

## Arrest

nr. 224 542 van 31 juli 2019  
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat K. VERSTREPEN  
Rotterdamstraat 53  
2060 ANTWERPEN**

tegen:

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

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

Gezien het verzoekschrift dat X, als wettelijke vertegenwoordiger van zijn minderjarige kinderen en X, in eigen naam en als wettelijke vertegenwoordigster van haar minderjarige kinderen X, X en X, die verklaren van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 1 maart 2019 hebben ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 8 januari 2019, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt.

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 1 april 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 24 april 2019.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. MILOJKOWIC.

Gehoord de opmerkingen van advocaat B. DHONDT, die loco advocaat K. VERSTREPEN verschijnt voor de verzoekende partijen, en van advocaat T. SCHREURS, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

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

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 30 januari 2019 wordt de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing:

*“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 3.1.2011 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :*

*N., E. M. (...) (R.R.: (...))*

*Geboren te Obeidu-Uromi op 14.04.1971*

*+ minderjarige kinderen:*

*-N., D. D. (...); °21.02.2004*

*-N., J. H. (...); °29.03.2007*

*-N., T. T. (...); °16.12.2008*

*-N., A. D. (...); °27.04.2017*

*nationaliteit: Nigeria*

*adres: (...)*

*in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, deel ik u mee dat dit verzoek ontvankelijk doch ongegrond is.*

*Reden(en) :*

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

*Er werden medische problemen aangehaald voor N. J. H. (...) en N. E. M. (...) die echter niet weerhouden werden. (zie medisch advies arts adviseur dd. 18.12.2018 onder gesloten omslag)*

*Derhalve*

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

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

*Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op 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.*

*Gezien de asielprocedure van betrokkenen nog lopende is, of er nog geen bijlage 13qq afgeleverd werd na het afsluiten van de asielprocedure, verzoek ik u het attest van immatriculatie dat aan betrokkenen werd afgegeven verder te verlengen tot nadere berichtgeving over de asielprocedure.*

*Gelieve tevens instructies te geven aan het Rijksregister om betrokkenen terug in het Wachtregister in te schrijven.“*

**2. Onderzoek van het beroep**

**2.1.1. Verzoekster voert een eerste middel aan:**

*“Middelen in rechte*

*EERSTE MIDDEL; Schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, schending van de motiveringsplicht vervat in artikel 62 Vreemdelingenwet en artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, alsook de*

*zorgvuldigheidsverplichting, alsook schending van de artikel 3 van het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens, artikel 14 van het Anti-Folterverdrag en artikel 41 van het Handvest van Grondrechten van de Unie.*

#### *De beslissing*

*De bestreden beslissing stelt dat de medische elementen aangehaald door verzoeker niet weerhouden kunnen worden op grond van het medisch advies.*

*Om die redenen,, stelt de bestreden beslissing, kan uit het medisch dossier niet worden afgeleid dat verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit, of, kan uit het voorgelegd medisch dossier niet worden afgeleid dat verzoekende partij 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.*

*Bijgevolg, stelt de bestreden beslissing, is niet bewezen dat een terugkeer naar Nigeria een inbreuk maakt op de oude kwalificatierichtlijn noch op artikel 3 van het EVRM.*

*De bestreden beslissing maakt verder geen melding van artikel 9ter Vw.*

#### *Het medisch advies*

*In het medisch advies weerhoudt de ambtenaar-geneesheer voor Justin dat het om een 11-jarige Nigeriaanse jongen gaat met astma.*

*Volgens de ambtenaar-geneesheer is er in Nigeria een behandeling beschikbaar en toegankelijk.*

*Voor mevrouw N. (...) weerhoudt de ambtenaar-geneesheer dat het gaat om een 46-jarige vrouw uit Nigeria, met een uitgebreide traumatische voorgeschiedenis in Nigeria, met vier kinderen op het grondgebied, die lijdt aan PTSS, psychose en depressie, die verscheidene keren werd opgenomen wegens een suïciderisico, nood heeft aan een huisarts, psychiater en cardioloog en verschillende types medicatie moet innemen.*

*Volgens de ambtenaar-geneesheer worden er geen argumenten voor medische mantelzorg gegeven.*

*Volgens de ambtenaar-geneesheer is op basis van de MEDCOI informatie er een huisarts en psychiater beschikbaar in Nigeria, en werd in "bijlage 2" de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond.*

*Volgens de ambtenaar-geneesheer zouden de meeste zorgen en begeleiding die verzoekende partij nodig heeft beschikbaar zijn in verschillende publieke instellingen. Voor de opvolging door de cardioloog zou verzoekster zich kunnen wenden tot de tweede en derde lijn", zonder dat duidelijk wordt wat dit precies inhoudt. De zeer gespecialiseerde geneeskunde zou verzoekster niet nodig hebben volgens de ambtenaar geneesheer.*

*Voor de mentale gezondheid van verzoekster verwijst de ambtenaar-geneesheer naar de prevalentie van psychische problemen in Nigeria in het algemeen. 14 instellingen, waaronder 6 overheidsinstellingen zouden hulp kunnen bieden. De kostprijs van medicatie zou een struikelblok zijn.*

*Verzoekster haar partner zou kunnen werken in Nigeria volgens de ambtenaar-geneesheer en zo de medicatie bekostigen. Verzoekster zou dan weer aangepaste arbeid kunnen verrichten.*

*Er zouden nog enige contacten zijn in het herkomstland die eventueel zouden kunnen bijdragen voor de opvang en re-integratie.*

#### *Grieven:*

*De arts-adviseur weerhoudt de nood aan mantelzorg niet. Nochtans is verzoekster weinig tot niet zelfredzaam, wordt ze continu begeleid door Leen Mollet van het VLOS in St. Niklaas en vermeldt het medisch attest van 16 september 2011 van Dr. Hermans de nood aan mantelzorg.*

*In het 'Advies nr. 65 van 9 mei 2016 betreffende de problematiek van vreemdelingen met ernstige medische, inclusief psychiatrische, problemen' van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek (stuk 2) stellen de ambtenarengeneesheren van de DVZ een diagnose wanneer ze ziekte, graad van ernst en noodzakelijk geachte behandeling beoordelen, en vallen ze eenduidig onder Code van geneeskundige plichtenleer. Zij zijn niet bevoegd, zonder de patiënt/verzoeker te zien en te onderzoeken, de diagnoses van de arts van verzoeker te wijzigen noch te oordelen welke medicatie noodzakelijk is en welke niet. Het Grondwettelijk Hof bevestigt ook dat de arts-adviseur van de DVZ onder de Code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Orde van Geneesheren valt (Grondw. Hof, arrest van 28 juni 2012, nr 82/2012, B.15). De arts-adviseur kan de diagnose van de behandelende arts niet vervangen door een eigen, andere diagnose, en al helemaal niet zonder verzoeker effectief te zien of zelf te onderzoeken.*

*Verzoekster haar situatie dient eerst en vooral correct gekwalificeerd te worden. Het gaat om een suïcidale 47 jarige vrouw uit Nigeria, die reeds sinds 2001 in Europa is en geen enkele netwerk meer heeft in Nigeria. Ze heeft geen contact met de kinderen die ze heeft achtergelaten daar hoewel ze niets liever wil. Ze lijdt aan bijzonder ernstige vorm van een post-traumatische stressstoornis, psychose met hallucinaties en depressie. Oorzaak ligt in de foltering die haar te beurt is gevallen in Nigeria en een bijzonder traumatische jeugd. Verzoekster is een slachtoffer van foltering. Haar man en zoon Terry hebben eveneens ernstige medische problemen. Haar man riskeert ledematen te verliezen door zijn diabetes, en Terry kampt met ernstige psychologische problemen die opvolging vergen. Verzoekster vreest dat haar dochter in Nigeria zal besneden worden, hetgeen continue waakzaamheid van haar zou vergen. Het feit dat ze geen eigen familie heeft om naar terug te keren, het feit dat ze vreest dat de familie van haar man hun dochter zou willen laten besnijden, het feit dat Terry bijzonder veel aandacht vergt, het feit dat zij vanwege haar psychische problemen riskeert gedwongen opgenomen te worden in Nigeria en het feit dat ze de taal niet spreekt van de familie van haar man, maakt dat het gezin bijzonder hulpbehoevend, geïsoleerd en extreem kwetsbaar is.*

*Zoals hieronder aangetoond zal worden met recente landeninformatie kan de psychiatrische zorg in Nigeria verzoeksters waardigheid niet garanderen, in tegendeel, de psychiatrie en het maatschappelijke stigma t.o.v. mensen met een psychische problematiek leiden tot een ondermijning van diezelfde waardigheid en verzoekster riskeert onder meer in detentie-achtige omstandigheden vastgehouden te worden in Nigeria.*

*Volgens de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) inzake artikel 3 EVRM kan lijden dat wordt veroorzaakt door een natuurlijk optredende lichamelijke of geestelijke ziekte onder artikel 3 EVRM vallen als het wordt verergerd of dreigt te worden verergerd door een behandeling die het gevolg is van detentievoorwaarden, uitzetting of andere maatregelen waarvoor de overheid verantwoordelijk kan worden gehouden, mits het daaruit voortvloeiende lijden de ernst heeft die dat artikel minimaal vereist (zie in die zin EHRM, 13 december 2016, Paposhvili tegen België, CE:ECHR:2016:1213JUD004173810, §§174 en 175; arrest van 16 februari 2017, C. K. e.a., C-578/16 PPU, EU:C:2017:127, punt 68).*

*Volgens de rechtspraak van het EHRM is eenzelfde mate van ernst vereist opdat artikel 3 EVRM kan worden aangevoerd tegen een uitwijzing van een persoon met een ziekte die niet natuurlijk is opgetreden, in het geval dat de ontoereikende zorg waaraan hij eenmaal uitgewezen mee te maken zal krijgen, niet het gevolg is van opzettelijk handelen of nalaten van de staat waarnaar hij wordt teruggestuurd (zie EHRM, 29 januari 2013, S. H. H. tegen Verenigd Koninkrijk, CE:ECHR:2013:0129JUD006036710, § 89).*

*Wat meer in het bijzonder de mate van ernst betreft die is vereist opdat er sprake is van een schending van artikel 3 EVRM, volgt uit de meest recente rechtspraak van het EHRM dat die bepaling zich verzet tegen de verwijdering van een ernstig zieke persoon wanneer deze persoon het risico loopt om in de zeer nabije toekomst te sterven of wanneer er grondige redenen zijn om aan te nemen dat deze persoon, ook al loopt hij niet het risico om in de zeer nabije toekomst te sterven, zou worden blootgesteld aan een reëel risico op een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van zijn gezondheidstoestand die voor een intens lijden zou zorgen of op een significante daling van zijn levensverwachting, omdat hij in het land waarnaar hij wordt verwijderd geen adequate behandeling of geen toegang tot een dergelijke behandeling zou krijgen (zie EHRM, 13 december 2016, Paposhvili tegen België CE:ECHR:2016:1213JUD004173810, §§ 178 en 183). '*

