessibles au Cameroun est contredite par de nombreuses sources sur internet repris dans la demande de régularisation sur base de l'article 9ter de la loi du 15.12.1980 :*

*En effet, les extraits de rapports mentionnés au sein de la demande de régularisation de la requérante montrent qu'aucun suivi médical sérieux et accessible n'est envisageable au Cameroun :*

*Le système des soins de santé camerounais présente de nombreuses carences :*

- Les dépenses du gouvernement camerounais au sein du domaine de la santé sont très faibles. Ce faible investissement a comme conséquence que les Camerounais n'ont pas les moyens de se payer les soins de santé.*
- Il y a des problèmes au niveau des infrastructures et de l'équipement médical. Les conditions d'accueil dans les hôpitaux sont déplorables. Le matériel médical n'est pas de bonne qualité.*
- Les conditions de travail du personnel et du personnel médical se détériorent. En outre, il y a très peu de médecins au Cameroun, seulement 2 pour 10 000 Camerounais. Concentration des hôpitaux et des soins médicaux dans les zones urbaines. Les zones rurales sont délaissées, voire abandonnées.*
- Le manque ou mieux, l'insuffisance de personnels hospitaliers qualifiés, la corruption érigée en sport national, le trafic des médicaments frelatés, périmés, l'automédication*
- L'appauvrissement des populations a comme conséquence que les malades ont tendance à attendre trop longtemps avant de se rendre à la consultation par manque d'argent*
- L'accès aux médicaments reste sujet à caution ou problématique, ce qui aggrave leur cas et pourrait en partie justifier les forts taux de mortalité.*
- Absence d'investissement de l'état camerounais dans la sécurité sociale. Les frais médicaux reposent principalement sur les épaules des citoyens camerounais.*

*Ces manquements sont repris dans de nombreux articles de presse :*

- Le système de santé connaît un certain nombre de problèmes : les besoins en soins par rapport à des services de santé de qualité peu satisfaisante, la faible couverture des paquets minimums et paquets complémentaires d'activités de santé, et les soins spécialisés encore très onéreux. Malgré les efforts de recrutement de personnels, le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines en santé demeure très important, ceci étant aggravé par une gestion non optimale du personnel, avec insuffisance de rationalisation de l'utilisation des personnels, de fidélisation dans les zones d'accès difficile et de motivation (source des comportements non éthiques des personnels). Le cadre institutionnel et organisationnel du système national d'information sanitaire pour la gestion des services de santé reste faible, se traduisant par l'absence d'un manuel de procédures de gestion et de la multiplicité de sous-systèmes d'information et d'outils de collecte des données. La Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels connaît un essoufflement nécessitant une évaluation, et il n'existe pas de structure autonome de régulation du secteur pharmaceutique permettant de disposer des produits médicaux de qualité (y compris tes vaccins). Les ménages continuent à constituer la principale source de financement de la santé, suivi du gouvernement et des partenaires techniques et financiers (PTF). Le partage du risque maladie est encore embryonnaire. Les dépenses de santé des ménages sont constituées d'environ 97% des paiements directs au point de contact. Le secteur de la santé connaît une insuffisance de financement. autant qu'une faiblesse d'absorption des financements rendus disponibles. Il n'existe pas de stratégie nationale de financement de la santé. Concernant le pilotage stratégique et opérationnel du secteur de la santé, l'on note une faiblesse dans la planification, la coordination, la supervision, le suivi et l'évaluation.

- « Ces dernières années, les efforts du gouvernement visant à faciliter l'accès aux soins de santé de qualité sont visibles à travers notamment la gratuité de certains vaccins et le traitement de certaines maladies. Mais, beaucoup reste à faire, car la santé est encore inabordable pour la plupart des patients et leurs familles. Quelques exemples illustrent ce mal-être :

- Chaque année, des centaines de vos compatriotes sont faits prisonniers ou voient leurs pièces officielles confisquées dans des hôpitaux publics parce qu'ils ont été incapables de régler leur facture. En moins de six mois de fonctionnement, le naissant centre des urgences de Yaoundé a perdu plus de 30 millions de f CFA à cause des patients insolubles.

- Le Service d'Aide Médicale d'Urgence (Samu) spécialisé dans les urgences pré hospitalières est financièrement hors de portée des personnes moins nanties. Ce service souffre d'un manque d'ambulances, de personnel d'astreinte et d'argent. Entre 2010 et 2013, les pouvoirs publics ont pourtant octroyé au Samu plus de 200 millions de f CFA qui ont été détournés.

- "With a severe shortage of medical professionals - there are fewer than two doctors for every 10.000 people - the Cameroonian health system struggles to offer a high level of care.

(...)

*Adequate funding is lacking, with around 6% of government expenditure spent on health."*

« Le problème de santé du Cameroun sans intégrer le fait que le malade camerounais n'a simplement pas les moyens financiers de s'offrir les soins de santé dont il a besoin. Et le Camerounais moyen, ce n'est pas le professeur de lycée ou l'assistante sociale qui ne constitue que la petite portion de ceux qui s'en sortent un tant soit peu. Cet aspect du problème doit être abordé au niveau du malade sans emploi de Kousseri ou du paysan de Pouma, sans revenus substantiels. C'est lorsque le système sera capable de les prendre en charge qu'il pourra se targuer de traiter convenablement les Camerounais. C'est au-delà des ambitions de l'émergence, une question de justice sociale dans un pays béni par Dieu en ressources naturelles.

(...)

En conclusion, il sera difficile pour les dirigeants de notre pays de se discipliner à faire les changements contraignants qui s'imposent tant qu'ils gardent ouverte l'option aisée d'aller se traiter dans d'autres pays. S'ils s'imposaient le devoir de se faire traiter au Cameroun, si leur vie dépendait vraiment d'un fonctionnement adéquat des hôpitaux camerounais ils feraient bien marcher les choses, comme ils font fonctionner le Bataillon d'Intervention Rapide.

*S'ils le voulaient vraiment, ils créeraient sur place un hôpital ou deux capables d'offrir des soins équivalents à un hôpital ou britannique ou allemand. Cet hôpital desservirait la sous-région africaine et ils n'auraient plus à aller se traiter à l'étranger. Le Cameroun possède à l'intérieur et à l'extérieur des compétences qu'il faut pour cela. Il ne manque que la volonté politique, l'ambition ou la foi en l'intelligence d'un brave peuple de plus de 25 millions de personnes. »*

- Les services de la banque mondiale ont établi un rapport sur le système de santé au Cameroun, il ressort ce qui suit :

*« Les dépenses publiques dans le secteur de la santé au Cameroun sont cependant faibles. Bien que les ressources publiques allouées à la santé aient augmenté progressivement au cours des dix dernières années, elles restent parmi les plus faibles d'Afrique en proportion au PIB (Graphique 36), ne représentant que 1.5 %. La part de l'ensemble du budget de l'État alloué au secteur de la santé au Cameroun est également inférieure à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne et n'a commencé que récemment à se situer au-dessus de la moyenne des pays de la CEMAC (Graphique 37). La part du budget allouée à la santé au Cameroun est également inférieure à la recommandation de l'OMS de 10 %, ainsi qu'aux engagements d'Abuja. Le Gouvernement camerounais s'est en effet engagé en 2001 à Abuja, avec d'autres membres de l'Union africaine, à affecter 15 % de son budget annuel au secteur de la santé.*

*Malgré cela, les dépenses publiques de santé au cours de la dernière décennie n'ont jamais dépassé 9% du budget total en conséquence, sur, les 61 dollars de dépenses de santé par Camerounais en 2010, la contribution de l'État n'a été que de 17 dollars (soit 28 % — dont 8 dollars financés par les bailleurs de fonds). Parmi les pays de la CEMAC, le Cameroun est depuis une décennie celui qui affecte la plus faible part de ses dépenses publiques à la santé (Graphique 38). Le coût des soins de santé est ainsi supporté en grande partie par les ménages et le Cameroun est un des pays d'Afrique subsaharienne où le niveau des paiements directs effectués par les utilisateurs est le plus élevé par rapport au montant total des dépenses de santé. Généralement, lorsque les services sont payants, tous les patients paient le même prix, quelle que soit leur capacité de payer, ce qui implique un risque considérable de catastrophe financière et d'appauvrissement. Lorsque 'il n'existe pas de mécanismes de paiement anticipé et que les patients paient au moment du service, ces derniers supportent la totalité des risques financiers liés à des soins payants. L'intéressé doit décider s'il a les moyens financiers de recevoir des soins, et souvent pour les ménages pauvres, cela signifie avoir à choisir entre payer pour des services de santé ou pour d'autres dépenses indispensables telles que l'alimentation ou l'éducation par exemple. Les ménages sont souvent contraints de vendre leurs biens ou leur bétail pour faire face au coût des services de santé. Selon l'Enquête démographique et de santé — Enquête par grappes à indicateurs multiples effectuée au Cameroun de 2011 (EDS-MICS), parmi les ménages qui sollicitaient un type quelconque de soins de santé, ceux appartenant au quintile de revenu le plus bas avaient tendance à couvrir leurs dépenses médicales huit fois plus souvent en vendant des biens que ceux qui appartenaient au quintile le plus riche en va de même pour le personnel de santé..*

