

Arrest

nr. 237 853 van 2 juli 2020
in de zaak RvV X /

In zake: X

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

tegen:

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

DE VOORZITTER VAN DE VIIIste KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Indiase nationaliteit te zijn, op 19 februari 2020 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 17 januari 2020, waarbij een aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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

Gezien de beschikking tot vaststelling van het rolrecht van 24 februari 2020 met refertenummer X

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 2 juni 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 25 juni 2020.

Gehoord het verslag van kamervoorzitter M. EKKA.

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

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 3 december 2019 diende verzoekster een tweede aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

1.2. Op 17 januari 2020 verklaarde de verwerende partij de in punt 1.1. bedoelde aanvraag ontvankelijk doch ongegrond.

Dit is de thans eerste bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 03.12.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

[S.S.] [...]

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

Reden(en) :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor [S.S.]. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 17.01.2020 (zie verslag in gesloten omslag in bijlage) en concludeerde dat de aangehaalde medische elementen niet weerhouden konden worden gezien de medische behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, India.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

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

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

Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).”

3. Op 17 januari 2020 treft de verwerende partij tevens een beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

Dit is de tweede bestreden beslissing. Ze luidt als volgt:

“Mevrouw,

[S.S.] [...]

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

binnen 7 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

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

Betrokkene is niet in het bezit van een geldig visum.”

2. Over de rechtspleging

2.1. Onder het kopje “*Quant au caractère de plein contentieux du recours*” ontwikkelt verzoekster het volgende:

“La Cour européenne des droits de l'homme, dans son arrêt S.J. contre Belgique du 27 février 2014, a considéré que le recours n'est pas effectif, s'il n'est pas à la fois suspensif de plein droit et permettant un examen effectif des moyens tirés de la violation de l'article 3 de la Convention :

« 1. Au vu de l'analyse du système belge qui précède, la Cour conclut que la requérante n'a pas disposé d'un recours effectif, dans le sens d'un recours à la fois suspensif de plein droit et permettant un examen effectif des moyens tirés de la violation de l'article 3 de la Convention. Il y a donc eu violation de l'article 13 combiné avec l'article 3 de la Convention. »

Le présent recours doit par conséquent être considéré comme suspensif et de plein contentieux.”

2.2. De verzoekende partij kan niet dienstig verwijzen naar het arrest van 27 februari 2014 van het EHRM in de zaak S.J., aangezien de zaak werd doorverwezen naar de Grote Kamer en vervolgens op 19 maart 2015, omwille van een minnelijke schikking tussen de partijen, uit de lijst van zaken voor het EHRM werd geschrapt. Het arrest waarnaar de verzoekende partij verwijst, moet derhalve als niet bestaande worden beschouwd.

2.3. Alleszins is de Raad gebonden aan het gestelde in artikel 39/2, §§1 en 2 van de Vreemdelingenwet. De thans voorliggende betwisting valt niet onder het toepassingsgebied van artikel 39/2, §1 van de Vreemdelingenwet en derhalve dient hij als annulatierechter uitspraak te doen.

2.4. Onder het kopje “*Connexité*” van haar verzoekschrift werpt verzoekster het volgende op:

“Les deux décisions entreprises sont connexes, en ce que l'ordre de quitter le territoire est le corolaire de la décision de déclarer non-fondée la demande 9ter de la requérante. Les deux décisions entreprises ont d'ailleurs été adoptées le même jour par la partie adverse.

La décision 9ter étant une décision de non-fondement, son annulation implique que la demande d'autorisation au séjour reste recevable , de sorte que l'ordre de quitter le territoire doit être mis sous attestation d'immatriculation. L'ordre de quitter le territoire devrait dès lors être annulé. Il est donc dans l'intérêt de la justice de traiter le recours introduit contre les deux actes connexes dans le cadre d'une seule et même procédure.”

2.5. Aangezien de eerste bestreden beslissing niet wordt vernietigd kan verzoekster niet worden gevolgd in haar betoog dat uit de vernietiging van de eerste bestreden beslissing, de vernietiging van de tweede bestreden beslissing voortvloeit.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een eerste en enig middel werpt verzoekster op:

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

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

o la violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après CEDH);

o la violation des principes généraux de droit et plus particulièrement, le principe général de bonne administration, le principe de prudence et de gestion consciencieuse, de bonne foi et de préparation avec soin des décisions administratives ;

o l'erreur manifeste d'appréciation, la contrariété, l'insuffisance dans les causes et les motifs.”