*Volgens het Hof van Justitie, in de interpretatie van artikel 4 en 19 van het Handvest wat overeenstemt met artikel 3 van het EVRM, mag, in het bijzonder wanneer er sprake is van een ernstige psychische aandoening, niet worden volstaan met kijken naar de gevolgen van het fysieke vervoer van de betrokkene van een lidstaat naar een derde land, maar moet er rekening worden gehouden met alle aanzienlijke en onomkeerbare gevolgen die uit de verwijdering zouden voortvloeien (zie naar analogie arrest van 16 februari 2017, C. K. e.a., C-578/16 PPU, EU:C:2017:127, punt 76). Daarbij komt nog dat, gelet op het fundamentele belang van het verbod op foltering en onmenselijke of vernederende behandelingen dat in artikel 4 van het Handvest is neergelegd, specifiek aandacht moet worden besteed aan de bijzondere kwetsbaarheid van personen van wie het psychologisch lijden, dat in geval van verwijdering zou kunnen verergeren, is veroorzaakt door foltering of onmenselijke of vernederende behandelingen waaraan zij in hun land van herkomst onderworpen zijn geweest.*

*In het arrest, Bensaid t. Verenigd Koninkrijk (2001 33 EHRR 10) heeft het EHRM geoordeeld dat een suïciderisico voor een man die behandeld werd in de ontvangststaat wegens psychose en schizofrenie onder artikel 3 EVRM kan vallen.*

*"Deterioration in the applicant's already existing mental illness could involve relapse into hallucinations and psychotic delusions involving self-harm and harm to others, as well as restrictions in social functioning (eg withdrawal and lack of motivation). The Court considers that the suffering associated with such a relapse could, in principle fall within the scope of article 3." (§37).*

*In het arrest Aswat t. het Verenigd Koninkrijk (no. 17299/12, § 49, 16 april 2013, §57) oordeelt het EHRM dat een uitlevering van een man die vervolgd wordt wegens terrorisme een onmenselijke behandeling zou inhouden omdat de detentieomstandigheden waar hij zou vastgehouden worden zijn paranoïde schizofrenie waarschijnlijk zouden verergeren, en dat een significante, verslechtering van de fysieke en psychische gezondheid voldoende was om aanleiding te geven tot een schending van artikel 3 van het EVRM.*

*Verzoeksters problematiek is complex en valt onder verschillende aspecten onder de bescherming die artikel 3 EVRM biedt.*

*Ten eerste heeft ze al een vorm van foltering ondergaan. Het rapport van CONSTATS heeft erg duidelijk volgens de geldende internationale richtlijnen (Protocol van Istanboel) vastgesteld dat de vele letsels en littekens die ze heeft overeenkomen met haar verklaringen en er is vast komen te staan dat ze al aan foltering onderworpen is geweest.*

*Art. 14 van het Anti-folterverdrag voorziet voor slachtoffers van foltering dat ze toegang hebben tot een effectief zo volledig mogelijk herstel:*

*"1. iedere Staat die Partij is, waarborgt in zijn rechtsstelsel dat het slachtoffer van foltering genoegdoening krijgt en een rechtens afdwingbaar recht op een billijke en toereikende schadevergoeding, met inbegrip van de middelen voor een zo volledig mogelijk herstel. Ingeval van overlijden van het slachtoffer ten gevolge van foltering hebben zijn nabestaanden aanspraak op schadevergoeding.*

*2. Niets in dit artikel doet afbreuk aan de rechten van het slachtoffer of van anderen op schadevergoeding die krachtens het nationale recht kunnen bestaan."*

*Dit omvat ook de nodige medische zorgen en psychologische bijstand om te kunnen omgaan met de gevolgen van de ondergane foltering. Voor verzoekster is een terugkeer naar Nigeria niet enkel gevaarlijk, het is ook ondenkbaar en fundamenteel tegengesteld aan de notie van herstel.*

*Zoals er terecht in het \*Witboek over de machtiging, tot verblijf om medische redenen (9ter)' wordt gesteld dient de ambtenaar-geneesheer een onderzoek te voeren naar de daadwerkelijke toegang tot zorgen in het herkomstland. Er dient daarbij rekening gehouden te worden met de individuele situatie van de verzoeker, d.i. zijn leeftijd, gezondheidstoestand, mobiliteit, sociaal en familiaal netwerk in het herkomstland, financiële middelen, niveau van onderwijs, sociale status, mogelijkheid te werken, toegang tot ziekte verzekering, .... als elementen van geografische aard, financiële aard, of structurele aard (het al dan niet bestaan van een ziekteverzekeringstelsel en beschikbare medicatie (stuk3, pg 62-63).*

*Uw Raad heeft zelf al meermaals geoordeeld dat bij het "onderzoek of er een aangepaste en voldoende toegankelijke behandeling in het land van verblijf bestaat, dient geval per geval te gebeuren, rekening*

houdend met de individuele situatie van de aanvrager die beoordeeld dient te worden binnen de grenzen van het EHRM" (RvV, 19 november 2013, nr. 225 522)

In het Grote Kamer arrest van het EHRM, *Paposhvili t. België* van 16 december 2016 oordeelt het Hof dat er dient nagegaan te worden door de overheid in welke mate de betrokkenen daadwerkelijke toegang zal hebben tot de nodige zorg en faciliteiten. Het Hof acht daarbij noodzakelijk dat de kost van de zorg moet meegerekend worden, evenals de sociale en familiale netwerken die er zijn, de afstand die moet afgelegd worden om de nodige zorg te genieten: " 190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, § 55, and *Tatar*, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see *Karagoz v. France* (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001; *N. v. the United Kingdom*, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and *E.O. v. Italy* (dec.), cited above). "

De ambtenaar-geneesheer heeft enkel nagegaan of de medicatie beschikbaar is en of er een ziekteverzekeringssysteem is, en of er in principe opvolging en behandeling mogelijk is.

Van de medicatie heeft verzoeksters raadsman een lijst gekregen na navraag bij verwerende partij (stuk 4, mailverkeer met dienst Openbaarheid van Bestuur)" Voor de behandeling en beschikbare artsen werden echter MEDCOI documenten aan verzoeksters raadsman overgemaakt die een ander referentienummer hebben dan de documenten die vermeld werden in het advies van de arts-adviseur, en deze documenten lijken ook niet van toepassing te zijn op verzoekster gezien de nodige psychiaters, cardiologen en huisartsen niet vermeld worden. De documenten die verwijzen naar de ziekteverzekering in Nigeria het zogenaamde Country Fact Sheet 2017, werden niet gevoegd, hoewel verzoeksters raadsman uitdrukkelijk gevraagd had alle documenten over te maken waar naar verwezen werd in de bestreden beslissing. Dit maakt een schending uit van de motiveringsplicht en van artikel 41 van het Handvest van Grondrechten.

Zoals in het rapport van de Ombudsman omtrent de medische regularisaties werd opgemerkt: "Door enkel het nummer van het verzoekschrift MedCOI in de aan de vreemdeling meegedeelde beslissing te vermelden om de beschikbaarheid van de medische behandeling in het land van herkomst te verantwoorden, handelt de Medische Sectie niet op transparante wijze. De bestemming van de beslissing is niet in staat om de redenen te begrijpen." (Rapport Medische Regularisatie van de Federale Ombudsman, 16 november 2016, pg. 28; stuk 3)

De motiveringsplicht werd geschonden, in samenhang met artikel 3 van het EVRM.

Artikel 62, §2, eerste lid Vw. stelt: "De administratieve beslissingen worden met redenen omkleed. De feiten die deze beslissingen rechtvaardigen worden vermeld, behalve indien redenen van Staatsveiligheid zich daartegen verzetten." Artikel 2 van de Wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen van 29 juli 1991 stelt: "De bestuurshandelingen van de besturen bedoeld in artikel 1 moeten uitdrukkelijk worden gemotiveerd." Artikel 3 van die wet stelt: "De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moet afdoende zijn." Het afdoende karakter van de motivering houdt in dat de motieven pertinent moeten zijn, wat wilt zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moeten hebben, en dat ze draagkrachtig zijn, wat wilt zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te schragen. De belangrijkste bestaansreden van de motiveringsplicht bestaat erin dat de betrokkene in de beslissing de motieven moet kunnen aantreffen derwijze dat kan worden nagegaan of de overheid van redenen die in feite en rechte juist zijn, of de overheid die gegevens correct heeft beoordeeld, en of ze op die gronden redelijkerwijze tot haar beslissing is kunnen komen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is een annulatieberoep tegen de beslissing in te dienen (RvS, 18 januari 2010, nr. 199. 583; RvS, 11 december 2015, nr; 233. 222). Artikel 41 van het Handvest Van Grondrechten van de Unie voorziet in een recht op behoorlijk bestuur, waarbij wordt gesteld dat eenieder het recht heeft dat zijn zaken onpartijdig, billijk en binnen een redelijke termijn door de instellingen en organen van de Unie worden behandeld en dat de betrokken instanties daarbij de plicht hebben om hun beslissingen met redenen te omkleeden. In deze context is de rechtspraak van het Hof volgens dewelke de doeltreffendheid van de door artikel 47 van het Handvest gewaarborgde rechterlijke toetsing vereist dat de belanghebbende kennis kan nemen van de gronden waarop het jegens hem genomen besluit is gebaseerd, hetzij door lezing van het besluit

zelf, hetzij doordat de redenen hem op zijn verzoek worden meegedeeld (HvJ 17 maart 2011, C-372/09 en C-373/09, Penarroja Fa, pt. 63; HvJ 17 november 2011, C-430/10, Gaydarov, pt. 41.), uitermate relevant. Dit is immers een *conditio sine qua non* teneinde hem de mogelijkheid te bieden zijn rechten onder zo goed mogelijke omstandigheden te verdedigen en met volledige kennis van zaken te beslissen of hij er baat bij heeft om zich tot de bevoegde rechter te wenden, en teneinde deze laatste ten volle in staat te stellen om de wettigheid van het betrokken nationale besluit te toetsen (HvJ 15 oktober 1987, C-222/86, Heylens e.a., pt. 15; HvJ 3 september 2008, C-402/05 P en C-415/05 P, Kadi en Al Barakaat International Foundation, pt. 337; HvJ 17 november 2011, C-430/10, Hristo Gaydarov, pt. 41; HvJ 20 september 2011, T-461/08, Evropaiki Dynamiki, pt. 122. Zie ook de bespreking onder art.) (Marleen Maes en Anja Wijnants, Tijdschrift voor Vreemdelingenrecht, nr. 2, 2016, Het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie: een nieuwe speler in het vreemdelingenrecht (Deel 2), pg.167) Artikel 41.2 van het Handvest bevat ook: "het recht van eenieder om toegang te krijgen tot het dossier hem betreffende, met inachtneming van het gerechtvaardigde belang van de vertrouwelijkheid en het beroeps- en het zakengeheim".