*D'après une récente étude de la Banque mondiale (2012a) 32 %, 45 % et 58 % seulement des centres de santé des régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et de l'Est, respectivement, opéraient avec un personnel au complet le jour de l'enquête. De plus, la répartition des agents de santé ne semble pas correspondre aux besoins. Les incitations données au personnel de santé pour l'amener à travailler dans des environnements difficiles ou à être plus performant sont limitées.*

*Bien que des primes soient accordées (à travers les quotes-parts), elles sont fondées sur les compétences (c'est-à-dire la formation) et varient en fonction du grade et de l'ancienneté plutôt que de la performance. De même, une affectation en milieu rural n'offre que des options et possibilités limitées de promotion professionnelle. En fait, loin des centres urbains, les possibilités de promotion sont généralement compromises.*

*Au total, le personnel de santé a donc tout intérêt à travailler en milieu urbain, où les conditions de vie sont meilleures, les salaires et les primes identiques, et les chances de promotion plus grandes que dans les zones rurales. Les incitations financières ne sont cependant pas le seul élément motivant. Une enquête récente sur les professionnels de la santé réalisée dans les régions du Centre, du Nord et de l'Est du Cameroun a montré qu'une augmentation de salaire de 50 % n'était pas aussi importante que de bonnes conditions de travail, c'est-à-dire le fait de disposer de matériel et d'équipements (Graphique 48).*

*Si les agents de santé, les médecins et les infirmiers recevaient un matériel approprié et étaient bien approvisionnés en médicaments, ils seraient plus de deux fois plus enclins à choisir une affectation en milieu rural que dans le cas contraire. Récompenser ceux qui travaillent dans des conditions difficiles en leur donnant accès à une formation et en leur offrant des possibilités de promotion professionnelle*

constitue également un important facteur de motivation si l'on veut retenir le personnel et assurer des services dans les zones reculées »

- « Les hôpitaux camerounais sont plus malades que les patients :: CAMEROON Que de fois n'a-t-on été le témoin proche ou éloigné d'un décès qu'on attribue à une négligence médicale ou un manquement professionnel grave ? Vous êtes sans doute au courant qu'un médecin est décédé dans la nuit du 9 au 10 janvier dernier à l'hôpital général de Douala, suite d'une négligence médicale, parce que les médecins demandaient l'argent avant tout traitement. Vous voyez là, un médecin qui a fuit l'hôpital où il travaille pour aller se faire soigner ailleurs.

Ce n'est un secret pour personne encore moins une hypocrisie pour un touriste qui arrive pour la première fois au Cameroun. L'état désastreux de certains de nos hôpitaux et de nos dispensaires constitue l'une des causes de la grande mortalité au Cameroun, en passant par le manque des appareils médicaux fiables, la qualité douteuse des médicaments souvent prescrits par les médecins, l'accueil dans les services hospitaliers, etc.

Dans les campagnes et même dans certaines de nos cités, on découvre la précarité, la misère et la saleté. Si ce n'est pas de l'eau potable qui fait défaut, ce sera le manque d'électricité.

À Douala par exemple, on a peu de lits dans les hôpitaux publics. Ainsi, les malades sont choisis par degrés divers. Les malades se plaignent des discriminations et des attitudes pas toujours avenantes. " Lorsque le patient arrive on ouvre un dossier. Si le cas est urgent, il bénéficie d'un pack en deuxième intention, mais en réalité, il n'y a pas de pack aux urgences et les familles doivent s'en charger. Pour les plus démunis, on se débrouille ", lance une infirmière.

À Ngaoundal, on crie au manque de personnel. Le constat s'étend à la quasi-totalité des formations sanitaires publiques et privées du Cameroun : les personnels manquent, et les malades abondent. Pourtant, les problèmes responsables de cette crise sont connus.

De récentes statistiques font état d'une répartition de 2 médecins pour 1000 Camerounais. Cette statistique bien que déjà insoutenable sur le papier, prend une portée plus terrifiante sur le terrain, qu'on soit en zone rurale ou en zone urbaine, dans des établissements publics ou en clientèle privée.

De nombreux hôpitaux publics du Cameroun sont touchés par le départ des médecins et autres spécialistes de soins de santé qui vont vers le secteur privé local ou les bureaux des organisations internationales, installés en Afrique, qui offrent des salaires plus attractifs. D'autres encore préfèrent aller vers l'Europe et les États-Unis d'Amérique où, selon eux, ils pourraient trouver de meilleures conditions de travail.

Vous n'avez sûrement jamais été dans une salle d'hospitalisation au Cameroun, à contempler les gestes d'un malade qui se nettoie le cul après s'être soulagé dans un seau fermé et dissimulé sous son lit. Ça ne prête aucunement à rire, mais, posez-vous la question sur son geste. Il vous répondra que les toilettes ne fonctionnent plus depuis belle lurette et que l'eau du robinet ne coule plus.

Malheureusement, ce sont les malades qui font les frais de ces manquements dans nos formations sanitaires. A regarder de près les souffrances, que les patients endurent dans nos hôpitaux, on a l'impression de l'inexistence de l'État.

Les personnels hospitaliers, à cause de la misère, sont devenus des caricatures : paresseux, négligents et résolument vénaux, comme si être malade suppose forcément que le patient possède tout-à-coup, des millions à jeter par la fenêtre. Au Cameroun. si tu es malade et que tu n'as pas l'argent, tu meurs.

Les sept hôpitaux nationaux, les plus équipés du pays, et considérés comme des centres de référence sont concentrés à Yaoundé et Douala, les deux plus grandes villes du pays pendant que les autres villes continuent à s'accrocher à des bâtiments coloniaux avec des équipements approximatifs.

Comment comprendre qu'un simple mal de tête puisse amener quelqu'un à la morgue, quelques heures à peine avoir été conduit dans l'un des hôpitaux qu'on cite comme de référence au Cameroun?

Certains de nos hôpitaux emprisonnent même les patients.... Tout simplement parce qu'ils n'ont pu solder une dette, après avoir reçu des soins

*Dans les campagnes, les hôpitaux très sales ne sont que des salles de transit pour la mort donnant ainsi l'image triste d'un pays malade. Comment se faire hospitaliser par exemple à l'hôpital de district de Bonassama quand il n'y a pas de lit, de matelas dans les chambres d'hospitalisation ? Comment parvenir à acheter les médicaments quand on les retrouve quelques fois à des prix exorbitants ? Sommes-nous en train de vivre dans un pays devenu le berceau de la mort. »*

*«L'image actuelle de nos hôpitaux est très pathétique. On dirait des prisons à ciel ouvert. On peut dire sans risque de se tromper que les hôpitaux ne répondent pas aux attentes... Les hôpitaux publics du pays sont des mouvoirs», se désole Hugues Seumo sur le site camerounais Camer.be.*

*«En 2016, des hommes et des femmes meurent tous les jours dans les hôpitaux camerounais parce qu'ils doivent acheter sans en avoir les moyens leur propre seringue ou leur propre flacon d'alcool. En 2016, les hôpitaux camerounais sont, en somme, des lieux d'inhumanité, de violence et de malheur», écrit Yann Gwet.*

*En outre, la partie adverse déclare que les soins psychiatriques ne sont pas accessibles au Cameroun mais que Madame M. peut recourir à des institutions privées pour bénéficier de soins : les sœurs du Heilig Hart mental Health Center 'Saint Benedict Menni à Daoula et Yaoude. Elle indique qu'il y a une institution similaire à Mbam tenue par une congrégation italienne. Madame M. conteste cette motivation pour les motifs suivants :*

*1. Son droit à la défense a été violé. En effet, la partie adverse mentionne en note infrapaginale numéro 13, un site internet qui n'est pas accessible à la partie requérante.*

*Elle ne peut donc valablement exercer son droit à la défense étant donné qu'elle n'a pas accès aux sources utilisées par la partie adverse.*

*Même si elle avait sollicité un accès au dossier auprès du service publicité de l'Office des étrangers, cette dernière dispose d'un délai de 30 jours pour lui envoyer une copie du dossier. En étant pas en possession de la documentation utilisée par l'Office des étrangers, la requérante ne peut valablement exercer son droit à la défense. Elle ne dispose d'aucune information quant à ces centres et il est impossible de déterminer si elle bénéficiera de soins adéquats.*