Verzoekster betoogt als volgt :

“Première branche

En ce qui concerne la disponibilité du traitement, la partie adverse considère qu'un médecin généraliste est disponible ainsi qu'une pneumologue. Ce constat est tiré d'une recherche Medcoi portant le numéro BMA 11517.

Dans un premier temps, la requérante souhaite souligner que le cas décrit dans la recherche envoyée à Medcoi ne correspond pas à son cas médical. En effet, dans le « case description », la demande est faite pour un homme de 58 ans qui n'a pas les mêmes problèmes médicaux que la requérante.

On peut donc valablement s'interroger sur la pertinence des informations recueillies par la partie adverse étant donné qu'il ne s'agit pas des mêmes cas médicaux.

La décision doit être annulée sur cette base vu que l'Office des étrangers tire des informations de documents qui ne reprennent pas les problèmes médicaux de la requérante.

D'autre part, la partie adverse déclare que le suivi médical est disponible en déclarant qu'il y a un pneumologue à New Deli, un généraliste à New Delhi ainsi qu'un interne à New Delhi. Ils exercent tous à l'hôpital Indraprastha Apollo Hospitals à New Delhi.

Le fait qu'il y ait uniquement un pneumologue et un généraliste disponibles dans toute l'Inde et de surcroît à New Delhi, ne peut être considéré comme un traitement disponible. L'Inde est un pays qui compte presque 1.3 milliard d'habitants¹. Il est illusoire d'estimer qu'un pneumologue ou un généraliste dans un hôpital peut répondre à une telle demande.

En outre, la requérante n'est pas originaire de New Dehli.

Il y a lieu de constater que les médecins requis pour le traitement de la requérante ne sont pas disponibles.

Deuxième branche

La partie adverse stipule que les médicaments requis pour la requérante sont disponibles. Pour arriver à un tel résultat, la partie adverse a fait appel à Medcoi pour se renseigner par rapport à la disponibilité des médicaments.

Comme soulevé dans la branche précédente, la requête faite à medcoi ne concerne pas le profil de la requérante, ce qui met en doute la qualité des informations reçues par la partie adverse.

Et enfin, la partie adverse estime que ces médicaments sont disponibles auprès de l'Apollo Pharmaci, Indraparasta Apollo Hospital situé à New Delhi.

Le fait que ces médicaments ne soient disponibles que dans un hôpital et à New Dehli ne peut être considéré comme un traitement médical disponible.. L'Inde est un pays qui compte presque 1.3 milliard d'habitants. Il est illusoire d'estimer qu'une pharmacie peut subvenir à ces besoins.

En outre, la requérante n'est pas originaire de New Dehli.

Il y a lieu de constater que les médicaments ne sont pas disponibles.

Troisième branche

La partie adverse déclare que l'objectif du ministre de la santé indien est d'offrir des soins adaptés à tous les citoyens indiens. En 2015, un nouveau décret a été publié, et il ressort de ce décret que la croissance économique sera utilisée pour continuer la construction des soins de santé. Les points d'attention sont notamment les soins maternels, l'accès aux soins pour tout le monde et d'exploiter la croissance économique pour un meilleur secteur de la santé. Par la suite, la partie adverse décrit le secteur privé et public des soins de santé. En ce qui concerne le service public, la partie adverse spécifie qu'il y a une différence dans l'organisation des soins entre la campagne et les zones rurales et urbaines.

Dans les hôpitaux et les centres de santé que les soins médicaux sont gratuits pour chacun.

Premièrement, force est de constater que l'information de la partie adverse est générale et ne permet pas de déterminer si la requérante pourra bénéficier de soins dans sa région d'origine et y avoir accès.

En outre, contrairement aux dires de la partie adverse, les soins ne sont pas accessibles en raison de différentes défaillances dans le système de santé indien:

- *Le système national de santé indien ne parvient pas à fournir des soins gratuits alors que c'est son ambition*
- *Seulement 1/5 de la population a accès à des soins gratuits*
- *Le secteur public n'arrive pas à répondre aux besoins sanitaires essentiels de la population*
- *Manque de fourniture médicale*
- *Les centres de soins publics ne fournissent pas les besoins élémentaires*
- *Trop peu de personnel qualifié*
- *Système inégalitaire*
- *Corruption massive*
- *Budget très faible consacré aux soins de santé*

Ces constats sont issus :

1. Informations issues du Chapitre 3 : améliorer les services de santé de l'Inde dans études économiques de l'OCDE 2014/17 (pièce 3).