Verzoekster heeft niet tijdig toegang gekregen tot haar dossier, waardoor ze niet in staat was tijdig op een effectieve manier een beroep voor te bereiden en op te stellen.

Er werd geen specifieke instelling aangeduid waar verzoekster terecht zou kunnen, er werden geen afspraken gemaakt met een dergelijke instelling, er werd niet in rekening gebracht dat verzoekster zelf bijzonder kwetsbaar is en moeilijk kan communiceren of zich op deze of gene wijze naar die instelling zou kunnen begeven, geen inkomen of middelen heeft, geen netwerk meer heeft ter plaatse die haar kan helpen, geen uitleg kan geven over haar aandoening en welke behandeling zij behoeft, etc.

De veronderstelling dat verzoekster en haar man werk kunnen vinden is onredelijk gelet op haar bijzonder ernstige psychomedische problematiek, het feit dat zij haar dochter niet kan achterlaten bij een vreemde vanwege de uiterst prangende vrees tot besnijdenis, het feit dat haar man zelf worstelt met een medische problematiek die hem ernstig gehandicapt dreigt te maken en het feit dat Terry continu zorg en waakzaamheid nodig heeft. Daar komt nog bij dat zij 20 jaar niet in Nigeria geweest en dat er momenteel meer dan 20 procent werkloosheid is in Nigeria (stuk 5, <https://guardian.ng/news/niariasunemployment-rate-jumps-to-23-1-percent/>), gekoppeld aan het feit dat Nigeria het land ter wereld met het meest extreme armoede is. Ongeveer de helft van de Nigeriaanse bevolking, zo'n 87 miljoen Nigerianen, leeft op minder dan 1,90 USD per dag (stuk 6, <https://edition.cnn.com/2018/Q6/26/africa/nigeria-overtakesindia-extreme-poverty-intl/index.html>)

In het Grote Kamer arrest van het EHRM, Paposhvili t. België van 16 december 2016 oordeelt het Hof dat er dient nagegaan te worden door de overheid in welke mate de betrokkenen daadwerkelijk toegang zal hebben tot de nodige zorg en faciliteiten. Het Hof acht daarbij noodzakelijk dat de kost van de zorg moet meegerekend worden, evenals de sociale en familiale netwerken die er zijn, de afstand die moet afgelegd worden om de nodige zorg te genieten: " 190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, § 55, and *Tatar*, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see *Karagoz v. France* (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001; *N. v. the United Kingdom*, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and *E.O. v. Italy* (dec.), cited above)."

Verwerende partij moet een realistische inschatting maken van verzoeksters situatie bij terugkeer, na meer dan 8 jaar in procedure geweest te zijn in België, en 20 jaar afwezig te zijn geweest uit Nigeria, met kinderen waarvan ze er eentje moet beschermen tegen genitale, verminking en eentje met ernstige psychische problemen, en geen een van de kinderen spreekt de lokale taal, enkel Engels. Ze heeft geen rechten opgebouwd om van een werkloosheidsvergoeding te kunnen genieten.

Het is manifest onredelijk om ervan uit te gaan dat een ernstig psychisch gestoord folterslachtoffer die suïcidaal is en van tijd tot tijd gedwongen opgenomen wordt, en haar dochtertje tegen genitale verminking wilt beschermen, die al 20 jaar niet in Nigeria geweest is, en die vier kinderen heeft die enkel Engels en Nederlands spreken, waarvan één continu aandacht nodig heeft, zonder enig familiaal netwerk, met een man die zelf ernstige medische problemen heeft, er in zal slagen om in een land met meer dan 20 procent werklozen en waarvan de helft van de mensen in extreme armoede leeft, een job

zal vinden en houden die hen in staat stellen alle nodige medicatie te betalen én in hun dagelijkse bestaan te voorzien.

*Er mag aan herinnerd worden dat verzoekers hier, in een functionerende economie met grondrechtelijke bescherming tegen complete ontbering, de voorbije jaren enkel hebben kunnen overleven door het appartement dat VLOS ter hunner beschikking gesteld heeft en de dagelijkse steun en opvolging die ze van VLOS uit krijgen. Er dient in hetzelfde kader aan herinnerd te worden dat ze in diezelfde goed functionerende staat die ons land is, meer dan 8 jaar hebben moeten wachten op een definitieve beslissing over een grondrecht met betrekking tot hun directe waardigheid. Aannemen dat het hen in Nigeria beter zal varen mist elke grond.*

*Welke afstand verzoekster zou moeten afleggen, hoe zij effectief toegang zou kunnen krijgen tot de nodige zorg, hoe ze haar rechten zou moeten vrijwaren, ... daar werd geen onderzoek naar gevoerd en geen rekening mee gehouden.*

*Onder artikel 3 van het EVRM moet niet louter gekeken worden naar wetgevende initiatieven maar naar de situatie in de praktijk (EHRM, M.S.S. t. België en Griekenland, 21 januari 2011, § 354).*

*Ten eerste dient er op gewezen te worden dat genitale verminking in Nigeria een bijzonder groot probleem is. Of het CGVS nu van oordeel zal zijn dat het risico groot genoeg is voor Amarachi dat ze internationale bescherming nodig heeft of niet, zelfs al wordt dat risico niet groot genoeg geacht om te kwalificeren als vluchteling, het is en blijft een risico voor Amarachi, verzoekster is er doodsbang voor door wat zij zelf heeft meegemaakt in haar jeugd en voor haar vertrek, en het zal haar gedrag in Nigeria determineren, waardoor het risico als factor mee in rekening moet gebracht worden als relevante individuele omstandigheid bij het bepalen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in Nigeria.*

*"The UNICEF country representative, Jean Gough described the practice as a major problem in Nigeria which affects one in every four women. She described FGM as "a harmful and violent practice that could scar girls for life both physically and psychologically." (Source: Naij.com, UN condemns female genital mutilation in Nigeria, 2016)*

*"Despite the existence of strict laws against rape, domestic violence, female genital mutilation, and child marriage, these offenses remain widespread, with low rates of reporting and prosecution." (Source: Freedom House, Freedom in the World 2017 - Nigeria, January 2017)*

*"A study by Alo and Babutunde (2011) on the Yoruba found that 'most of the respondents who disapprove the practice still cut their daughters'. One reason given was: '[T]hat is the demand of our tradition and culture. My husband makes decision regarding every issue like this at home.' FGM is a social norm - a deep-rooted cultural tradition and a behavioural expectation that is often reinforced by community or peer pressure, and failure to conform carries the threat of stigma, shunning or even eviction." (Source: 28 Too Many, Country Profile: FGM in Nigeria, October 2016)" (stuk 7)*

*Uit internationale rapporten blijkt dat de geestelijke gezondheidszorg in Nigeria bijzonder moeilijk beschikbaar en toegankelijk is, de medicatie vaak vervalsingen zijn of onbetaalbaar zijn, en dat de omstandigheden in psychiatrische centra onleefbaar zijn, en dat het sociaal stigma t.o.v. mensen met een psychische problematiek bijzonder ernstig is.*

*"According to the estimates, around 25 percent of all drugs are falsified and their effect is limited because the dosage is wrong. Since falsified drugs are less expensive, affected people most often opt for these drugs."*

*Selon les estimations, près de 25 pour cent des médicaments sont falsifiés et leur effet est limité, car les dosages sont incorrects. Comme les médicaments falsifiés sont moins chers, les personnes concernées opteraient le plus souvent pour de tels médicaments."*

*Source: SFH/OSAR, 2014*

*"Mental health-care services were almost nonexistent. Officials at a small number of prisons used private donations to provide separate mental health facilities for prisoners with mental disabilities. All prisoners with disabilities stayed with the general inmate population without regard to disability and received no specialized services."*

*Source: USDOS, 2016*



*"The 2014 SFH/OSAR report explained the very low rate of treatment of mental diseases by deficiencies in the Nigerian health system and by the stigmatization of mental disorder.*

*"According to an article of the magazine International Psychiatry, in Nigeria, 20 million people already suffered from a psychiatric problem. However, only 10 percent of all affected people received a treatment. This treatment gap is attributable to four determining factors: the lack of qualified staff and available places in psychiatric clinics, the stigmatisation of people with a mental disease, as well as structural problems in the health system."*

*"(...) An article from 2009 asserts the low number of psychiatrists: there are 130 psychiatrists for a total population of 140,003,542. Only about ten percent of the mentally ill people are being treated. The existing psychiatric clinics neither have personal nor financial resources to offer necessary treatments, and many patients do not have the financial possibilities to pay for a treatment."*

*"In the country profile on Nigeria of the WHO Mental Health Atlas, a pie graph shows that Nigeria had less than one mental health worker per 100,000 inhabitants. Nurses represented over 80 percent of this workforce. Psychiatrists were the second largest group in the mental health workforce, but there was still only one psychiatrist for one million inhabitants on average.*

*This source also stated that care of severe mental disorders was mainly funded by households themselves."*

*"The Swiss Refugee Help mentioned that general practitioners often lack training, in particular as far as mental health is concerned.*

*"Medical staff at the primary level, for instance general practitioners, is often badly trained.*

*This applies in particular for psychic disorders."*

*Original source:*

*"Le personnel de santé du secteur primaire, par exemple les médecins généralistes, est souvent mal formé. Cela s'applique notamment en matière de troubles psychiques."*

*Source: SFH/OSAR, 2014*

*According to the same source, pharmacy employees lack a ware ness of psychiatric diseases and can't provide medicine for mental diseases.*

*"According to doctor Olufemi Olugbile, manager and head doctor at Lagos State University Teaching Hospital (LASUTH), staff in the primary sector, e.g. pharmacy employees, hardly has any knowledge and interest in psychiatric clinical signs and in psychiatric treatment. Usually, it doesn't have medicine to treat mental diseases."*

*"According to the 2014 SFH/OSAR report, Nigeria has got fourteen state-run psychiatric hospitals and clinics, but most of them look more like detention centres and don't offer support or occupational therapy.*