*2. La partie adverse signale que le centre des sœurs se situe à Douala et Yaounde. La requérante rappelle qu'elle est originaire de Bamenda et que ces deux villes se trouvent à plus de 5 heures de route en voiture de sa ville d'origine, ce qui rend impossible un traitement régulier et adéquat alors que son médecin préconise un rendez-vous psychiatrique toutes les semaines (pièces 2 et 3).*

*3. La partie adverse mentionne un centre d'une congrégation italienne à Mbam. La requérante n'a pas trouvé cette ville (pièce 4). Il s'agit peut être des régions de Mbam- et-Imnoubou ou Mbam et Kim . Ces régions se trouvent également à plusieurs heures de route de la ville d'origine de la requérante, ce qui rend impossible un suivi médical (pièces 5 et 6).*

*4. Elle a besoin d'un suivi régulier par un psychiatre. Au sein du certificat médical, il est indiqué qu'elle nécessite un suivi psychiatrique et social ambulatoire 1 fois par semaine et parfois plus si nécessaire. La requérante a une santé fragile, elle ne travaille pas. Elle n'a actuellement aucune ressource, mais pourtant le besoin de se faire soigner, la nécessité d'être suivie par un psychiatre s'impose avec acuité pour un traitement régulier, et à tout le moins très onéreux. Il s'agit de problèmes médicaux complexes qui nécessitent un suivi médical adéquat.*

*5. Le médecin de la requérante, qui est psychiatre, atteste que la requérante a besoin d'être suivie médicalement et de prendre des médicaments. Un arrêt de ce traitement entraînerait une décompensation psychiatrique grave avec risque de passage à l'acte suicidaire.*

*La psychiatre met en exergue l'importance que la requérante soit traitée par un centre qui connaît la requérante. En effet, le lien de confiance établi avec les intervenants du centre le Méridien et la requérante joue un rôle thérapeutique. Étant donné la méfiance que Madame présente face aux intervenants, il est important que les soins se poursuivent dans ce centre. Ce suivi ne pourra être fourni pas aucun centre au Cameroun.*

*En outre, la partie adverse reconnaît expressément au sein de sa décision, que la sécurité sociale est limitée et qu'elle ne couvre pas les soins de santé. Madame Mayyoh ne pourra donc pas être couverte par la sécurité sociale, ce qui est confirmé par les différents éléments apportés par la partie requérante dans sa demande de régularisation médicale. . La partie adverse indique que la requérante n'a pas démontré qu'elle n'était pas capable de travailler et que rien ne démontrait qu'elle n'aurait pas accès au marché du travail. Elle pourrait donc faire face au coût de son traitement médical*

*Or, il sera impossible pour la requérante, de subvenir à ses besoins et de trouver un emploi. D'une part, un tel traitement est impayable (voir prix repris dans la demande de régularisation). D'autre part, il ressort clairement des éléments médicaux de la requérante qu'elle est incapable d'exercer un travail ; elle souffre d'un stress post traumatique et de schizophrénie, elle a des hallucinations,, elle présente une symptomatologie délirante,...*

*De plus, la partie adverse déclare que la requérante a encore de la famille au Cameroun qui pourra veiller sur elle et pourra la soutenir financièrement. Étant donné que les soins ne sont pas accessibles, ni disponibles, il est impossible pour la requérante de rentrer au Cameroun. D'autre part, la requérante a quitté le Cameroun plus de 6 ans. Elle n'a plus aucun réseau au Cameroun. Actuellement, elle a créé des liens avec des personnes importantes en Belgique. Ces personnes sont capitales pour la requérante pour être soignée.. Le lien de dépendance de la requérante à l'égard de ses personnes est très important et nécessaire pour l'équilibre mental de la requérante, ce qui n'a pas été analysé par la partie adverse..*

*La partie adverse déclare que la requérante pourra bénéficier de l'aide de l'IOM en cas de retour au Camroun et qu'ils pourront la soutenir. Seulement, comme cela a déjà été évoqué, il n'y a pas de suivi psychiatrique adéquat pour la requérante au Cameroun. Vu cette absence d'aide, il est impossible pour la requérante d'être aidée par l'IOM.*

*La partie adverse réalise donc un examen de l'accessibilité aux soins de manière générale et théorique, sans tenir compte de la situation de la requérante qui est vulnérable, ne bénéficiera pas de la sécurité sociale,, n'est en état de santé pour travailler, ne dispose pas de revenus pour payer des traitements médicaux.*

*Un examen de l'accessibilité qui fait l'impasse sur la situation spécifique de la partie requérante viole l'obligation de motivation, l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980, l'article 3 de la CEDH, entraîne une erreur manifeste d'appréciation et contrevient aux principes généraux de droit et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives.*

*Quatrièmebranche : le médecin n'a pas pris au sérieux le lien causal entre les problèmes psychiatriques de la requérante et la fuite de son pays d'origine*

*Il n'est pas contesté par la partie adverse que les maux psychiatriques de la requérante sont survenus à la suite des maltraitements qu'elle a connus dans son pays d'origine. C'est pour ces raisons qu'elle est partie.*

*Il y a donc un lien causal entre la maladie de la requérante et son pays d'origine.*

*La motivation de la partie adverse n'explique pas en quoi il n'y a pas de lien causal entre la maladie de la requérante et son pays d'origine. Elle n'indique pas non plus les conséquences d'un renvoi vers son pays d'origine.*

*Dès lors, elle viole son obligation de motivation formelle."*

2.2. De artikelen 2 en 3 van de voornoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de administratieve overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de bestreden beslissing ten gronde liggen en dit op afdoende wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

De belangrijkste bestaansreden van deze uitdrukkelijk motiveringsplicht bestaat erin dat de betrokkene in de hem aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan of de overheid is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan binnen de perken van de redelijkheid tot haar beslissing is gekomen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 30 oktober 2014, nr. 228.963; RvS 17 december 2014, nr. 229.582).



De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) wijst erop dat het afdoende karakter van de motivering, zoals vervat in artikel 62 van de Vreemdelingenwet, impliceert dat de uitdrukkelijke motieven pertinent moeten zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moeten hebben, en dat ze draagkrachtig moeten zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen (RvS 15 juni 2011, nr. 213.855). Het begrip “afdoende” impliceert voorts dat er een concrete motivering wordt geboden in het licht van de gegevens van het administratief dossier (RvS 23 september 1997, nr. 68.248; RvS 13 mei 2002, nr. 106.502 en RvS 18 september 2008, nr. 186.352). Opdat de motivering afdoende is, dient ze evenredig met het belang van de beslissing te zijn en dient de motivering de beslissing te verantwoorden, te dragen. De draagkrachtvereiste impliceert dat de motivering voldoende duidelijk, niet tegenstrijdig, pertinent, concreet, precies en volledig is. De motivering is slechts volledig indien zij een grondslag vormt voor alle onderdelen van de beslissing (RvS 12 oktober 2007, nr. 175.719; RvS 24 september 2008, nr. 186.486).

Het afdoende karakter van de uitdrukkelijke motivering moet worden beoordeeld door de toetsing van de uitgedrukte motieven aan de gegevens van het dossier en aan de toepasselijke wetsbepalingen.

In de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag ervan, met name artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, en naar het advies van de ambtenaar-geneesheer die de medische elementen van de verzoekster op 14 december 2018 heeft geëvalueerd en waaruit zou blijken dat de verzoekster kennelijk lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land van verblijf. De arts-adviseur stelt vast, na een onderzoek met verwijzing naar de gebruikte bronnen, dat voor de behandeling van de ziekte de medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn. Het medische advies houdt rekening met de voorgelegde stukken, ook deze voorgelegd na een gevraagde actualisatie, bespreekt deze en legt uit waarom stukken, ter kennis gebracht tijdens de behandeling van het eerdere beroep tegen de beslissing die de aanvraag oorspronkelijk onontvankelijk verklaarde, niet in rekening kunnen gebracht worden.

Uit de motieven van de bestreden beslissing blijkt zodoende dat de gemachtigde zijn beslissing over de medische verblijfsaanvraag volledig steunt op het advies van de ambtenaar-geneesheer, dat moet worden beschouwd als integraal deel uitmakend van de bestreden beslissing. Wanneer een motiveringsgebrek wordt vastgesteld in het advies van de ambtenaar-geneesheer, dan strekt deze onwettigheid zich derhalve tevens uit tot de bestreden beslissing zelve.

De Raad benadrukt voorts dat een verwijzing naar een advies, in het licht van de motiveringsvereiste van artikel 3 van de voornoemde wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de Vreemdelingenwet, een afdoende motivering kan vormen, doch dat hiertoe wel vereist is dat de inhoud van dit advies aan de betrokkene werd ter kennis gebracht en dat dit advies zelf ook afdoende is gemotiveerd (RvS 3 juni 2014, nr. 227.617; RvS 2 december 2013, nr. 225.659; RvS 18 juni 2012, nr. 219.772; RvS 19 mei 2011, nr. 213.636).