Le système national de santé de l'Inde a pour ambition d'assurer une panoplie complète de services universels et gratuits mais, en pratique, il n'y parvient guère. Les établissements de santé publics — qu'il s'agisse des dispensaires de proximité qui assurent des soins de base en première ligne, des hôpitaux régionaux ou des hôpitaux tertiaires qui sont en mesure de mener à bien des procédures très spécialisées dans les villes — sont financés par les Etats fédérés et l'Etat fédéral et gérés par les autorités des Etats fédérés. Les professionnels de santé sont recrutés en qualité de fonctionnaires et affectés à un établissement.

(...)

Selon une étude, seuls 16 % des ménages indiens déclarent avoir accès à des soins de santé publics gratuits ou partiellement gratuits. Bien que cette proportion soit plus élevée dans la tranche de revenus la plus faible, elle augmente avec le revenu au-delà de la troisième tranche de revenus (tableau 3.1). On peut donc penser que les dépenses publiques de santé contribuent moins qu'elles ne le devraient à réduire les inégalités en termes de niveau de vie. La gratuité est plus fréquente pour les soins hospitaliers que pour les vaccinations et les prescriptions.

(...)

En dehors de quelques Etats fédérés et de quelques îlots d'excellence, le secteur public n'atteint toutefois pas l'objectif qui consiste à répondre aux besoins sanitaires essentiels de la population. Les services de santé sont souvent trop éloignés, ils manquent de personnel qualifié et de fournitures et leurs horaires d'ouverture ne sont pas fiables. D'après les enquêtes, 41 % des habitants des zones rurales et 45 % des habitants des zones urbaines ne sont pas satisfaits de la prise en charge assurée par leur médecin ou leur établissement de soins. Le problème de l'éloignement géographique était évoqué par 21 % des ruraux et 14 % des urbains, et celui de la non-disponibilité des services par 30 % des ruraux et 26 % des urbains (Kumar et al., 2011). Si les enquêtes nationales reflètent l'opinion personnelle des personnes interrogées et peuvent être biaisées, leurs conclusions sont confortées par les estimations officielles selon lesquelles 10 % des centres de soins primaires ne comptent aucun médecin ; 37 % ne comptent aucun laborantin ; et 25 % ne comptent aucun pharmacien (MoHFW, 2012). Les enquêtes de terrain menées à grande échelle dans des zones pauvres vont aussi dans le même sens, puisqu'elles ont montré que les centres de soins publics étaient fermés plus de la moitié du temps et qu'ils manquaient de fournitures médicales aussi essentielles que des stéthoscopes ou des tensiomètres. Néanmoins, les centres publics représentent souvent le seul moyen de consulter un professionnel de santé qualifié dans les zones rurales qui concentrent une part importante de la population pauvre. Parallèlement, la population des bidonvilles urbains est en forte augmentation, et son état de santé est mauvais. Les centres de soins publics peinent à assurer des prestations essentielles, et les habitants des bidonvilles se heurtent à des barrières économiques et éducatives qui entravent leur accès à une prise en charge privée (MoHFW, 2012).

(...),

La présence d'infirmiers et de médecins non qualifiés au sein des établissements privés entraîne des problèmes considérables. Peu d'efforts ont été entrepris pour concevoir des textes visant à garantir que le personnel a suivi la formation médicale requise ou que des normes minimales d'hygiène et de sécurité sont respectées. De fait, même quand les professionnels de santé sont assujettis à de tels textes, les autorités ne veillent guère à leur respect.

(...)

Le manque de professionnels de santé qualifiés (graphique 3.4) et leur répartition géographique inégale constituent des obstacles majeurs s'agissant d'améliorer l'accès aux soins. D'après des travaux de recherche récents, les chiffres officiels pourraient surestimer les effectifs de personnel de santé en y incluant des personnes qui se présentent comme des médecins ou des infirmiers sans avoir les qualifications requises (encadré 3.1).