*"In total, Nigeria has got eight psychiatric hospitals which are run and financed by the government. Six other psychiatric clinics are run by the federal states. (...) Many institutions look more like detention institutions in which patients are confined and treated only with medicine. Support or occupational therapy is lacking."*

*"A 2014 article of the US international broadcasting service "Voice of America" on mental healthcare in Nigeria gives an example of how patients are being treated at a mental health hospital in Kaduna (in Northern Nigeria). It states that patients are almost treated like inmates and that the admission in and the release from this facility depend on the family and on the staff, but not on patients themselves.*

*"As doctors work to convince the public mental health problems can and should be treated, patients at one facility in northern Nigeria say they are among the lucky ones. Half prison, half hospital, young men and women are treated for addictions and other mental maladies with hard work, counselling and prayer.*

*Patients at this facility refer to themselves as 'inmates' and wear maroon scrubs as uniforms and handcuffs on their feet to keep them from running away. They were committed by their parents or guardians, who also have the authority to set them free." Source: Voice of America, 2014*

*The 2010 SFH/OSAR report quoted a source from 2004 stating that mental treatment in Nigeria often harms the integrity of patients and that the treatment is worse in psychiatric departments than in somatic departments.*

*"In its description of psychiatric and psychological treatment facilities in Nigeria from 2004, the Norwegian Directorate of Immigration refers to the Nigerian Red Cross. It describes that the federal government does not have any policy regarding psychiatric care. There are some private suppliers for psychosocial services, but generally they are expensive. Psychotherapy is hardly provided. Since psychiatric patients are generally only admitted in psychiatric institutions at a very advanced stage of their sickness, the treatment is additionally difficult. Furthermore, the treatment of patients often harms their integrity. It generally asserts that in Nigeria, the possible treatment in the psychiatric sector is often even worse than in the somatic sector."*

"In its query answer from 2014, the SFH/OSAR found prices ranging from 10 to 150 US Dollar for an outpatient therapy against depression, but a specialist stated that one session of outpatient therapy costs already 70 US Dollar."

"According to the 2014 SFH/OSAR report, psychotherapies are available only in hospitals and they are very expensive. For severe cases of depression, the report mentions costs ranging from 400 to 600 US Dollar for one month of treatment, including drugs, psychotherapy and electroshocks.

□□ "Psychotherapies are available almost exclusively in private hospitals and some Federal Hospitals, and are therefore very expensive. (...)

According to a psychiatrist from a psychiatric clinic in Benin City, the costs for the hospitalisation of a severely depressive person amount to 400 to 600 US Dollar. This comprises the costs of one month of medicine, psychotherapy and electroshock therapy in severe cases."

"The Swiss Refugee Help reported the costs for hospitalisation in different psychiatric departments in Lagos, Abeokuta, Maiduguri and Kaduna. It found "admission deposits" ranging from 15.000 to 25.000 Naira (95 to 158 US Dollar as of early January 2014) and weekly accommodation fees ranging from 5.000 to 20.000 Naira (32 to 126 US Dollar, same baseline).

□□ "According to the statement of the head of Mental Health department of a university in North-East Nigeria, the costs for an in-patient treatment in a psychiatric facility vary from one region to another in Nigeria. The expert gave us following information:

Lagos:

Lagos State University Teaching Hospital: Admission deposit: 15,000 Naira (85.23 CHF), weekly accommodation costs 5,000 Naira (28.41 CHF). Lagos University Teaching Hospital: Admission deposit 23,000 Naira (130.68 CHF), weekly accommodation costs 20,000 Naira (113.64 CHF).

Abeokuta: Aro Neuropsychiatric Hospital Abeokuta: 50,000 Naira (284.09 CHF) for two months.

Maiduguri: admission deposit 22,300 Naira (126.71 CHF) for patients from Borno State. Else, 32,000 Naira (181.82 CHF) monthly.

Kaduna: admission deposit 25,000 Naira (142.05 CHF); patients from outside Kaduna State pay 50,000 Naira (284.09 CHF)."

"A query answer of the Swiss Refugee Help SFH/OSAR mentioned that people with a mental disease are rejected by society in Nigeria.

□□ "Different reports from 2009 state that psychic ill people are stigmatised and remain mostly untreated. Psychic ill people are often rejected by society, they lose their work and their network of personal relationship. Many families are ashamed of letting their relatives be treated. Sick family members are "tranquillised" for their own security and the security of their environment, at times chained and beaten."

"The 2014 report from SFH/OSAR adds that mental diseases are often considered to be witchcraft, and that affected people refrain from turning to medical staff out of fear of discrimination.

□□ "In case of symptoms typical for a mental disease, many people believe that the affected person is bewitched or that somebody put a spell on her. That is why affected people turn first to the church or to a traditional healer to heat, rather than turning to a doctor. The stigmatisation of people affected by a mental disease often prevents them from using psychiatric services out of fear of social discrimination."

"A recent report of the US Department of State states that there is no law prohibiting discrimination against people with any kind of disability. The report does not mention the states of Benin City, Enugu State or Anambra State among the states passing or having passed a law to protect the rights of these persons. The same report also states that people with disabilities are often discriminated, exploited and abused, including by their own families.

□□ "No federal laws prohibit discrimination against persons with physical, sensory, intellectual, or mental disabilities in employment, education, air travel and other transportation, access to health care, or the provision of other state services; the law does, however, prohibit discrimination based on the "circumstances of one's birth." Plateau and Lagos States have laws that protect the rights of persons with disabilities, while Akwa-Ibom, Jigawa, Osun, and Oyo States took steps to develop such laws. (...)

Persons with disabilities faced social stigma, exploitation, and discrimination, and relatives often regarded them as a source of shame. Many families viewed children with disabilities who could not contribute to family income as liabilities and sometimes severely abused or neglected them. Many indigent persons with disabilities begged on the streets. Persons with intellectual disabilities were stigmatized, sometimes even within the community of persons with disabilities." (stuk 8, Asylos, 'Nigeria: Access to healthcare (Tuberculosis, Hepatitis B and mental disorders) and perception of people with mental disorder', March 2017)

Besluitend kan er gesteld worden dat mensen met psychische problemen ernstig gestigmatiseerd worden, en aan de grillen van familie en psychiatrisch personeel worden overgelaten. Het bijgevoegde

*omtrent psychische problemen, de maatschappelijke discriminatie, het ontbreken van een wettelijk kader, en het feit dat de psychiatrie in Nigeria niet enkel bijzonder moeilijk toegankelijk is, maar geenszins uitgerust lijkt om om te gaan met de gevolgen van ernstig gendergerelateerd geweld, doet besluiten dat de noodzakelijke behandelingen noch voorzien, noch toegankelijk zijn.*

*Uiteraard zijn de bevindingen algemeen, maar dat maakt het net het noodzakelijke kader om het risico dat verzoeker dreigt te ondergaan te beoordelen.*

*De vaste rechtspraak van het EHRM is in deze bekend: "The risk alleged must be subjected to close scrutiny (see Saadi, cited above, § 128; Sufi and Elmi v. the United Kingdom, nos. 8319/07 and 11449/07, § 214, 28 June 2011; Hirsi Jamaa and Others, cited above, § 116; and Ta rakhei, cited above, §104) in the course of which the authorities in the returning State must consider the foreseeable consequences of removal for the individual concerned in the receiving State, in the light of the general situation there and the individual's personal circumstances (see Vilvarajah and Others, cited above, § 108; El-Masri, cited above, § 213; and Ta rakhei, cited above, § 105). The assessment of the risk as defined above (see paragraphs 183-84) must therefore take into consideration general sources such as reports of the World Health Organisation or of reputable non-governmental organisations and the medical certificates concerning the person in question."*

*Rekening houdend met wat in het hoger vermelde Aswat-arrest van het EHRM werd gesteld, staat vast dat verzoekster een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang van zijn gezondheidssituatie zou meemaken, resulterend in intens leiden, en voldoet daarbij aan de criteria zoals uiteengezet in § 183 van het Paposhvili arrest.*

*Verzoekster heeft bewijs aangedragen dat er ernstige gronden zijn om aan te nemen dat bij terugkeer hij een reëel risico op een behandeling in strijd met artikel 3 van het EVRM riskeert. Zoals het EHRM opmerking in § 186 van het Paposhvili arrest is een zekere mate van speculatie niet uit te sluiten, maar gelet op verzoeksters specifieke profiel dat op zich ook niet betwist wordt door verwerende partij, dient er geoordeeld te worden dat de betaalbaarheid van de medicatie effectief een struikelblok is, dat de echtheid van de medicatie dit eveneens is, dat de menswaardige zorg en gekwalificeerde opvolging en behandeling niet voorhanden zijn, dat het maatschappelijke stigma en discriminatie toegang tot de nodige zorg ernstig bemoeilijken, en dat gepast herstel voor de gevolgen van de foltering niet voorhanden zijn. Verzoekster haar profiel, het ontbreken van een netwerk, haar psychische en fysieke problematiek en haar gezinssituatie wijzen er met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid óp dat ze niet zal kunnen werken in Nigeria, en dat ze als gezin niet in de nodige inkomsten zullen kunnen voorzien om te overleven, laat staan om de juiste behandelingen die elk gezinlid nodig heeft te verkrijgen.' Verwerende partij schendt artikel 9ter Vw., de zorgvuldigheidsplicht, de motiveringsplicht en artikel 3 van het EVRM."*

2.1.2. De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorgeschreven door de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710). Hetzelfde geldt voor de aangevoerde schending van artikel 62 van de vreemdelingenwet. De bestreden beslissing moet duidelijk de determinerende motieven aangeven op grond waarvan tot de ongegrondheid van de aanvraag wordt besloten.

In de motivering van de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, enerzijds, en wordt anderzijds uitdrukkelijk verwezen naar de medische adviezen van 18 december 2018 waarin de ambtenaar-geneesheer oordeelt dat uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. Dit zijn de determinerende motieven waarop de aanvraag bijgevolg ongegrond wordt verklaard.

De medische adviezen van 18 december 2018 werden in gesloten omslag gevoegd bij de bestreden beslissing en maakt integraal deel uit van de bestreden beslissing.

Bij lezing van de bestreden beslissing blijkt dat de inhoud verzoekende partij het genoemde inzicht verschaft en haar aldus toelaat de bedoelde nuttigheidsafweging te maken van de formele motiveringsplicht. Tevens dient te worden opgemerkt dat indien een beslissing gemotiveerd is met algemene overwegingen of zelfs een voorbeeld zou zijn van een stereotiepe, geijkte en gestandaardiseerde motivering, dit louter feit op zich alleen nog niet betekent dat de bestreden beslissing niet naar behoren gemotiveerd is (RvS 27 oktober 2006, nr. 164.171; RvS 27 juni 2007, nr. 172.821).