De Raad stelt vast dat wel rekening is gehouden met de stukken, overgelegd na een vraag tot actualisatie. Deze worden ook in detail besproken.

De aangevoerde bepalingen zijn niet geschonden.

2.3.1. De verzoekende partij voert tevens aan dat er een manifeste beoordelingsfout is gemaakt en voert aldus de schending van de materiële motiveringsplicht aan die in het licht van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en het zorgvuldigheidsbeginsel wordt onderzocht.

De Raad is niet bevoegd om zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid beoordeelt op grond van de juiste feitelijke gegevens, of de beoordeling correct is en of het besluit niet kennelijk onredelijk is (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet bepaalt:

“§ 1

*De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of*

*een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.*

*(...)*

*De 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.”*

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet is aldus van toepassing op de volgende toepassingsgevallen:

- (1) op een ziekte die een reëel risico is voor het leven of voor de fysieke integriteit van de patiënt, of;
- (2) op een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst of het land van verblijf.

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 14 februari 2006, nr. 154.954; RvS 2 februari 2007, nr. 167.411). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt dus in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het betreffende dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken. De zorgvuldigheidsplicht houdt in dat de overheid zich op afdoende wijze moet informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS 11 juni 2002, nr. 107.624).

2.3.2. In een eerste onderdeel benadrukt de verzoekende partij dat de bronnen, vermeld op pagina 2 van het medisch advies dat zij neerlegt, feitelijk pagina 3, niet publiek zijn. Zij stelt dat de bronnen niet zijn toegevoegd aan de kennisgeving van de bestreden beslissing. De motiveringsplicht is geschonden omdat enige motivering over de inhoud van deze bronnen of een samenvatting ervan ontbreekt in het medisch advies. Zij verwijst in haar voetnoot naar verschillende arresten van de Raad en citeert uit het arrest nr. 211 356. Het medisch advies moet zo volledig mogelijk zijn dat de verzoekende partij in staat moet zijn dat zij de redenering van de arts-adviseur begrijpt. De verzoekende partij beweert dat de motivering faalt, temeer er drie medicamenten niet beschikbaar zijn in het herkomstland. Zij verwijst de arts-adviseur niet uit te leggen of zijn oordeel, dat deze vervangbaar zijn, afkomstig is van hemzelf of van de informatie MedCOI. De arts-adviseur onderzoekt niet of de medicijnen, aanbevolen ter vervanging, adequaat zijn in de behandeling van de ziekte van de verzoekende partij. Zij weet niet of deze effectief beschikbaar zijn in het herkomstland.

Deze redenering volgt de Raad niet. Vooreerst zijn de MedCOI-documenten voorhanden in het administratief dossier en consulteerbaar voor de verzoekende partij. Verder geeft in dit geval de arts-adviseur een samenvatting weer van deze bronnen.

De verzoekende partij gaat voorbij aan de lezing van de volgende motieven uit het medisch advies:

*“(..)Als actuele medicatie weerhoud ik:*

- *Paracetamol (Paracetamol), een pijnstillend en koortswerend middel*
- *Een maagzuursecretieremmer: het meest recent aangekochte middel is ranitidine (Ranitidine, 31/07/2018); daarvoor werden de therapeutische equivalenten pantoprazol (Pantomed) en omeprazole (Omeprazole) aangekocht*
- *Aripiprazole (Abilify) of zijn analoog risperidon (Risperdal), een antipsychoticum*
- *Clotiapine (Etumine), een antipsychoticum*
- *Olmesartan (Olmesartan), een bloeddruk verlagend middel*
- *Amiloride+hydrochlorothiazide (Co-Amiloride), een combinatie van vocht afdrijvende middelen om de bloeddruk te verlagen .*
- *Lercanidipine (Lercanidipine) of nifedipine (Nifedipine), een calciumantagonist die de bloeddruk verlaagt*
- *Moxonidine (Moxonidine), een bloeddruk verlagend middel*
- *Fluticason+vilanterol (Relvar) of budesonide+formoterol (Symbicort),, een langwerkend bèta2-mimeticum+inhalatiecorticosteroïd ter behandeling van astma*
- *Methylprednisolon (Medrol), een corticosteroïde om ontstekingsreacties of allergische reacties te onderdrukken*

- Montelukast (Montelukast, Singulair), een leukotrieenreceptorantagonist voor de behandeling van astma

(....)

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 09/03/2016 met het unieke referentienummer BMA 7843

Aanvraag Medcoi van 03/03/2016 met het unieke referentienummer BMA 7595

Aanvraag Medcoi van 07/12/2018 met het unieke referentienummer BMA 11854

Aanvraag Medcoi van 18/04/2018 met het unieke referentienummer BMA 10989

Aanvraag Medcoi van 11/06/2018 met het unieke referentienummer BMA 11191

2. Overzicht van de beschikbare medicatie voor Mevr. M. in Kameroen volgens recente MedCOI-dossiers

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling door een psychiater, internist-cardioloog en pneumoloog beschikbaar is in Kameroen.

Thuisbegeleiding door een psychiatrisch verpleegkundige en opvolging bij een psycholoog is beschikbaar, evenals gedwongen opname bij een psychotische decompensatie en beschermd wonen voor chronisch psychotische patiënten.

Paracetamol, ranitidine en zijn analoog cimetidine en zijn therapeutische equivalenten pantoprazol en omeprazol, clonidine, risperidon en olanzapine (analogen van aripiprazol dat niet beschikbaar is in Kameroen), amiloride+hydrochlorothiazide, lercanidipine, moxonidine, methylprednisolon en montelukast zijn beschikbaar.

Olmesartan is niet beschikbaar in Kameroen. Het kan echter vervangen worden door één van zijn analogen die wel beschikbaar zijn: candesartan, irbesartan, losartan, telmisartan of valsartan.

Fluticason+vilanterol of budesonide+formoterol zijn niet beschikbaar in Kameroen. Deze combinatiepreparaten kunnen vervangen worden door hun analogen die wel beschikbaar zijn: fluticason+formoterol of salmeterol+fluticason.

Uit bovenstaande informatie kan ik dus besluiten dat de noodzakelijke specialistische opvolging, en medicamenteuze behandeling voor betrokkene beschikbaar is in Kameroen.(...)"

Uit deze motieven blijkt duidelijk dat de arts-adviseur zich steunt op de aangehaalde MedCOI-documenten, allen aanwezig in het administratief dossier. Het volstaat deze documenten na te lezen om te weten dat onderzoek is verricht naar concrete beschikbaarheid van de medicatie (of de analoge medicatie) en de medische zorgen die de verzoekende partij behoeft. De verzoekende partij betwist niet dat zij kennis heeft gekregen van dit advies. Het advies geeft een samenvatting van deze niet openbare bronnen, met name welke concrete medicatie beschikbaar is of niet, welke equivalenten eventueel beschikbaar zijn en welke andere vormen van hulp beschikbaar zijn. De concrete inhoud is opgenomen. In de mate dat de verzoekende partij meent dat hierdoor de formele motiveringsplicht is geschonden, is haar stelling onjuist (RvS 25 januari 2019, nr. 13.148 (c)).

Het MedCOI-document BMA 7843 voert onderzoek naar de zorgen en medicatie voor schizofrenie. Risperidone, als analoog van aripiprazole, een antipsychoticum, is beschikbaar.

De verzoekende partij bekritiseert in essentie dat zij niet weet of de arts-adviseur beslist welke analoge medicatie voorhanden is bij een medicament dat in Kameroen ontbreekt.

De Raad merkt op dat op pagina 4 van het medisch advies de arts-adviseur verwijst naar websitebronnen (gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium), telkens specifiek voor het medicament dat niet voorhanden is in Kameroen op een website van [www.bcfi.be](http://www.bcfi.be) met specificatie per medicament. Deze bron is dus toegankelijk voor de verzoekende partij, vermits de Raad onderzocht heeft of het document kon geopend worden.

Ter terechtzitting vraagt de Raad of de verzoekende partij de MedCOI-documenten heeft gelezen of opgevraagd en of zij de geciteerde websiteinformatie heeft nagegaan.

De advocaat van de verzoekende partij stelt dat zij dit niet heeft gedaan. De verzoekende partij toont dan ook niet haar belang bij de grief aan. De niet-publieke informatie bevindt zich in het administratief dossier maar de verzoekende partij achtte het niet opportuun navraag te doen of inzage te nemen. Zij toont niet aan dat zij van de documentatie, vermeld in het medische advies, geen kennis kon nemen.