2. Article s'intitulant l'Inde dépassée par la faillite de son système public de santé, daté du 12 octobre 2017 (pièce 4)

Le secteur hospitalier public indien est au bord de l'explosion. Corruption massive, forte concurrence du privé, manque de médecins bien formés : c'est tout une politique de santé qu'il faut rebâtir.

Ces tragédies ne sont que le symptôme d'une crise profonde qui perdure depuis de longues années au sein même du système hospitalier étatique indien. « Ce secteur souffre d'une corruption endémique à tous les échelons », explique un connaisseur, l'argent s'évapore aussi bien dans les commandes d'équipements, l'achat de médicaments que dans la laverie du linge ». En Inde, c'est de notoriété publique : trois personnes sur quatre interrogées jugent les hôpitaux publics corrompus. Un constat confirmé par l'enquête d'opinion menée par LocalCircles, une plate-forme citoyenne. 41 % des personnes interrogées estiment que cette corruption ne pourrait être combattue qu'en renforçant l'unité de lutte gouvernementale dans ce domaine, 18 % évoquent l'idée d'une privatisation de ces hôpitaux, 29 % celle d'acheter en ligne les fournitures. En langage plus feutré, le rapport de la Central Medical Sendees Society, un organisme indépendant du ministère de la Santé, pointe lui aussi de nombreuses déficiences dans la chaîne d'approvisionnement. « Les données sont collectées manuellement et le système d'information sur la gestion des stocks est faussé. Du coup, il y a des erreurs dans l'estimation des quantités et des retards dans le règlement des approvisionnements, souligne-t-il. Compte tenu de ces lacunes, la fourniture de vaccins, de contraceptifs et de médicaments se fait de manière irrégulière, avec des excès dans certains endroits et des pénuries dans d'autres régions du pays. » De surcroît, le budget de la santé reste extrêmement faible en Inde, de l'ordre de 1,2 % du PIB, et ce, alors même que le plan de politique de santé dès 2015 avait promis de progressivement le porter à 2,5 %. Les plus démunis n'ont cependant souvent d'autre choix que de fréquenter ces hôpitaux publics. Ces derniers sont d'ailleurs bondés. Les lits y sont souvent partagés par plusieurs patients. D'après le rapport « National Health Profil » de 2017, le pays ne compterait en effet qu'un lit d'hôpital pour 2.046 personnes. Pis, les médecins, eux aussi, manquent. Seuls 10 % d'entre eux travaillent dans le public. La raison ? Les salaires et les conditions de travail. A Gurgaon, par exemple, les rémunérations sont environ 5 fois plus élevées dans le privé. Les hôpitaux privés parviennent d'ailleurs à attirer un grand nombre d'étudiants en médecine de pays étrangers comme l'Afghanistan et l'Irak. « Nous venons ici car les médecins indiens sont très réputés », raconte Yalda, une interne afghane, qui a déboursé 1.000 dollars pour une formation de six mois dans un hôpital privé de Delhi.

Plus globalement, la difficulté à former de vrais médecins est l'un des handicaps majeurs de l'Inde. Le pays compte environ 462 collèges médicaux et 3.123 institutions qui forment des infirmières chaque année, mais, avec la population indienne qui augmente annuellement de 26 millions de personnes, le besoin se fait toujours plus grand. « L'Inde continue d'annoncer de nouveaux hôpitaux comme AIIMS - hôpital public modèle de New Delhi - dans les Etats mais où se trouvent les facultés en mesure de former des docteurs ? » s'interroge Sujatha Rao, ancien ministre de la Santé dans l'« Hindustan Times ». Selon le rapport de l'OMS qui se base sur le recensement de 2001, le pays avait à cette époque besoin de 700.000 docteurs en plus là où les universités ne pouvaient en former que 30 à 50.000 environ par an. Le manque de qualification est particulièrement élevé dans les campagnes. Selon un rapport de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS), seuls 58 % des médecins en ville auraient un diplôme adéquat. Dans les zones rurales ils ne seraient plus que 19 %. « Souvent les gens malades ne vont à l'hôpital qu'après avoir vu des guérisseurs de la foi, des charlatans et des praticiens non qualifiés », explique Sujatha Rao, « avec des diagnostics plus précoces et de vrais soins, de nombreuses vies pourraient être sauvées ».