De Raad wijst er verder op dat de formele motiveringsplicht niet impliceert dat alle motieven uit de bestreden beslissing zelf moeten blijken. Er kan immers worden aangenomen dat aan de doelstelling van de formele motiveringsplicht om de betrokkene een zodanig inzicht te geven in de motieven van de beslissing dat hij met kennis van zaken kan uitmaken of het zinvol is de beslissing in rechte te bestrijden, is voldaan indien de betrokkene desgevallend langs een andere weg kennis heeft gekregen van de motieven waarop de beslissing is gesteund, ook al worden die motieven dan niet in de beslissing zelf veruitwendigd. Dit kan doordat de beslissing verwijst naar andere stukken, in casu de medische adviezen van 18 december 2018.

Een schending van de formele motiveringsplicht wordt niet aangetoond.

De Raad merkt op dat de verzoekende partijen de bestreden beslissing inhoudelijk bekritisieren en bijgevolg dient het middel te worden bekeken vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht.

De bestreden beslissing steunt op de toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet "zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012". Deze bepaling luidt als volgt:

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

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

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

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

In casu steunt de bestreden beslissing op artikel 9ter van de vreemdelingenwet en verwijst deze naar de medische adviezen van de ambtenaar-geneesheer van 18 december 2018. Steunend op deze medische adviezen van de ambtenaar-geneesheer, bestaan de determinerend motieven van de bestreden beslissing erin dat de ziekte van de verzoekende partijen kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.

Het medisch advies met betrekking tot N. J. H. luidt:

*"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 3-1-2011.*

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

- Attest d.d.? dat betrokkene lijdt aan intrinsiek astma en dagelijks inhalatie bètamimetica en fluticasone nodig heeft en montelukast 's avonds  
Een actualisatie werd aangevraagd, maar er werden geen nieuwe documenten aan de dienst overgemaakt.

We besluiten dus dat het gaat over een jongen van heden 11 jaar van een Nigeriaanse moeder, die lijdt aan astma behandeld met bètamimetica, fluticason en montelukast.

Intrinsiek astma is geen tegenindicatie tot reizen.  
Gezien de leeftijd is de nabijheid van zijn ouders wel aangewezen.

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 deMedCOI-databank die niet-publiek is:  
- Aanvraag Medcoi van 4-10-2048' met het unieke referentienummer 11601

Bovenvermelde BMA toont aan dat de medische opvolging voor de astma van betrokkene verzorgd kan worden door een pediatr eventueel met specifieke bekwaamheid in longziekten.

2. De noodzakelijke medicatie is eveneens beschikbaar zoals aangetoond in bijlage 2 en vermeld BMA

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat betrokkene, een jongetje van 11 jaar opgevolgd kan worden in zijn thuisland Nigeria voor zijn astma gezien de medische omkadering en de noodzakelijke medicatie beschikbaar zijn.

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 zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

De gezondheidszorg in Nigeria is klassiek onderverdeeld in de 3 niveaus: de primaire of eerstelijns geneeskunde, het secundair niveau en tertiair niveau. De gezondheidszorg is zeer gefragmenteerd en wordt voor de publieke sector georganiseerd door de drie verschillende geledingen van de overheid: De federale regering heeft zich verantwoordelijk gesteld voor de ontwikkeling, de regeling, de controle en het verzorgen van de derde lijn met oprichten van opleidingsziekenhuizen en gespecialiseerde instellingen. De staat (provinciaal niveau) stelt zich verantwoordelijk voor de zorg in de tweede lijn en de lokale besturen zijn verantwoordelijk voor de eerste lijn. In regel dienen de patiënten doorverwezen te worden tussen de verschillende niveaus, maar deze afspraak wordt niet altijd gerespecteerd. Dé zorgcentra zijn vooral gelokaliseerd in de steden en de primaire zorg is niet evenredig verdeeld over het land. Klassiek bestaat ernaast de publieke sector ook een privésector die bijdraagt aan de organisatie van gezondheidszorg. Evenals de publieke sector is deze erg gefragmenteerd en dikwijls georganiseerd als kleine privé-initiatieven. Deze zorg wordt meestal als beter ervaren door de betrokkenen.<sup>2</sup> In het kader van medicatie verdeling werd in 1990 de "National Drug Policy" opgericht die een lijst van essentiële geneesmiddelen samenstelde en een nationaal medicatie formularium opstelde. Ondanks dit is de verdeling over het land zeer inhomogeen.

*De sociale zekerheid is beperkt uitgebouwd en sociale zekerheid is er alleen voor werknemers in de publieke en formele private sector. Traditioneel hebben de inwoners een uitgebreid sociaal en familiaal vangnet.*

*Een project voor een nationale verzekering op gebied van gezondheidszorg werd opgestart in 2005 met als doel het ontwikkelen van verschillende schema's voor de werknemers van de verschillende sectoren met inclusie van schema's voor kwetsbare groepen. De deelname is op vrijwillige basis. Er zijn verschillende partners die eraan deelnemen en verschillende pakketten worden aangeboden aan de deelnemers. De bijdragen worden eveneens afgehouden van het loon met een bijdrage van de werkgever.*

*De kostprijs van de gezondheidszorg is grotendeels ten laste van de patiënt en de prijzen van de consultaties worden afgesproken tussen de verschillende partners zowel voor de private en publieke sector. Enkele prijzen: primaire consultatie specialist 1.500 NGN (4 euro), controle 1.000 NGN (2.7 euro), verpleegkundige zorg per dag 700 NGN (2 euro) speciale verpleegkundige zorg 1000NGN. Dit zijn de richtlijnen van de NHIS (National Health Insurance Scheme) maar er zijn veel uitzonderingen.*

*Specifiek voor betrokkene:*

*De meeste zorgen en begeleiding die betrokkene nodig heeft zijn beschikbaar in verschillende publieke instellingen. Er is eveneens een speciaal programma voor de zorg voor kinderen dat opgestart is in 2015 maar nog niet volledig tot ontwikkeling kwam. Bijkomend voorziet de ziekteverzekering in extra voordelen voor de kinderen wanneer de ouders zich aansluiten. Voor gespecialiseerde verzorging in een derdelijns centrum dient geregeld bijbetaald te worden. Betrokkene heeft evenwel basiszorg nodig die meestal gratis aangeleverd wordt.*

*Betrokkene is ten laste van zijn ouders. Geen van beiden legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkenen geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in hun land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Door reguliere arbeid te verrichten dragen zij ook bij aan de sociale zekerheid met eventuele voordelen voor hun en hun gezinsleden.*

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

*Conclusie:*

*Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Nigeria."*

Het medisch advies met betrekking tot N. E. M. luidt:

*"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 3-1-2011.*

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

- Eerste blad van SMG d.d.? Van Dr? met als informatie: ernstige marteling in thuisland, afname van kinderen in Nigeria, familie spoorloos waardoor PTSD met psychose en depressie. Behandeling met Invega Cymbalta, Xanax, Zyprexa, Coversyl amlor en ambulante opvolging door psychiater*
- Attest van aflevering van psychiater voor nood aan dringende medicatie d.d.?*
- Voorschriften medicatie d.d. 24-6-2011*
- Standaard medisch getuigschrift d.d. 25-1-2012 van Dr. Willems met de volgende informatie:  
o Voorgeschiedenis van keizersnede, trauma door afname van haar 3 kinderen appendectomie*

o Huidige problematiek, arteriële hypertensie, PTSD met psychotische kenmerken en majeure depressie

o Medicatie Zyprexa, Cymbalta, Xanax, Lisinopril

- Attest van Dr. Hermans, psychiater d.d. 25-1-202 met diagnose van PTSD en psychose
- Standaard Medisch getuigschrift d.d. 16-9-2011 van Dr. Hermans, psychiater met als voornaamste informatie PTSD, medicamenteuze behandeling met Zyprexa, sulf?, Xanax, Lisinopril, Cymbalta.

Vermelden van nood aan mantelzorg

- Attest van Dr. Hermans in het kader van dringende medische zorg
- Standaard medisch getuigschrift d.d. 13-5-2011: zelfde informatie, vermelden van dreiging voor derden vanuit suicidaliteit ;
- Dubbel medicatie voorschriften d.d. 24-6-2011
- Standaard medisch getuigschrift d.d. 25-1-202 dubbel
- Attest d.d. 25-1-2012 Dr. Hermans, dubbel
- Standaard medisch getuigschrift d.d. 16-9-2011 dubbel
- Verslag d.d. 27-4-2012 van Dr. Hermans, psychiater: ambulante opvolging voor PTSD met psychotische elementen
- Verslag d.d. 10-8-2012 van Dr. Hermans, psychiater, opvolgingsverslag
- Medisch attest d.d. 20-3-2013 van Dr. De Bruyne, psychiater: gedwongen opname naar aanleiding van suicide poging in december 2012, opname in het kader van PTSD met extreem traumatische voorgeschiedenis met depressie
- Standaard medisch getuigschrift d.d. 6-12-2010 van Dr. Willems met vermelden van PTSD met nood aan residentiële opvang
- Raadpleging d.d. 16-11-2010 van Dr. De Weirdt psychiater, met vermelding naar nood tot opname
- Standaard Medisch Getuigschrift d.d. 8-2-2018 van Dr. Willems met de volgende informatie:

o Voorgeschiedenis van maligne hypertensie, appendectomie, moeder van 7 kinderen waarvan laatste partus via keizersnede, PTSD met psychose en depressie waarvoor reeds verschillende opnames

o Actuele problematiek:

- PTSD met psychose en depressie waarvoor reeds verschillende opnames en psychiatrische opvolging met medicamenteuze therapie met Seroquel, Citalopram, Quetiapine, Temesta
- Maligne hypertensie waarvoor Aldactazine, Amlor, Nobiten en Cozaar
- Anale fistel met ingreep op 7-2-2018
- Discrete mitralisinsufficiëntie

o Bijkomende medicatie: Paracetamol, Mebeverine en Motilium

o Opvolging door huisarts, psychiater en cardioloog noodzakelijk

o Aanwezigheid van echtgenoot is noodzakelijk

o Overzicht van geneesmiddelengebruik vanaf 2015

- Afspraak voor ingreep 7-2-2018
- Medisch attest d.d. 27-7-2017 van Dr. Vanderhenst psychiater wegens achteruitgang van de toestand na geboorte van dochter
- Verslag van keizersnede d.d. 27-4-2017 wegens oncontroleerbare hypertensie. Postpartum probleemloos verloop
- Verslag opname wegens hypertensie bij 35 weken zwangerschap
- Verslag consultatie neuroloog d.d. 8-3-2017 wegens opvolging ideopatische facialisparese links
- Verslag opname neurologie februari 2017: perifere facialisparese, beperkt linker hemibeeld (ook vastgesteld in 2016), geen neurologische verklaring omschreven als functioneel
- Consultatie cardiologie 6-10-2016; begeleiding hypertensie
- Verslag opname psychiatrie mei 2016
- Verslag psychiatrie d.d. 9-5-2016: uitgebreide schets van de voorgeschiedenis. PTSD met psychose, patiënte hoort stemmen
- Schrijven van 25-9-2014 in het kader van psychische opvolging
- Consultatie cardiologie d.d. 25-11-2013: hypertensie
- Uitgebreid medisch verslag d.d. 20-10-2017 op vraag van juriste:

o Schetsen van de traumatische gebeurtenissen in Nigeria met seksueel geweld, risico op besnijdenis, afname van kinderen door schoonfamilie, zelfmoord van zus, vlucht, aankomst in Nederland en tweede huwelijk

o Verhaal van mishandeling

o Medische voorgeschiedenis voor vlucht niet bijzonder wel vermelden van schuldgevoelens omwille van achterlaten van haar kinderen

o Sinds aankomst in Europa ontwikkelen van PTSD omwille van voorgeschiedenis met herhaalde opnames, arteriële hypertensie, laatste bevalling via keizersnede, appendectomie

o Lichamelijk onderzoek: uitgebreide beschrijving van de verschillende littekens/overeenkomend met het verhaal van betrokkene

- o Psychiatrische evaluatie: PTSD met angst concentratie en aandacht stoornissen*
- o Geen aggravatie of simulatie*

*Uit de verschillende over de jaren aangeleverde documenten kunnen we het volgende besluiten:*

- Het gaat hier over een dame van heden 46 jaar afkomstig uit Nigeria*
- Zij heeft een uitgebreide traumatische voorgeschiedenis in haar thuisland met een lange vlucht via Nederland naar België*
- Zij verblijft hier nu met haar tweede echtgenoot en 4 kinderen*
- Zij ontwikkelde door haar voorgeschiedenis een PTSD met psychose en depressie. Een duidelijk klinisch beeld wordt niet beschreven evenmin de evolutie ondanks de reeds 8 jaar lopende behandeling. Zij heeft reeds verschillende opnames doorgemaakt in dit kader meestal in het kader van zelfmoordgedachten.*

*Verder beperkt de therapie zich tot medicatie*

- Sinds 2013 is zij gekend met hoge bloeddruk eveneens medicamenteus behandeld. Deze stelde evenwel een probleem tijdens de laatste zwangerschap in 2017 met nood tot een keizersnede*
- Zij heeft nood aan omkadering door haar gezin maar er worden geen argumenten voor medische mantelzorg vernoemd*

*Ondanks het ontbreken van sommige opvolgingsrapporten heeft zij nood aan opvolging door een huisarts, psychiater en cardioloog*

*- De huidige medicatie is de volgende:*

- o Seroquel, Quetiapine, antipsychoticum*
- o Citalopram, antidepressivum*
- o Temesta, Lorazepam, benzodiazepine*
- o Aldactazine, Spironolactone, tegen hoge bloeddruk*
- o Amlor, Amlodipine, tegen hoge bloeddruk*
- o Nobiten, Nebivolol, hoge bloeddruk*
- o Coversyl, Perindopril, voor de hoge bloeddruk*
- o Cozaar, Losartan, voor de hoge bloeddruk*
- o Paracetamol, pijnstiller*
- o Mebeverine, voor abdominale klachten*
- o Motilium domperidone, voor de maag*

*In het dossier is er geen tegenindicatie tot reizen vermeld.*

*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 19-9-2018 met het unieke referentienummer 11548 toont de beschikbaarheid van de huisarts evenals de psychiater aan*

*Aanvraag Medcoi van 12-9-2018 met het unieke referentienummer 11523 toont de beschikbaarheid van een cardioloog aan*

*2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond.*

*Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat voor betrokkene, een dame van heden 47 jaar afkomstig uit Nigeria, haar medische zorg en opvolging door een psychiater en cardioloog verzekerd is. De noodzakelijke medicatie is eveneens beschikbaar.*

*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.*

*De gezondheidszorg in Nigeria is klassiek onderverdeeld in de 3 niveaus: de primaire of eerstelijns geneeskunde, het secundair niveau en tertiair niveau. De gezondheidszorg is zeer gefragmenteerd en wordt voor de publieke sector georganiseerd door de drie verschillende geledingen van de overheid: De federale regering heeft zich verantwoordelijk gesteld voor de ontwikkeling, de regeling, de controle en het verzorgen van de derde lijn met oprichten van opleidingsziekenhuizen en gespecialiseerde instellingen. De staat (provinciaal niveau) stelt zich verantwoordelijk voor de zorg in de tweede lijn en de lokale besturen zijn verantwoordelijk voor de eerste lijn.*

*In regel dienen de patiënten doorverwezen te worden tussen de verschillende niveaus, maar deze afspraak wordt niet altijd gerespecteerd. De zorgcentra zijn vooral gelokaliseerd in de steden en de primaire zorg is niet evenredig verdeeld over het land. Klassiek bestaat er naast de publieke sector ook een privésector die bijdraagt aan de organisatie van gezondheidszorg. Evenals de publieke sector is deze erg gefragmenteerd en dikwijls georganiseerd als kleine privé-initiatieven. Deze zorg wordt meestal als beter ervaren door de betrokkenen.*

*In het kader van medicatieverdeling werd in 1990 de "National Drug Policy" opgericht die een lijst van essentiële geneesmiddelen samenstelde en een nationaal medicatie formularium opstelde. Ondanks dit is de verdeling over het land zeer inhomogeen.*

*De sociale zekerheid is beperkt uitgebouwd en sociale zekerheid is er alleen voor werknemers in de publieke en formele private sector. Traditioneel hebben de inwoners een uitgebreid sociaal en familiaal vangnet. Een project voor een nationale verzekering op gebied van gezondheidszorg werd opgestart in 2005 met als doel het ontwikkelen van verschillende schema's voor de werknemers van de verschillende sectoren met inclusie van schema's voor kwetsbare groepen. De deelname is op vrijwillige basis. Er zijn verschillende partners die eraan deelnemen en verschillende pakketten worden aangeboden aan de deelnemers. De bijdragen worden eveneens afgehouden van het loon met een bijdrage van de werkgever.*

*De kostprijs van de gezondheidszorg is grotendeels ten laste van de patiënt en de prijzen van de consultaties worden afgesproken tussen de verschillende partners zowel voor de private en publieke sector. Enkele prijzen : primaire consultatie specialist 1,500 NGN (4 euro), controle 1.000 NGN (2.7 euro), verpleegkundige zorg per dag 700 NGN (2 euro) speciale verpleegkundige zorg 1000NGN. Dit zijn de richtlijnen van de NHIS (National Health Insurance Scheme) maar er zijn veel uitzonderingen.*

*Specifiek voor betrokkene:*

*De meeste zorgen en begeleiding die betrokkene nodig heeft zijn beschikbaar in verschillende publieke instellingen.*

*Voor opvolging door een cardioloog dient zij zich te wenden tot de tweede en derde lijn. Deze kunnen de routine controles aanbieden en verzorgen. De zeer gespecialiseerde geneeskunde is niet beschikbaar maar daar zijn geen argumenten in het dossier te weerhouden dat betrokkene deze nodig heeft.*

*In het kader van de mentale gezondheid kan men tot de volgende conclusies komen. In Nigeria lijdt één op vier aan een mentale aandoening vooral schizofrenie, angststoornissen of majeure depressies zoals betrokkene. In het land zijn er 14 instellingen gespecialiseerd in psychiatrische aandoeningen waarvan 6 geleid worden door de overheid. Alle aandoeningen kunnen behandeld worden. In 1990 werden vanuit de overheid inspanningen gedaan om de mentale zorg te verbeteren met ook aandacht voor ambulante opvang in de eerste lijn en niet alleen in gespecialiseerde instellingen. Een struikelblok in de behandeling is de kostprijs van sommige medicatie.*

*Betrokkene verblijft hier met haar tweede echtgenoot en vader van de kinderen. Hij legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Door reguliere arbeid te verrichten draagt hij ook bij aan de sociale zekerheid met eventuele voordelen voor hem en zijn gezinsleden.*

*In het kader van de arbeidsongeschiktheid van betrokkene kunnen we met enige reserve tot dezelfde conclusie komen. Zij zou indien mogelijk ook een aangepaste arbeid kunnen verrichten en zo bijdragen in het algemene systeem.*

*In het kader van familieleden in het thuisland is gezien het migratieverhaal een zekere reserve te weerhouden. Er zijn geen contacten meer met de eerste echtgenoot en de kinderen uit het eerste huwelijk die verzorgd worden door een vriendin. Toch blijkt uit de interviews dat er nog enige contacten zijn. Eventueel kunnen deze sociale contacten bijdragen voor de opvang en re-integratie bij terugkeer in het thuisland.*

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

*We kunnen besluiten dat vanuit medisch oogpunt er geen tegenindicatie is voor terugkeer naar het thuisland vermits de zorg die betrokkene nodig heeft beschikbaar en toegankelijk is.*

*Conclusie:*

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

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

2.1.3. Verzoekster betoogt dat er specifieke aandacht diende te worden besteed aan de bijzondere kwetsbaarheid van haar psychisch lijden.