De Raad besluit dat, daargelaten het gegeven dat een arts-adviseur een arts is en dus in staat is na te gaan welke medicatie concreet analoog is aan de niet-beschikbare medicatie en hij de bevoegdheid heeft om - indien nodig - opzoeken te verrichten, in dit geval hij ook een onderzoek heeft gevoerd over het analoog karakter van de medicatie die hij voorstelt. Dit blijkt ook uit de geprintte uittreksels van [www.bcfi.be](http://www.bcfi.be), waarnaar de arts-adviseur verwijst in de voetnoten, die zich in het administratief dossier bevinden, en die niet concreet worden weerlegd door de verzoekende partij. De aanwezigheid in Kameroen van de vooropgestelde analoge medicatie kan teruggevonden worden in de BMA-documenten, weergegeven in het medisch advies. Zoals de verwerende partij opmerkt, komt het de Raad niet toe zich in de plaats te stellen van de arts-adviseur. De Raad dient na te gaan of zijn motieven kennelijk redelijk zijn, wat het geval is. Bovendien geeft de arts-adviseur een samenvatting van de bronnen (die kunnen geraadpleegd worden in het dossier) en de publieke bronnen waaruit de arts-adviseur citeert. Huidig geschil is niet vergelijkbaar met het arrest nr. 211 356 van de Raad waaruit de verzoekende partij citeert. In haar voetnoot verwijst de verzoekende partij naar andere arresten van de Raad. De toepasselijkheid ervan toont zij niet aan. Bovendien kennen de arresten van de Raad in het Belgisch rechtssysteem geen precedentenwaarde.

Waar de verzoekende partij verwijst naar een gebrekkige beschikbaarheid van de medicamenten in Kameroen en het regelmatig ontbreken van een voorraad, wijst de Raad erop dat de verrichte opzoeken door de arts-adviseur, ondermeer aan de hand van de MedCOI-documentatie, zeer concreet en recent zijn. Ter terechtzitting verduidelijkt de verzoekende partij dat de stukken 7 tot en met 10 inderdaad niet zijn toegevoegd aan het verzoekschrift, maar de stukken zijn vermeld in de inventaris van haar aanvraag. Het uitgebreide citaat uit een website, door de verzoekende partij ook omschreven als stuk 8, baseert zich op een onderzoek, verricht anno 2011, zoals blijkt uit de bewoordingen van het citaat. De Raad kent meer bewijswaarde toe aan de concreet gedane opzoeken van de arts-adviseur dan aan de website die de verzoekende partij 'stuk 8' noemt. Dit stuk gaat over algemene zaken maar weerlegt de concrete bevindingen van de arts-adviseur niet. Voetnoot 4 is een weergave van de werking van de Wereldgezondheidsorganisatie, ook over mentale gezondheid, maar de weergave die de verzoekende partij gebruikt in haar voetnoot is te algemeen om precies te kunnen nagaan welk artikel de verzoekende partij bedoelt. Het komt de Raad niet toe hiernaar te raden. De opening van de website onder voetnoot 5 van het middel, volgens de verzoekende partij stuk 9, geeft toegang tot een aantal artikelen, maar is niet van aard de concrete beschikbaarheid, zoals de MedCOI-documenten, te weerleggen. De Raad herinnert eraan dat ook de ziekenhuizen waar de verzoekende partij terecht kan zijn opgegeven met naam en adres. Voetnoot 6 van het middel, als stuk 10 weergegeven, is een krantenartikel. Hetzelfde geldt voor voetnoot 7, stuk 6 volgens de verzoekende partij. Krantenartikelen wegen niet op tegen de opzoeken in de MedCOI-documenten. De informatie, verschaft in de MedCOI-documenten, gaat uit van artsen ter plaatse.

De verwerende partij merkt correct op: *“Verweerder laat gelden dat in de memorie van toelichting bij het ontwerp dat tot artikel 9ter van de Vreemdelingenwet heeft geleid, vermeld wordt dat de appreciatie van de medische attesten waarop de vreemdeling zich steunt worden overgelaten aan de ambtenaar-geneesheer die een advies geeft aan de gemachtigde ambtenaar. Er wordt aan toegevoegd dat de ambtenaar-geneesheer volledig vrij wordt gelaten in zijn beoordeling van de medische elementen en dat hij, indien hij het noodzakelijk acht, het advies van deskundigen kan inwinnen. (Parl. St. Kamer, 2005-2006, nr. 51-2478/001, 35)*

*Uit art. 9ter van de Vreemdelingenwet vloeit voort dat de arts-adviseur dient na te gaan of er in het land van herkomst een adequate behandeling voorhanden is.*

*Het behoort evenwel tot de discretionaire appreciatiebevoegdheid van de arts-adviseur om na te gaan hoe deze adequate behandeling dient te worden ingevuld, en in het bijzonder dus welke medicijnen daartoe beschikbaar moeten zijn.*

*Ook de Raad van State oordeelde in het arrest nr. 206.843 van 27 juli 2010 (de zaak A. 193.403/XIV-31.263) reeds in die zin:*

*“(…)*

*dat in de memorie van toelichting betreffende het wetsontwerp tot wijziging van de Vreemdelingenwet, waarbij artikel 9ter wordt ingevoegd, wordt uiteengezet dat “het onderzoek van de vraag of er een gepaste en voldoende toegankelijke behandeling bestaat in het land van oorsprong of verblijf (...) geval per geval (gebeurt), rekening houdend met de individuele situatie van de aanvrager, en wordt geëvalueerd binnen de limieten van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens” en dat “de appreciatie van de bovenvermelde elementen wordt overgelaten aan een ambtenaar-geneesheer die een advies verstrekt aan de ambtenaar die de beslissingsbevoegdheid heeft over de verblijfsaanvraag”; dat het bijgevolg de ambtenaar-geneesheer is die, naast de ernst van de ziekte, zal onderzoeken of er een adequate behandeling voor deze ziekte bestaat in het land van oorsprong of verblijf, desnoods na advies te hebben ingewonnen bij deskundigen; dat hij in dit kader zelf zal nagaan welke de gepaste behandeling is; dat het geenszins noodzakelijk is dat deze informatie reeds is vermeld in het medische getuigschrift; dat, indien de behandeling reeds zou moeten worden aangegeven in het medische attest, de ambtenaar-geneesheer zou zijn gebonden door de door de behandelende arts van de vreemdeling aangegeven behandeling, hetgeen onverenigbaar is met zijn ruime appreciatiebevoegdheid; dat, aangezien de ambtenaar-geneesheer niet gebonden kan worden geacht door deze behandeling, het evenmin noodzakelijk is dat deze behandeling, hoewel het nuttige informatie kan zijn, reeds wordt vermeld; dat een bepaalde medische toestand bovendien in de loop van de behandeling van de aanvraag kan evolueren en dat zeker niet alleen de toestand en de eventuele behandeling of behandelingsplan op het ogenblik van de aanvraag in beschouwing moeten worden genomen; dat uit artikel 9ter, §1, tweede lid van de Vreemdelingenwet blijkt dat de beoordeling van de mogelijkheid of de noodzaak van een medische behandeling alleen toekomt aan de ambtenaar-geneesheer; dat het ontbreken van informatie omtrent de medische behandeling bijgevolg geen aanleiding kan geven tot het niet-ontvankelijk verklaren van de aanvraag overeenkomstig artikel 7,§2 van het koninklijk besluit van 17 mei 2007; dat het eerste middel ongegrond is (...)” (eigen vetschrift)”*

2.3.3. De verzoekende partij betwist ook de toegankelijkheid van de medicatie die zij behoeft. Zij houdt voor dat de psychiatrische zorg in Kameroen nog niet volledig is uitgebouwd, wat de arts-adviseur bevestigt in haar medisch advies. Zij verwijst en citeert uit een artikel dat terug te vinden zou zijn op de website [“https://www.iournalducameroun.com/acces-aux-medicaments-generiques-au-cameroun-une-etude-en-cours-de-realisation/-Pièce\\_8”](https://www.iournalducameroun.com/acces-aux-medicaments-generiques-au-cameroun-une-etude-en-cours-de-realisation/-Pièce_8). Deze website is vaag en algemeen en niet van aard de concrete informatie van de opzoeken van de arts-adviseur te weerleggen.

De opening van deze website leert dat de basisinformatie dateert van 7 februari 2011. Waar in de laatste zin gesteld wordt dat deze studie van 2011 nog actueel is, kan de Raad niet vaststellen wanneer deze conclusie is getrokken. Bovendien gaat het om een krantenartikel en weegt het niet op tegen de concrete opzoeken met naam en adressen waar de verzoekende partij terecht kan.