3. Article s'intitulant « les hôpitaux indiens sont remplis d'américains désespérés du 14 janvier 2018 (pièce 5)

Mais l'Inde a aussi l'un des systèmes de santé les plus inégalitaires au monde. L'écart entre les services proposés aux plus riches et ceux dont peuvent bénéficier les plus pauvres est sidérant, et environ 86% de la population rurale est privée d'assurance maladie.

«Si vous avez beaucoup d'argent, vous avez accès à beaucoup de services de santé, explique George Thomas, chirurgien orthopédiste de Chennai, en Inde. Dans le même temps, un nombre incroyable d'indiens n'a même pas accès à des soins de santé élémentaires.»

Les hôpitaux publics sont surchargés et déficients, ce qui conduit à des fautes médicales. Ainsi, un établissement public d'Uttar Pradesh, l'Etat le plus peuplé d'Inde, a récemment fait la une des journaux internationaux après le décès de 63 personnes en deux jours, liés à une pénurie d'oxygène.

Il n'est donc pas surprenant que les Indiens préfèrent se tourner vers les établissements privés. Un rapport gouvernemental de 2016 a permis de montrer que les hôpitaux publics du pays traitaient moins de 30% des maladies dans le pays. La préférence pour le secteur privé est particulièrement marquée dans les villes, où se concentrent la plupart des établissements de haute qualité en Inde. Entre 2004 et 2014, la part des hospitalisations dans le privé en ville a augmenté d'environ 6%. Mais le système de santé privé est plus cher et, sur la même période, le montant moyen d'un séjour à l'hôpital a augmenté d'à peu près 176%.

Il ressort de l'ensemble de ces constats que l'examen de l'accessibilité des soins médicaux nécessaires au requérant réalisée par le médecin fonctionnaire n'est pas sérieux et ne démontre absolument pas l'existence de soins de santé adéquats. L'examen réalisé par la partie adverse n'a donc pas été un examen attentif et rigoureux, tel que cela est requis par l'article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 et par l'article 3 de la CEDH.

La décision de refus de séjour est donc prise en violation de ces articles et de l'obligation de motivation formelle ainsi que des principes de bonne administration.

Il convient donc d'annuler les décisions attaquées sur la base de ce qui précède.

Quatrième branche

La partie adverse déclare que les médicaments sont à acheter auprès de pharmaciens privés. En Inde, il existe un programme d'état qui stimule la vente de médicament générique. Les exploitants peuvent au sein de l'hôpital ou du centre médical ouvrir une pharmacie où exclusivement des médicaments génériques sont vendus. L'état ne met pas de prix fixe mais toute une série de condition doivent être complétées pour pouvoir avoir accès à un permis. Il y a également une liste des médicaments essentiels.

Il est repris ce qui suit dans l'étude économique effectuée par l'OCDE (pièce 3) :

Pourtant, les dépenses de médicaments constituent la plus grande part des frais de santé restant à la charge des ménages, et représentent environ les trois quarts de ces frais pour les ménages les plus pauvres (Selvaraj and Karan, 2012). Les frais de médicaments restant à la charge des patients sont élevés parce que les stocks de médicaments essentiels sont souvent épuisés dans les hôpitaux publics, qui sont censés fournir ces médicaments gratuitement ou à un prix très bas, et en raison de prescriptions inappropriées dans le secteur privé. Le taux médian de disponibilité d'un échantillon de médicaments génériques essentiels était de 22 % dans les établissements publics, contre 77 % dans les établissements privés (WHO, 2012). Cela tient, pour partie, à une gestion inefficace de la chaîne logistique et à des défaillances au niveau du processus d'approvisionnement en médicaments. Les entrepôts médicaux auprès desquels divers hôpitaux publics commandent leurs médicaments ne sont pas tenus d'entreposer des génériques ; le contrôle qualité y est généralement inexistant ; et des problèmes de corruption s'y posent souvent (Shepherd-Smith, 2012). L'instauration d'un système centralisé d'achat dans l'Etat du Tamil Nadu s'est traduite par une chute du prix des médicaments et par une meilleure disponibilité de ces derniers au sein des établissements de santé publics.