Uit het medisch advies blijkt dat de ernst van de aandoening van verzoekster niet wordt genegeerd, en dat er een onderzoek werd gevoerd naar de behandelmogelijkheden en de toegankelijkheid en beschikbaar ervan in het Nigeria. Er werd wel specifieke aandacht besteed aan de “bijzondere kwetsbaarheid” van haar “psychisch lijden”. De ambtenaar-geneesheer heeft rekening gehouden met volgende elementen uit het “*Uitgebreid medisch verslag d.d. 20-10-2017 op vraag van juriste:*

*o Schetsen van de traumatische gebeurtenissen in Nigeria met seksueel geweld, risico op besnijdenis, afname van kinderen door schoonfamilie, zelfmoord van zus, vlucht, aankomst in Nederland en tweede huwelijk*

*o Verhaal van mishandeling*

*o Medische voorgeschiedenis voor vlucht niet bijzonder wel vermelden van schuldgevoelens omwille van achterlaten van haar kinderen*

*o Sinds aankomst in Europa ontwikkelen van PTSD omwille van voorgeschiedenis met herhaalde opnames, arteriële hypertensie, laatste bevalling via keizersnede, appendectomie*

*o Lichamelijk onderzoek: uitgebreide beschrijving van de verschillende littekens/overeenkomend met het verhaal van betrokkene*

*o Psychiatrische evaluatie: PTSD met angst concentratie en aandacht stoornissen*

*o Geen aggraving of simulatie”.*

De ambtenaar-geneesheer oordeelt als volgt op grond van voornoemde elementen:

*“- Zij ontwikkelde door haar voorgeschiedenis een PTSD met psychose en depressie. Een duidelijk klinisch beeld wordt niet beschreven evenmin de evolutie ondanks de reeds 8 jaar lopende behandeling. Zij heeft reeds verschillende opnames doorgemaakt in dit kader meestal in het kader van zelfmoordgedachten.*

*Verder beperkt de therapie zich tot medicatie*

*- Sinds 2013 is zij gekend met hoge bloeddruk eveneens medicamenteus behandeld. Deze stelde evenwel een probleem tijdens de laatste zwangerschap in 2017 met nood tot een keizersnede*

- Zij heeft nood aan omkadering door haar gezin maar er worden geen argumenten voor medische mantelzorg vernoemd  
Ondanks het ontbreken van sommige opvolgingsrapporten heeft zij nood aan opvolging door een huisarts, psychiater en cardioloog”.

De ambtenaar-geneesheer komt op grond van de gegevens voor de bijzondere situatie van verzoekster tot de volgende conclusie:

“Specifiek voor betrokkene:

*De meeste zorgen en begeleiding die betrokkene nodig heeft zijn beschikbaar in verschillende publieke instellingen. Voor opvolging door een cardioloog dient zij zich te wenden tot de tweede en derde lijn. Deze kunnen de routine controles aanbieden en verzorgen. De zeer gespecialiseerde geneeskunde is niet beschikbaar maar daar zijn geen argumenten in het dossier te weerhouden dat betrokkene deze nodig heeft. In het kader van de mentale gezondheid kan men tot de volgende conclusies komen. In Nigeria lijdt één op vier aan een mentale aandoening vooral schizofrenie, angststoornissen of majeure depressies zoals betrokkene. In het land zijn er 14 instellingen gespecialiseerd in psychiatrische aandoeningen waarvan 6 geleid worden door de overheid. Alle aandoeningen kunnen behandeld worden. In 1990 werden vanuit de overheid inspanningen gedaan om de mentale zorg te verbeteren met ook aandacht voor ambulante opvang in de eerste lijn en niet alleen in gespecialiseerde instellingen. Een struikelblok in de behandeling is de kostprijs van sommige medicatie. Betrokkene verblijft hier met haar tweede echtgenoot en vader van de kinderen. Hij legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat hij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Door reguliere arbeid te verrichten draagt hij ook bij aan de sociale zekerheid met eventuele voordelen voor hem en zijn gezinsleden. In het kader van de arbeidsongeschiktheid van betrokkene kunnen we met enige reserve tot dezelfde conclusie komen. Zij zou indien mogelijk ook een aangepaste arbeid kunnen verrichten en zo bijdragen in het algemene systeem. In het kader van familieleden in het thuisland is gezien het migratieverhaal een zekere reserve te weerhouden. Er zijn geen contacten meer met de eerste echtgenoot en de kinderen uit het eerste huwelijk die verzorgd worden door een vriendin. Toch blijkt uit de interviews dat er nog enige contacten zijn. Eventueel kunnen deze sociale contacten bijdragen voor de opvang en re-integratie bij terugkeer in het thuisland. Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.”*

Uit voorgaande blijkt dat de ambtenaar-geneesheer niet is voorbijgegaan aan het traumatische verleden van verzoekster in Nigeria aangezien hij in zijn advies aangeeft dat verzoekster “een uitgebreide traumatische voorgeschiedenis (heeft) in haar thuisland met een lange vlucht via Nederland naar België”. Evenmin gaat hij voorbij aan de reële sociale situatie in Nigeria, nu de ambtenaar-geneesheer hierbij nuanceerde en stelde: “In het kader van familieleden in het thuisland is gezien het migratieverhaal een zekere reserve te weerhouden. Er zijn geen contacten meer met de eerste echtgenoot en de kinderen uit het eerste huwelijk die verzorgd worden door een vriendin. Toch blijkt uit de interviews dat er nog enige contacten zijn. Eventueel kunnen deze sociale contacten bijdragen voor de opvang en re-integratie bij terugkeer in het thuisland.” Verzoekers tonen niet aan dat de gegevens die de ambtenaar-geneesheer evalueerde niet correct zijn.

Verzoekers weerleggen de vaststelling van de arts-adviseur dat verzoekster kan reizen niet. Aangaande hun kritiek voor verzoeksters mantelzorg, dient opgemerkt dat de ambtenaar-geneesheer dienaangaande heeft gemotiveerd: “Zij heeft nood aan omkadering door haar gezin maar er worden geen argumenten voor medische mantelzorg vernoemd”. Hieruit volgt dat de ambtenaar-geneesheer erkent dat verzoekster nood heeft aan mantelzorg, maar niet in een medische context. Verzoekers betwisten dit motief niet inhoudelijk. Bovendien is de vraag of mantelzorg medisch vereist is, een zuiver medische beoordeling die toekomt aan de ambtenaar-geneesheer waarbij de Raad zich niet in diens plaats kan stellen. De vaststelling dat die over de medische noodzaak tot mantelzorg in een andere zin oordeelt dan de arts van verzoekster is op zich geen reden om het advies af te doen als niet

deugdzaam. Immers, uit het door de verzoekende partij bijgebracht medisch attest blijkt ook dat de betrokken arts, zonder meer, poneert dat mantelzorg noodzakelijk is. De verzoekende partij toont dan ook niet aan waarom hierover meer moest worden gemotiveerd dan nu het geval is temeer nu in het standaard medisch getuigschrift niet wordt gesteld dat mantelzorg medisch vereist zou zijn.

Verzoekers betogen dat aan hun raadsman MedCOI documenten zijn overgemaakt die een ander referentienummer hebben dan de documenten die vermeld werden in het advies. Zij stellen: *“Voor de behandeling en beschikbare artsen werden echter MEDCOI documenten aan verzoeksters raadsman overgemaakt die een ander referentienummer hebben dan de documenten die vermeld werden in het advies van de arts-adviseur, en deze documenten lijken ook niet van toepassing te zijn op verzoekster gezien de nodige psychiaters, cardiologen en huisartsen niet vermeld worden”* en *“De documenten die verwijzen naar de ziekteverzekering in Nigeria het zogenaamde Country Fact Sheet 2017, werden niet gevoegd, hoewel verzoeksters raadsman uitdrukkelijk gevraagd had alle documenten over te maken waar naar verwezen werd in de bestreden beslissing.”*

Verzoekers voegen bij hun verzoekschrift e-mailverkeer dat zij hebben gehad met de verwerende partij. Uit dit stuk 4 blijkt dat de advocaat van verzoekers op 1 februari 2019 per e-mail aan de verwerende partij vraagt: *“Mag ik kopie van de MEDCOI stukken en de andere documenten waarnaar verwezen wordt in het medisch advies van J. H. N. (...) van 18.12.2018 en voor N. E. M. (...)?”* de verwerende partij antwoordt met een email van 22 februari 2019: *“Als bijlage vindt u de medcoi databank informatie (...)”*.

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden, wat onder meer betekent dat het alle voor de beslissing relevante feiten met zorgvuldigheid moet vaststellen, en dat het met deze feiten ook rekening moet houden bij het nemen van de beslissing. Het legt aan het bestuur de verplichting op om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat zij bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Zoals verzoekers zelf aangeven heeft de verwerende partij met een e-mail van 22 februari 2019 geantwoord op hun vraag om een *“kopie van de MEDCOI stukken en de andere documenten”* te krijgen. Het feit dat de verwerende partij het document met uniek referentienummer 11523 niet heeft gevoegd bij de bijlage van de e-mail van 22 februari 2019, volstaat niet om een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel vast te stellen. Integendeel moet worden vastgesteld dat een bestuur dat antwoordt op een vraag van een rechtsonderhorige zorgvuldig handelt. Het niet bij de bijlage voegen van het document met uniek referentienummer 11523 dient eerder als een vergetelheid te worden beschouwd. In het kader van een wederkerig bestuursrecht wordt niet alleen van de overheid verwacht dat ze een aantal algemene beginselen respecteert, maar ook de burger wordt verplicht om behoorlijk te handelen in zijn relatie tot een bestuursinstantie. Verzoekers hadden aan de verwerende partij kunnen signaleren dat er iets was fout gelopen met de bijlage van de e-mail van 22 februari 2019 en ook dat de Country Fact Sheet 2017 niet was bijgevoegd, zodat de verwerende partij, die reeds de intentie gaf om mee te werken, het meergenoemde document met uniek referentienummer 11523 aan verzoekers kon bezorgen. De Raad stelt vast dat dat de referenties zoals opgenomen in het advies en die van de MedCOI documenten die deel uitmaken van het administratief dossier en die gevoegd zijn aan nota met opmerkingen, wel degelijk dezelfde zijn. Ook de Country Fact Sheet 2017 maakt deel uit van het administratief dossier en werd gevoegd bij huidige nota met opmerkingen.

Waar verzoekers stellen dat er geen instelling werd aangeduid waar verzoekster terecht zou kunnen, dient opgemerkt dat uit de bewoordingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt dat in beginsel slechts dient vast te staan dat er een adequate behandeling mogelijk is in *“het land van herkomst”* en niet in de regio van herkomst in het betreffende land of in een bepaald ziekenhuis of instelling. Het volstaat dat wordt vastgesteld dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, waaronder inbegrepen dat van de verzoekers redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat zij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeven waar zij een behandeling kunnen verkrijgen. Verzoekers tonen het tegendeel niet aan. Uit het medisch advies blijkt dat zij kunnen reizen en verzoekers tonen niet aan dat zij niet in staat zouden zijn om in hun herkomstland te reizen naar bepaalde steden om aldaar de nodige zorgen te kunnen verkrijgen. Uit een lezing van het advies blijkt dat er wel specifiek omtrent verzoeksters situatie werd gemotiveerd en meer bepaald omtrent het aantal instellingen waar zij beroep op kan doen. De ambtenaar-geneesheer motiveert dat de meeste zorgen en begeleiding die verzoekster behoeft, beschikbaar zijn in verschillende publieke instellingen.