De verzoekende partij verwijst en citeert wat zij vond op de website [“http://www.camer.be/44594/13:1/cameroun-malades-mentaux-pourquoi-ils-errent-dans-les-rues-cameroun.html](http://www.camer.be/44594/13:1/cameroun-malades-mentaux-pourquoi-ils-errent-dans-les-rues-cameroun.html) -Pièce 9”.

De opening van deze website leert dat het artikel dateert van 18 augustus 2015, en vaag is over de concrete situatie van de zorgverlening en slechts één ziekenhuis benoemt: het ziekenhuis Jamot. Het is slechts een krantenartikel.

De website [“http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/fr/”](http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/) is te algemeen aangeduid om te weten welk document de verzoekende partij precies bedoelt. De verzoekende partij duidt evenmin aan of zij een citaat uit deze website gebruikt.

De Raad herhaalt dat de opening van de website onder voetnoot 5 van het middel, volgens de verzoekende partij stuk 9, toegang geeft tot een aantal artikelen, maar niet van aard is de concrete beschikbaarheid en toegankelijkheid, vermeld in de MedCOI-documenten, te weerleggen. De Raad herinnert eraan dat ook de ziekenhuizen, waar de verzoekende partij terecht kan, zijn opgegeven met naam en adres. Voetnoot 6 van het middel, als stuk 10 weergegeven, is een krantenartikel. Hetzelfde geldt voor voetnoot 7, stuk 6 volgens de verzoekende partij. Krantenartikelen wegen niet op tegen de opzoeken in de MedCOI-documenten. De informatie, verschaft in de MedCOI-documenten, gaat uit van onderzoek van de artsen ter plaatse.

Hier staat tegenover dat de gebruikte niet-publieke bronnen, terug te vinden op pagina 2 van het medisch advies, leesbaar zijn door middel van de afschriften in het administratief dossier. Verder betwist de verzoekende partij niet dat de overige bronnen publiek zijn en consulteerbaar zijn.

Deze bevestigen het gestelde in het medisch advies.

De motieven van het medisch advies vinden aldus steun in het administratief dossier. Verder stelt de Raad vast dat de verzoekende partij niet aantoonbaar is, zodat het volgende motief van het medisch advies evenmin is weerlegd: *“Mevr. M. legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong.*

*Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.*

*Betrokkene heeft eveneens nog familie, namelijk haar kinderen, broers en zussen, en haar moeder in het thuisland. Er zijn geen argumenten dat betrokkene van hen geen (financiële) steun kan ontvangen of opvang bij terugkeer naar het thuisland. In haar laatste interview vermeldt zij eveneens dat zij nog contact heeft met kennissen en familie in Kameroen.*

*Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOJV1) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand 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 middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.”*

Voorts kan niet ingezien worden om welke reden er een onderzoek gevoerd moet worden naar de toestand in Egypte, zoals de verzoekende partij stelt.

Waar de verzoekende partij alludeert op een schending van artikel 3 van het EVRM, laat zij na op voldoende duidelijke wijze uiteen te zetten omwille van welke reden dit artikel geschonden zou zijn. Tot slot wijst de Raad erop dat er geen schending van artikel 3 van het EVRM is wanneer de betrokkene in het land van herkomst de noodzakelijke medische zorgen kan krijgen, ook al zijn die zorgen niet van hetzelfde niveau dan in het land waar de betrokkene op dat ogenblik verblijft, al zou de gezondheidszorg in Kameroen niet zouden kunnen worden verkregen (RvS 14 februari 2008, nr. 179.633). In de zaak *Paposhvili t. België* van 13 december 2016 bevestigt de Grote Kamer van het EHRM de principes die in de zaak *N. t. Verenigd Koninkrijk* worden gehanteerd en verfiert men verder in overweging 183 als volgt:

*“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.”*

Aldus blijkt uit § 183 van genoemd arrest dat onder “andere uitzonderlijke gevallen” wordt begrepen de situaties, zonder dat er sprake is van onmiddellijk en nakend levensgevaar, waarbij er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland. Slechts in dergelijk geval weerhield de Grote Kamer van het Hof een schending van artikel 3 van het EVRM en werd aldus de hoge drempel van artikel 3 van het EVRM in het geval van ernstig zieke vreemdelingen bevestigd. De verzoekende partij toont niet aan dat zij aan een ziekte lijdt van die aard dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke

verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland. Deze grieven zijn in de mate dat zij al ontvankelijk zijn, ongegrond.

De verzoekende partij weerlegt niet het besluit van de arts-adviseur dat de medische zorgen die zij behoeft toegankelijk en beschikbaar zijn. Eveneens vereist artikel 9<sup>ter</sup> van de Vreemdelingenwet slechts dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van eenzelfde kwalitatief niveau is als dat in België, of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België, kan opgestart worden, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de ambtenaar-geneesheer vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is. De ambtenaar-geneesheer heeft, met verwijzing naar bronnenmateriaal, duidelijk uiteengezet dat verzoekende partij kan reizen en in Kameroen kan beschikken over de nodige medicatie en een opvolging door artsen met de vereiste specialisaties. Hij heeft dan ook de in artikel 9<sup>ter</sup> van de Vreemdelingenwet bepaalde criteria in acht genomen.

2.3.4. De schending van de aangevoerde bepalingen en beginselen van behoorlijk bestuur wordt niet aannemelijk gemaakt.

Het eerste onderdeel is ongegrond.

2.4.1. In een tweede onderdeel meent de verzoekende partij dat onvoldoende onderzoek is gevoerd naar de veiligheidssituatie in Kameroen en de gevolgen hiervan op haar medische behandeling. Geweld doet zich dagelijks voor.

Zij verwijst naar en citeert uit een artikel van *Le Monde*.

De Raad kan de website "<http://www.lemonde.fr/afriaue/article/2017/11/16/le-cameroun-anglophone-gagne-par-l-escalade-de-la-violence52159513212.html>" niet controleren omdat deze pagina zich niet opent. Daargelaten deze vaststelling betreft het evenwel slechts een krantenartikel.

Verder houdt de verzoekende partij voor een Engelstalige Kameroenees te zijn en dat zij trauma's opliep toen zij in Kameroen woonde. Haar regio zou gewelddadig zijn. Zij verwijt de arts-adviseur geen rekening te houden met haar verleden en de trauma's.

2.4.2. Vooreerst wordt verwezen naar punt 2.3.3. De Raad stelt vast dat uit de voorgelegde medische informatie over de verzoekende partij (voor het nemen van de bestreden beslissing) niet blijkt dat de verzoekende partij specificieerde aan haar artsen van welke regio zij afkomstig is. In sommige attesten is er sprake van haar vervolgers in Kameroen, zonder enig concreet gegeven. Dokter D. verklaart dat een terugkeer naar het herkomstland, plaats van het ontstaan van de trauma's, een verergering van de ziekte teweegbrengt, ook op het vlak van hallucinaties, en een risico op zelfmoord verhoogt. De verzoekende partij maakt evenwel met haar vaag betoog niet aannemelijk dat zij in Kameroen niet terecht kan op een plaats waar haar vervolgers niet zijn of waar zij de trauma's niet heeft opgelopen, of dat er plaatsen zijn waar zij zou terecht moeten kunnen, die evenwel onveilig zijn. In haar aanvraag stelt zij dat zij van Bamenda afkomstig is.

De Raad merkt nog op dat uit haar asielrelaas bleek dat zij verklaarde uit Bamenda, North West Region, te komen, maar dat zowel de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen, als de Raad (zie arrest nr. 135 691 van 19 december 2014) grote twijfels hebben bij haar beweringen in haar asielaanvraag en oordeelde dat bij gebreke aan geloofwaardigheid de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus niet konden toegekend worden.