30En raison des pénuries de médicaments qui touchent le secteur public, les patients se tournent vers le secteur privé, au sein duquel la distribution et la vente des médicaments sont mal encadrées. De nombreuses études ont montré que les médecins, les infirmiers et les pharmaciens prescrivaient trop de médicaments (surtout dans les zones rurales) ; que les patients pratiquaient beaucoup l'automédication ; et que la vente des médicaments sur ordonnance était mal encadrée (Das et al, 2006 ; Kotwani, 2010 ; Ray et al., 2003). Les laboratoires pratiquent une politique commerciale agressive, par exemple en offrant des cadeaux coûteux et en ciblant les professionnels de santé des petites villes (Roy et al., 2007 et Kripalani, 2008). Même si les autorités cherchent à réglementer le prix de certains médicaments,

comme dans des pays de l'OCDE, les marges entre les prix pratiqués par les fournisseurs et ceux acquittés par les patients peuvent atteindre les 300 %, ce qui est largement supérieur à la marge de 20 % prévue par la loi (NP PA, 2002).

Il ressort de ces informations que les médicaments ne sont pas disponibles en Inde.

Cinquième branche

La partie adverse déclare en ce qui concerne la sécurité sociale, qu'il y a des revenus minimums qui sont fixés. Il y a des aides comme par exemple les pensions pour les employés assurées par les contributions des employeurs. Une grande partie des indiens est indépendant et ne bénéficie pas de cette pension. Ils peuvent faire une assurance de manière volontaire. D'après les différents accords des régions, le financement des soins de santé est réglé de manière régionale. Les soins en première ligne sont gratuits. Pour les soins secondaires et les consultations chez un spécialiste, une contribution doit être payée. La troisième ligne est généralement prévue dans le secteur privé..

La partie adverse admet dans sa décision que Madame est âgée de 68 ans et qu'elle devra bénéficier du système de pension pour les personnes avec peu de moyens. Il s'agit de l'Indira Gandhi National Old-age Pension scheme.

Contrairement aux dires de la partie adverse, en pratique, les personnes n'ont pas effectivement accès à un système de sécurité sociale, qui leur permette de couvrir leur frais et cette pension est également très faible, ce qui ne leur permet pas de couvrir leur frais :

Article du Courrier international daté du 11.02.2019 s'intitulant « Vieillir en Inde n'est pas une sinécure » (pièce 6)

Le gouvernement avait déjà fait passer en 2007 une loi qui oblige les enfants à veiller sur leurs parents. Une personne âgée qui ne peut subvenir seule à ses besoins essentiels peut désormais exiger le soutien des membres de sa famille. Si ces derniers manquent à leur devoir, ils sont passibles d'amende et d'une peine de trois mois de prison. En réalité, les parents portent rarement plainte contre leurs enfants d'autant que la grande majorité de cette génération est bien loin de connaître ses droits.

En Inde, seuls 10% des travailleurs bénéficient d'une retraite : ceux qui ont travaillé dans le secteur organisé. Il n'est donc pas du tout rare de croiser dans les rues des personnes de plus de 80 ans encore au travail. Il existe bien un plan gouvernemental pour les personnes les plus pauvres à partir de 65 ans mais la pension culmine à 150 roupies (soit moins de 2€) par mois...

Et pire encore, d'après Help Age International, seulement un ayant-droit sur cinq toucherait la pension auquel il peut prétendre. Beaucoup de seniors, analphabètes et mal informés, ne sont pas capables de remplir les formulaires ou de fournir les certificats de naissance demandés. Dans ce dénuement, ce sont les femmes les plus discriminées alors que ce sont elles qui vivent le plus longtemps. Selon Help Age, même en ayant travaillé toute leur vie, les femmes ne touchent rien pour 92% d'entre elles ...

Autre problème de taille : 90% des 80 millions de seniors indiens n'ont pas de sécurité sociale. Or, on sait que les dépenses de santé sont plus importantes après 60 ans notamment dans le cas de maladies chroniques nécessitant un traitement médicamenteux constant. La plupart des centres de soins ne possèdent d'ailleurs pas de département gériatrique et encore moins de personnels formés.

Et effectivement, on se rend compte très vite en Inde que rien n'est fait pour améliorer la vie des seniors - ou des gens avec un handicap d'ailleurs -. Difficile de trouver du matériel adapté : monte marche, rampes, poignées de soutien, lit modulable, fauteuils roulants, service à domicile, etc ... ce qui augmente encore la dépendance. De rares écoles ouvrent désormais pour former du personnel qualifié mais il faudrait en former 800 000 dans les cinq années à venir selon l'Institut Tata pour les Sciences Sociales (TISS).