Hij vervolgt dat voor opvolging door een cardioloog, verzoekster zich dient te wenden tot de tweede en derde lijn en dat er geen elementen aanwezig zijn in het dossier die erop wijzen dat er nood is aan zeer gespecialiseerde geneeskunde. Verder stelt de ambtenaar-geneesheer dat in Nigeria één op vier aan een mentale aandoening lijdt, vooral schizofrenie, angststoornissen zoals verzoekster en dat er 14 instellingen gespecialiseerd zijn in psychiatrische aandoeningen waarvan 6 geleid worden door de overheid. Alle aandoeningen kunnen behandeld worden. Tenslotte wordt benadrukt dat de overheid inspanningen levert om de mentale zorg te verbeteren met ook aandacht voor ambulante opvang in de eerste lijn en niet alleen in gespecialiseerde instellingen. Hoewel erkend werd dat het struikelblok in de behandeling de kostprijs van sommige medicatie is, motiveert de ambtenaar-geneesheer dat in de specifieke situatie van verzoekster, geen elementen aanwezig zijn om te besluiten dat de medische zorgen financieel niet toegankelijk zouden zijn. De ambtenaar-geneesheer stelt dat verzoekers geen bewijzen van algemene arbeidsongeschiktheid hebben bijgevoegd en zij dus niet aantonen dat zij niet zouden kunnen instaan voor de kosten die gepaard zouden gaan met de nodige medische zorgen.

Waar verzoekers stellen dat de MedCOI-databank een niet-publieke databank is, de verwijzing naar de stukken niet afdoende zou zijn en deze niet tijdig ter kennis werden gebracht, wijst de Raad erop dat uit nazicht van het administratief dossier blijkt dat alle stukken waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst daarin aanwezig zijn. Verzoekers kunnen niet gevolgd worden in het betoog dat de inhoud van de MedCOI zou moeten worden opgenomen in het advies zelf, dit geldt des te meer nu de MedCOI databank niet publiek toegankelijk is. Verzoekers gaan er met hun kritiek bovendien aan voorbij dat een stuk waarnaar verwezen wordt in de beslissing niet opgenomen dient te worden in de beslissing zelf, en niet te worden bijgevoegd. In het kader van de formele motiveringsplicht volstaat het om in het kort het voorwerp en de inhoud van die stukken te vermelden, zonder dat het nodig is ze in extenso over te nemen (OPDEBEEK, I. en COOLSAET, A., Administratieve rechtsbibliotheek: formele motivering van bestuurshandelingen, Brugge, die Keure, 1999, p. 131 – 133). Uit de medische adviezen blijkt dat deze in het kort het voorwerp en de inhoud van de MedCOI-stukken weergeven. De Raad merkt bovendien op dat de informatie in kwestie werd toegevoegd aan het administratief dossier, en aldaar kan worden geverifieerd. De arts-adviseur heeft de informatie afkomstig uit de MedCOI-databank gehanteerd bij het onderzoek naar de beschikbaarheid, terwijl een afzonderlijk onderzoek werd gevoerd naar de toegankelijkheid van de nodige zorgen en behandeling, waarbij de arts-adviseur zich op andere bronnen heeft gebaseerd dan de MedCOI-databank, met name het Country Fact Sheet 2017. Verzoekers verwijzen en citeren uit rapporten, waarvan zij zelf stellen dat de bevindingen uiteraard algemeen zijn, en die minder recent zijn dan het Country Fact Sheet 2017 waarop de ambtenaar-geneesheer zich op beroept.

De verwerende partij heeft een onderzoek gevoerd naar verzoekers situatie in Nigeria en dit met respect voor de vereisten gesteld door artikel 9ter van de vreemdelingenwet. Zij tonen niet aan dat er op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet een verplichting zou rusten om een verregaander sociaal onderzoek te voeren. Nu verzoekers niet arbeidsongeschikt zijn en gelet op de aanwezigheid van verschillende familieleden in Nigeria, waarmee toch nog enig contact wordt gelegd, is het niet kennelijk onredelijk om te oordelen dat zij de eventuele kosten, gepaard met de zorgen, kunnen dragen. Het tegendeel wordt niet aannemelijk gemaakt.

Uit de code van de geneeskundige plichtenleer kunnen geen bindende rechtsregels worden afgeleid, zodat hiernaar niet dienstig kan worden verwezen. Artikel 9ter, § 1 van de vreemdelingenwet bepaalt duidelijk dat *“Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen”*. In casu achtte de geneesheer het niet nodig verzoekster te onderzoeken of bijkomend advies in te winnen. Daar er gebruik wordt gemaakt van de term *“kan”* in artikel 9ter van de vreemdelingenwet, kan niet uit een andere plichtenleer toch een verplichting in hoofde van de arts-adviseur worden afgeleid. De code van de geneeskundige plichtenleer heeft als doel de geneesheren een gids of leidraad aan te reiken om hun beroep op een professionele, waardige en respectvolle manier in te vullen en uit te oefenen. Voor de patiënten en hun omgeving vormt de code der geneeskundige plichtenleer een waarborg dat gestreefd wordt naar een correcte en integere uitoefening van de geneeskunst. De code van de geneeskundige plichtenleer werd evenwel nooit als algemeen bindend verklaard, noch vermag de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren door middel van de adviezen bindende regels op te leggen. Een eventuele niet-naleving van een disciplinaire 'code' vervat in de geneeskundige plichtenleer kan niet tot de onwettigheid van de bestreden beslissing leiden.

Met de bestreden beslissing heeft de gemachtigde van de bevoegde minister echter enkel beslist om verzoekers medische regularisatie-aanvraag ongegrond te verklaren. Uit niets blijkt dat de bestreden beslissing tevens een verwijderingsmaatregel zou omvatten. Aangezien er geen sprake is van een

verwijdering naar het land van herkomst, kan de verzoeker zich in casu ook niet dienstig beroepen op de aan enige verwijdering verbonden schending van artikel 3 van het EVRM en van artikel 14 van het Anti-Folterverdrag..

Het loutere feit dat verzoekende partijen het niet eens zijn met de beoordeling door de arts-adviseur, toont niet aan dat de bestreden beslissing op kennelijk onredelijke of op onzorgvuldige wijze zou zijn genomen. Verzoekster geeft in wezen blijk van een andere feitelijke beoordeling van de ernst van de medische aandoeningen dan de beoordeling die door de ambtenaar-geneesheer werd gemaakt. Het onderzoek van deze andere medische beoordeling nodigt de Raad echter uit tot een opportuiniteitsonderzoek hetgeen niet tot zijn bevoegdheid behoort, enerzijds, alsook tot een medische appreciatie die enkel toekomt aan de ambtenaar-geneesheer, anderzijds. Het komt de Raad enkel toe de wettigheid van de bestreden beslissing te beoordelen aan de hand van de aangevoerde middelen en na te gaan of het bestuur in deze niet onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft gehandeld. In dit geval toont verzoekster met haar kritiek niet aan dat de ambtenaar-geneesheer onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft geoordeeld dat uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland.

Gelet op het boven gestelde, dient de Raad vast te stellen dat niet aannemelijk wordt gemaakt dat de ambtenaar-geneesheer zijn advies niet zorgvuldig heeft voorbereid, noch dat het advies is gestoeld met miskennis van de voorliggende gegevens of op grond van een incorrecte feitenvinding. Evenmin toont verzoekster aan dat de gemachtigde inzake het determinerende motief een kennelijke beoordelingsfout heeft gemaakt of dat de bestreden beslissing, waarvan het medisch advies integraal deel van uitmaakt, op onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze werd genomen of met miskennis van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Een schending van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van artikel 41 van het Handvest van Grondrechten van de Unie of van artikel 9ter van de vreemdelingenwet wordt niet aannemelijk gemaakt.

Het eerste middel is ongegrond.

2.2.1. Verzoekster voert een tweede middel aan;

*“TWEEDE MIDDEL: Schending van artikel 8 EVRM. Verzoekster heeft maar liefst 8 jaar moeten wachten op een beslissing van verwerende partij. In 2011 heeft ze haar aanvraag verzoek tot verblijfsmachtiging op grond van een ernstige ziekte ingediend. 8 jaar is een onredelijk lange termijn om te moeten wachten op een beslissing in een verblijfsprocedure. Het EHRM oordeelt dat onder artikel 8 van het EVRM de positieve verplichting van de Staat inherent aan het effectieve respect voor het privéleven een effectieve en toegankelijke procedure inhoudt die dit recht waarborgt (EHRM B.A.C. t. Griekenland, nr. 11981, 13 oktober 2016, §36). Een prompt onderzoek en beslissingname in procedure die een impact hebben op het privéleven is daartoe ook noodzakelijk zodat de periode van onveiligheid en onzekerheid zo beperkt mogelijk is (EHRM, B.A.C. t. Griekenland, nr. 11981, 13 oktober 2016n §37; EHRM, M.S.S. t. België en Griekenland TGK1 nr. 30696/09 21 januari 2011, § 262). In het B.A.C.-arrest oordeelde het Hof dat het uitblijven van actie van de bevoegde overheden en dit jarenlang, een onzekerheid met zich meebracht qua onredelijke termijn, die een schending uitmaakte van artikel 8 van het EVRM. In voorliggend geval is dit eveneens zo, en bestaat er een positieve verplichting voor de Belgische Staat verzoekster te machtigen tot verblijf. Het verzoek tot annulatie is gegrond.”*

2.2.2. De vreemdelingenwet voorziet geen termijn waarbinnen een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet behandeld moet worden. Verzoekers tonen daarenboven niet aan welk belang zij hebben bij het aanvoeren dat de bestreden beslissing eerder had moeten worden genomen.

Bovendien zou zelfs indien zou worden aangenomen dat te dezen de redelijke termijn overschreden werd, moeten worden vastgesteld dat de verzoekers er geen belang bij hebben om de overschrijding van de redelijke termijn als annulatiemiddel aan te voeren. Een nieuwe uitspraak over de door de verzoekers ingediende machtigingsaanvraag zal immers noodzakelijkerwijze van een nóg latere datum zijn. Mocht dus de bestreden beslissing onwettig zijn omdat ze te laat is, dan zou dat a fortiori gelden voor de beslissing die, na een eventuele nietigverklaring, nog moet worden genomen. Een vernietiging op die grond wijst met andere woorden uit dat er niet op wettige wijze nog een uitspraak over de door de

verzoekers ingediende aanvraag kan worden gedaan (cf. RvS 20 augustus 2009, nr. 195.583). Een eventuele schending van de redelijke termijn zou hoe dan ook niet tot gevolg hebben dat er enig recht op verblijf in hoofde van de verzoekers zou ontstaan (RvS 18 februari 2008, nr. 179.757).

Het tweede middel is ongegrond.

## **OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:**

### **Enig artikel**

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op eenendertig juli tweeduizend negentien door:

dhr. M. MILOJKOWIC,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

M. MILOJKOWIC