In voormeld arrest valt te lezen: *“Waar verzoekster aanvoert dat zij een beperkte scholing genoot, in een streek woonde die zij niet kende en dat ontsnappen voor haar een zeer hachelijk avontuur zou opleveren, ziet de Raad niet in dat het verlaten van haar land van herkomst teneinde in een voor haar vreemd land internationale bescherming aan te vragen, haar voorgehouden profiel mede in aanmerking genomen, een minder hachelijk avontuur zou zijn. Dat zij op het ogenblik van het overlijden van haar echtgenoot verschillende jonge kinderen had, is geen verschoning voor het feit dat zij niet uit eigen*

*beweging probeerde te ontsnappen aan haar problemen, te meer daar zij haar kinderen in Kameroen achterliet wanneer zij naar België vluchtte. Waar zij stelt dat het achterlaten van haar kinderen haar veel pijn en leed bezorgt en waar zij ter staving van haar beweerd psychische problemen hierdoor een medisch attest bijbrengt van dokter (D.) van 9 september 2014 (verzoekschrift, stuk 5), dient opgemerkt dat dit attest stelt: "Patiënte maakt een zeer stressvolle, angstige periode door ivm haar onzekere situatie hier in België. Zij is ook zeer bezorgd om de onveilige situatie van haar kinderen in het thuisland." Verder stelt het medisch attest: "Patiënte weet van geen hout meer pijlen te maken en voelt zich reddeloos, soms levensmoe en suïcidale gedachten."*

*Aldus dient te worden vastgesteld dat dit attest gebaseerd is op verzoeksters eigen verklaringen. In die zin kan het, hoewel de Raad begrip kan opbrengen voor verzoeksters mentale toestand, niet aanzien worden als een bewijs van de door verzoekster ingeroepen feiten. De arts doet immers vaststellingen betreffende de mentale gezondheidstoestand van een patiënt en rekening houdend met zijn bevindingen kan de arts vermoedens hebben over de oorzaak van de vastgestelde problemen. Een arts kan echter nooit met volledige zekerheid de precieze feitelijke omstandigheden schetsen waarin de problemen ontstonden."*

Hieruit blijkt dat de verzoekende partij zelf stelde te wonen in een streek die zij niet kende en het betoog omtrent haar afkomst uit Bamenda niet dienstig lijkt. Uit het arrest blijkt dat zij voorhield dat haar vrees zich steunde op de angst te moeten huwen met haar schoonbroer P. (die HIV had) na het overlijden van haar echtgenoot, en die een besnijdenis wilde veroorzaken. Dit relaas werd ongeloofwaardig bevonden. De verzoekende partij legt niet uit welke andere vrees zij koesterde en die haar medische problematiek veroorzaakte, en ook in de medische voorgelegde documenten wordt geen verduidelijking gegeven. Bij gebreke aan andere nieuwe gegevens kon de arts-adviseur oordelen dat niet uit het dossier blijkt dat de verzoekende partij wordt verhinderd door haar ziekte om terug te keren naar het herkomstland. Ook het verzoekschrift geeft geen concrete verduidelijking terzake. De verzoekende partij kan niet ernstig voorhouden dat er geen verder onderzoek is gebeurd naar gebeurtenissen die niet zijn voorgelegd voor het nemen van de bestreden beslissing. Evenmin kan de schending van de formele motiveringsplicht weerhouden worden nu de arts-adviseur alle overgemaakte documenten heeft onderzocht en oordeelde dat niets de verzoekende partij belet terug te keren naar het herkomstland (zie ook punt 2.2.).

Bovendien, op de vraag ter terechtzitting welk belang zij erbij heeft terug te keren naar Bamenda, Kameroen, gelet op haar asielaanvraag, dat zij vandaar gevlucht is omwille van haar familie, antwoordt de advocaat van de verzoekende partij dat zij zich gedraagt naar de wijsheid van de Raad. De stukken 3 tot en met 6 die aan het verzoekschrift zijn toegevoegd, acht de Raad in deze context niet dienstig.

2.4.3. Het tweede onderdeel is ongegrond.

2.5.1. In een derde onderdeel houdt de verzoekende partij voor dat de bestreden beslissing niet adequaat motiveert en er geen afdoende onderzoek is gevoerd naar de beschikbaarheid van de medische zorgen die zij behoeft, nodig volgens artikel 9<sup>ter</sup> van de Vreemdelingenwet en de artikelen 3 en 13 van de EVRM.

Zij houdt in eerste instantie voor dat de niet-beschikbaarheid terug te vinden is in verschillende bronnen waaruit zij citeert en naar verwijst.

2.5.2. Vooreerst merkt de Raad op dat in de voetnoten 8, 9, 10, 11, 12 en 13 verwezen wordt naar de stukken 11 tot en met 16 die evenwel niet zijn toegevoegd aan het verzoekschrift, en volgens het gezegde ter terechtzitting terug te vinden zijn op de inventaris van de aanvraag. De Raad verwijst naar punt 2.3.2. en 2.3.3.

De citaten in het verzoekschrift handelen over de toestand in Kameroen in het algemeen waarbij gewag wordt gemaakt over een tekort aan dokters, de minder kwalitatieve zorgverlening, het gebrek aan specialisten, personeel, het gegeven dat de regering niet afdoende het gezondheidsstelsel subsidieert, het functioneren van de publieke ziekenhuizen, het gebrek aan financiële middelen bij de inwoners, de gebrekkige infrastructuur en het gebrekkig medisch materiaal, de werkomstandigheden van het medisch personeel, de corruptie en het gebrek vanwege de overheid om te investeren in de medische sector, de zwakkere publieke uitgaven in de gezondheidssector en het onderscheid tussen de zorgverlening in stedelijke gebieden en rurale gebieden, met voorbeelden uit Douala en Ngaoundal.

Zij weerleggen niet de beschikbaarheid van de medische zorgen in Yaounda, zijnde de plaats waarover de arts-adviseur specifiek onderzoek heeft verricht.



Vooreerst stelt de Raad vast dat de arts-adviseur niet ontkent dat psychiatrische zorg nog niet volledig is uitgebouwd in Kameroen. De arts-adviseur meldt dat: *“Specifiek in het kader van de psychiatrische pathologie dient vermeld te worden dat de psychiatrische zorg nog niet volledig is uitgebouwd in Kameroen. Wel kan zij een beroep doen op zorg in prive-instellingen, zoals daar zijn de zusters van het Heilig Hart Mental Health Center "Saint Benedict Menni "in Doula en Yaoundé die, naast medische diensten, ook de nodige medicatie verschaffen aan gunstige prijzen voor de armen. In Mbam is er een gelijkaardige organisatie van een Italiaanse congregatie die dezelfde zorgen aanbiedt.”* (eigen onderlijning).

De arts-adviseur motiveert ook: *“Mevr. M. legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong.*

*Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.*

*Betrokkene heeft eveneens nog familie, namelijk haar kinderen, broers en zussen, en haar moeder in het thuisland. Er zijn geen argumenten dat betrokkene van hen geen (financiële) steun kan ontvangen of opvang bij terugkeer naar het thuisland. In haar laatste interview vermeldt zij eveneens dat zij nog contact heeft met kennissen en familie in Kameroen.*

*Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOJV1) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten. Reïntegratiebijstand 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 middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.”*

Met haar betoog weerlegt de verzoekende partij deze vaststellingen niet.

De website “<http://camer.be/47711/11:1/cameroun-soins-de-sante-pour-tous-lettre-ouverte-au-president-de-la-republique-cameroon.html>” is enkel een persartikel.

De website “<http://www.our-africa.org/cameroon/poverty-healthcare>” geeft geen resultaten bij opening omdat de opening enkel andere websites toont.

De website “<http://www.camer.be/51719/30:27/proposition-de-reforme-du-svsteme-de-sante-du-cameroun-cameroon.html>” is een persbericht.

De website:

“<http://documents.worldbank.org/curated/en/758811468232136430/pdf/806710WP0FRENC0Box0379812B00PUBLIC0.pdf>” geeft aan dat het document niet beschikbaar is.

De website “<http://camer.be/49071/! 1:1/les-hopitaux-camerounais-sont-plus-malades-que-les-patients-cameroon.html>” is een louter persbericht.

De website “<http://geopolis.francetvinfo.fr/dans-les-hopitaux-mouroirs-du-cameroun-103789>” handelt over een persbericht over de dood van een zwangere vrouw, anno 2016, dichtbij een ziekenhuis in Douala.

Deze wegen niet op tegen de concrete en recent gedane opzoekingen van de arts-adviseur die in de MedCOI-documenten duidelijk naam en toenaam en adres van de ziekenhuizen meldt waar de verzoekende partij voor haar specifieke medische zorgverlening terecht kan. Hierbij worden zowel publieke als private ziekenhuizen vermeld (zie MedCOI-documenten). De verzoekende partij laat na deze informatie concreet te weerleggen. Voorts laat de verzoekende partij na te verduidelijken waarom zij bijvoorbeeld niet in Yaoundé kan wonen, waar tal van zorgverstrekking zowel op het vlak van consultaties als voor een ziekenhuisopname en medicatie voorhanden zijn.

In de mate dat de verzoekende partij voorhoudt dat haar rechten van verdediging zijn geschonden en artikel 13 van het EVRM omdat voetnoot 13 van het medisch advies niet toegankelijk is, merkt de Raad op dat dergelijke schending in dit geval niet dienstig is. Gelet op de inhoud en het doel van de rechtsregel, kan deze schending niet dienstig worden opgeworpen zonder ook de bepaling van hetzelfde verdrag aan te duiden, waarvan de schending een effectief rechtsmiddel vereist (RvS 4 januari 2006, nr. 153.232). De verzoekende partij roept de schending in van artikel 3 van het EVRM, maar hierboven werd reeds besproken dat zij geen schending van artikel 3 van het EVRM aantoonde. Dit onderdeel is onontvankelijk. In het kopje van het middel haalt de verzoekende partij de schending van artikel 8 van het EVRM aan, maar zij laat na uiteen te zetten op welke wijze artikel 8 van het EVRM geschonden zou zijn.