Il ressort de cette information que la requérante n'aura pas accès à une pension et que cela ne couvrira pas ces frais médicaux.

Sixième branche

La partie adverse déclare que la requérante peut faire appel à FIOM qui pourra la soutenir en cas de retour et que FIOM dispose également d'un service de réintégration qui pourra faciliter sa réintégration dans son pays d'origine. Ce fond soutient les personnes pour trouver des revenus générés par une activité.

Il est impossible pour la requérante de rentrer dans son pays, car les soins n'y sont pas disponibles ni accessibles comme cela est démontré ci-devant. L'intervention de FIOM n'aura donc aucune influence vu qu'elle n'assure en rien un accès aux soins de santé."

3.2. De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals neergelegd in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en in artikel 62, § 2 van de Vreemdelingenwet heeft tot doel de bestuurde in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid haar beslissing heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Voornoemde artikelen verplichten de overheid in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een afdoende wijze (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710). De bestreden beslissing bevat duidelijk de juridische en feitelijke motieven waarop ze steunt. In de motieven wordt verwezen naar de toepasselijke rechtsregel, namelijk artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Tevens bevat de beslissing, aan de hand van het medisch advies van de arts-adviseur dat er integraal deel van uitmaakt en dat volledig is toegespitst op de elementen die verzoeksters situatie kenmerken, een motivering in feite, om te komen tot de conclusie dat het aangehaalde medisch probleem niet kan worden aangenomen als grond om een verblijfsvergunning te verkrijgen in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. De Raad stelt verder vast dat verzoekster de motieven die aan de bestreden beslissing ten grondslag liggen ook kent nu zij deze onderwerpt aan een inhoudelijk onderzoek in een middel waarin wordt opgeworpen dat deze beslissing getuigt van een manifeste appreciatiefout en van tegenstrijdige motieven, zodat is voldaan aan het doel van de formele motiveringsplicht. De inhoudelijke kritiek, die verzoekster op de motieven uit, wordt beoordeeld vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht.

3.3. De Raad is bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht niet bevoegd zijn beoordeling van de aanvraag in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij de beoordeling van de aanvraag is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet onredelijk tot haar besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de gemachtigde van de minister de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te stoelen op een correcte feitenvinding. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de gemachtigde van de minister bij het nemen van een beslissing minstens moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

3.4. Artikel 9ter, §1, eerste en laatste lid van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

"(...) De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde. (...)"

"(...) 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. (...)"

3.5. De bestreden beslissing verklaart de ingediende aanvraag om verblijfsmachtiging om medische redenen ontvankelijk doch ongegrond en verwijst hierbij naar het medisch advies van de arts-adviseur van 17 januari 2020. Dit advies, waarop de bestreden beslissing steunt en dat er integraal deel van uitmaakt, luidt als volgt:

"[...] Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mevr. [S.S.]

in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 03.12.2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

18.09.2019 SMG van Dr. Joop Jonckheer: astma met bronchiëctasieën, geen hemoptoe meer, cardiomyopathie en hypercholesterolemie - medicatie: Symbicort forte en Duovent zo nodig.

10.12.2018 Verslag van een longfunctie-onderzoek door Dr. J. Jonckheer: ernstig obstructieve stoornis, weinig reversibel met tekens van airtrapping en hyperinflatie bij normale diffusie passend bij ongecontroleerd astma.

25.05.2018 Verslag CT thorax van Dr. H. Devos: controle van peribronchiale infiltraten in februari 2018 - > afname tot resolutie van de bronchopneumonische haarden rechts, sacculaire bronchiëctatische ombouw rechts en onveranderde nodule in de rechter middenkwab.

Bespreking:

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 68-jarige vrouw die last heeft van:

- 1) Astma: ongecontroleerd in het verleden waardoor er door slijmophoping en ontsteking een abnormale (zakvormige = sacculaire) verwijding van de luchtwegen of bronchiën (bronchiëctasieën) in de rechter long is ontstaan. Betrokkene hoest momenteel geen bloed meer op (hemoptoe).*
- 2) Cardiomyopathie (aandoening van de hartspier): wordt in voorliggend medisch dossier niet verder gespecificeerd, geobjectiveerd noch medicamenteus behandeld.*
- 3) Hypercholesterolemie: het te veel aan cholesterol in het bloed kan aangepakt worden met een vetarm dieet. Deze hypercholesterolemie wordt in voorliggend medisch dossier niet geobjectiveerd noch medicamenteus behandeld.*

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Budesonide+formoterol (Symbicort forte): een langwerkend bèta2-mimeticum + inhalatiecorticosteroid (LABA + ICS) tegen astma*
- Ipratropium+fenoterol (Duovent): een kortwerkend bèta2-mimeticum + kortwerkend anticholinergicum*

Mevr. [S.] legt geen bewijzen voor van een halfjaarlijkse medische opvolging, die echter wel aangeraden wordt op het SMG d.d. 18/09/2019.