Evenmin toont zij enig belang bij de grief aan die stelt dat zij voetnoot 13 van het medisch advies niet kan openen, nu uit het gezegde ter terechtzitting blijkt dat de advocaat van de verzoekende partij zelfs geen poging hiertoe heeft verricht en de samenvatting terug te vinden is in het medisch advies. Bovendien toont de verzoekende partij met geen enkel element aan dat deze samenvatting niet correct zou zijn.

Waar de verzoekende partij stelt dat bij de vraag tot toegang tot het administratief dossier de Dienst Vreemdelingenzaken 30 dagen heeft om haar dit te bezorgen, wijst de Raad erop dat zij geen afschrift heeft gevraagd, zodat zij geen belang heeft bij deze grief.

De verzoekende partij bekritiseert het motief dat als titel van voorbeeld privé-instellingen opsomt van de zorgverlening, verstrekt door de zusters van het Heilig Hart in Doula en Yaoundé en Mbam. Zij stelt dat deze centra's geografisch te ver zijn van Bamenda en dat zij Mbam niet terugvindt. Met deze kritiek gaat de verzoekende partij opnieuw voorbij aan de vaststelling dat zij ook voor deze hulp terecht kan in Yaoundé.

De Raad herhaalt dat de verzoekende partij nalaat concreet uiteen te zetten wat haar belet bijvoorbeeld om in Yaoundé te wonen. Zij heeft in de asielaanvraag uiteengezet dat zij vrees voor haar schoonbroer had en dat zij haar kinderen heeft achtergelaten. Evenmin geeft zij redenen weer die haar beletten de zorgverlening en medische behandelingen, zoals voorgesteld in de MedCOI-documenten, te aanvaarden (ondermeer in de plaatsen en ziekenhuizen, terug te vinden in die documenten). De Raad verwijst naar hetgeen is uiteen gezet in punt 2.4.2. De loutere verwijzing naar de afstand met Bamenda volstaat in dit geval niet, temeer zij in het asielrelaas aangaf dat haar vrees bestond door het gedrag van haar familie. Integendeel stelt de verzoekende partij op pagina 26 van haar aanvullende aanvraag van 18 december 2017 dat zij geen persoon heeft in Kameroen die over haar kan waken.

Voorts blijkt uit de eerdere bespreking dat een regelmatige opvolging door een psychiater in het herkomstland kan gebeuren. De arts-adviseur vermeldt ook andere congregaties buiten deze van Mbam.

Waar de verzoekende partij erop wijst dat zij arbeidsongeschikt is, kan de Raad enkel vaststellen dat de arts-adviseur correct heeft vastgesteld dat zij geen bewijs hiervan heeft neergelegd. Verder wijst de arts-adviseur erop dat zij nog contacten heeft met familie en kennissen in het herkomstland en op de hulp die zij kan krijgen van het IOM, dat haar kan bijstaan in het vinden van werk. Eerder is onderzocht dat een adequate behandeling voor de verzoekende partij voorhanden is in het herkomstland zodat in tegenstelling met wat de verzoekende partij beweert, wel bijstand van het IOM mogelijk is. In het middel ontkent de verzoekende partij deze bijstandshulp van het IOM niet, maar herhaalt zij dat geen beroep op het IOM mogelijk is omdat zij in Kameroen geen adequate opvolging voor haar medische problematiek kan krijgen. Dit laatste is niet correct, zoals eerder besproken.

Verder betwist de arts-adviseur niet dat een medische opvolging (zowel zorgverlening als medicatie) noodzakelijk is. Noch werd de ernst van haar ziekte betwist.

Dit werd onderzocht en beoordeeld.

Waar de verzoekende partij erop wijst dat zij een vertrouwensband heeft opgebouwd met het centrum *Méridien*, stelt de arts-adviseur: *"Zij attesteren dat Mevr. M. heel achterdochtig is naar hulpverleners toe en dat zij enkel in Le Méridien opgevolgd kan worden, omdat er daar een vertrouwensrelatie zou opgebouwd geweest zijn met de sociaal assistente. Uit de voorgelegde verslagen blijkt echter niet dat*

*betrokkene steeds bij dezelfde psychiater terecht kon (attesten van 3 verschillende psychiaters in opleiding en verwijzing naar opvolging gedurende 1 jaar (10/2015-10/2016) bij een andere psychiater).*

*Bij Mevr. M. werd ook hoge bloeddruk (arteriële hypertensie) vastgesteld en astma.*

*De behandelende cardioloog stelt zich regelmatig vragen bij de therapietrouw van Mevr. M..”*

Dit vindt steun in het administratief dossier. De verzoekende partij toont niet aan dat de behandeling slechts door één persoon kan gegeven worden. Zij weerlegt deze vaststellingen van de arts-adviseur niet.

De verzoekende partij toont niet aan dat de ziekte die zij heeft, waaronder post-traumatisch stressyndroom en schizofrenie, mits het nemen van de medicatie, haar niet in staat stelt te werken.

Verder doet het gegeven dat de verzoekende partij zes jaar in België verblijft, zij banden heeft opgebouwd in België, dat er een afhankelijkheid is met de personen met wie zij banden heeft en dit belangrijk is voor haar mentaal evenwicht aan het voorgaande geen afbreuk.

De verzoekende partij weerlegt niet het besluit van de arts-adviseur. Het onderzoek, gevoerd door de arts-adviseur, is concreet en specifiek op de verzoekende partij gericht: de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen die de verzoekende partij behoeft, zijn grondig nagegaan.

Het zorgvuldigheidsbeginsel is niet geschonden.

Verder herhaalt de Raad dat de verzoekende partij niet aannemelijk maakt dat zij een ziekte heeft, van die aard dat een mogelijke schending van artikel 3 van het EVRM kan uitlokken. De Raad verwijst naar punt 2.3.3.

De verzoekende partij maakt evenmin de schending van artikel 9<sup>ter</sup> van de Vreemdelingenwet aannemelijk.

2.5.3. De verzoekende partij maakt de schending van de door haar aangehaalde bepalingen en beginselen van behoorlijk bestuur in het derde onderdeel niet aannemelijk.

2.6.1. In haar vierde en laatste onderdeel verwijt de verzoekende partij de arts-adviseur het causale verband tussen haar psychiatrische problemen en haar vlucht uit het herkomstland niet ernstig te nemen.

De verzoekende partij beweert, zonder dit te staven, dat zij gevlucht is door het misbruik, ondergaan in het herkomstland. De verzoekende partij blijft zeer vaag in dit betoog. In elk geval hield zij in haar asielaanvraag voor, zoals eerder gesteld, dat zij vluchtte voor haar familie, zodat zij niet aangeeft waarom elders in het land, verder van de familie, zij niet geconfronteerd wordt met het opgelopen trauma.

2.6.2. De Raad verwijst opnieuw naar de asielaanvraag die zij indiende en die resulteerde in het ongeloofwaardig achten van de feiten die de verzoekende partij voorhield. Zij maakt dan ook niet aannemelijk dat haar medische problemen, louter door haar vlucht, zijn ontstaan en haar trauma is opgelopen in het hele het land. Bij gebreke aan concrete gegevens, meegedeeld aan het bestuur voor het nemen van de bestreden beslissing, kan zij thans de bestreden beslissing niet verwijten geen onderzoek te verrichten naar het causale verband tussen de medische problemen en haar vlucht.

De verzoekende partij maakt in haar vierde onderdeel niet concreet met welk (ander) element van haar vlucht had moeten rekening gehouden worden en maakt evenmin het causaal verband concreet. Haar vrees, zoals geuit in het asielaanvraag, wordt op vage wijze herhaald. Waar zij wijst op het causaal verband tussen haar ziekte en de terugkeer naar het herkomstland, kan de Raad enkel vaststellen dat, zo er al een oorzakelijk verband is, uit de gegevens van het dossier blijkt dat zij vluchtte uit Bamenda en dat zij geen kritiek concreet uit aangaande een eventueel verblijf in Yaoundé.

Met deze uiteenzetting maakt de verzoekende partij de schending van de formele en materiële motiveringsplicht niet aannemelijk.

2.6.3. Dit onderdeel is, zo al ontvankelijk, ongegrond.

2.7. De Raad besluit dat de verzoekende partij geen enkel gegrond middel heeft aangevoerd. Zij voert geen andere grieven aan dan hierboven besproken zodat evenmin een schending van artikel 74/13 van de Vreemdelingenwet en artikel 24 van het Handvest aannemelijk is.

### 3. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel aangevoerd dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden. 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 veertien mei tweeduizend negentien door:

mevr. M. BEELEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

M. BEELEN