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

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):

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

- Aanvraag Medcoi van 31/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11517*

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist en bij een pneumoloog beschikbaar is in India.

Budesonide+Formoterol is beschikbaar.

Ipratropium is beschikbaar, evenals een analoog van Fenoterol², nl. Salbutamol, dat Fenoterol kan vervangen.

Uit bovenstaande bron mag men besluiten dat de noodzakelijke medische opvolging en behandeling beschikbaar is in India.

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.

Het doel van het Ministerie van Gezondheidszorgen is een adequate gezondheidzorg aan te bieden aan alle bewoners. In 2015 werd een nieuw decreet opgesteld "the National Health Policy 2015", waarin bepaald werd dat de economische groei zou gebruikt worden om de gezondheidszorg verder uit te bouwen. Speciale aandachtspunten zijn de maternale zorg, de niet-overdraagbare ziekten, het toegankelijk maken van de gezondheidszorg voor iedereen en de economische groei te exploiteren voor een betere gezondheidszorg. De Indiase gezondheidszorg bestaat uit een publieke en een private sector. De private sector levert zorg tegen betaling en is vooral aanwezig in de curatieve zorg. De private sector is opgesplitst in gespecialiseerde ziekenhuizen voor de derde lijn, ziekenhuizen voor de tweede lijn en verpleeghuizen en private klinieken in de eerste lijn.

De publieke sector bestaat uit curatieve en preventieve diensten in de primaire, secundaire en tertiaire zorg. In de publieke sector is er een verschil in organisatie van de zorg tussen het platteland en de stad. In de steden vinden we gespecialiseerde referentieziekenhuizen, ziekenhuizen gespecialiseerd in bepaalde pathologie, districtsziekenhuizen, medische colleges en Taluk ziekenhuizen, waar reeds gespecialiseerde zorg verleend wordt. Op het platteland daarentegen vinden we Community Health Centers, Primary Health Care Centers en Subcenters die vooral instaan voor de eerste lijn. In ziekenhuizen en gezondheidscentra van de overheid is de medische zorg gratis voor iedereen.

De gezondheidszorg is de verantwoordelijkheid van zowel de centrale overheid, de deelstaten, als de lokale overheden (district, stad, ...).

Medicatie is te koop bij private apothekers. In India bestaat er een overheidsprogramma dat de verkoop van generieke medicatie stimuleert. De uitbater kan binnen het ziekenhuis/medisch centrum een apotheek openen, waar enkel generische producten verkocht mogen worden. De overheid zet geen vaste prijzen, maar er moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan om een vergunning te krijgen. Er bestaat ook een lijst van essentiële geneesmiddelen.

Op gebied van de sociale zekerheid zijn er minimum lonen vastgelegd. Deze verschillen wel van staat tot staat. Er zijn tegemoetkomingen zoals pensioenen voor werknemers, verzekerd door bijdragen van de werknemer, werkgever en de staat. Het merendeel van de Indiërs is echter zelfstandige en voor hen is dit niet van toepassing. Zij kunnen op vrijwillige basis eventueel een verzekering afsluiten, maar dit is niet algemeen. Volgens verschillende akkoorden in de provincies wordt de bekostiging van de zorg geregeld. De zorg in de eerste lijn is gratis. Voor de secundaire zorg en consultaties bij een specialist dient een bijdrage betaald te worden. De derde lijn wordt meestal in de private sector aangeboden. Opname is meestal gratis of zwaar gesubsidieerd door de overheid.

Mevr. [S.] is 68 jaar oud. In India kan men terugvallen op een ouderdomspensioen als men tijdens de actieve loopbaan heeft bijgedragen. Ook bestaan er pensioenstelsels voor mensen met minder middelen zoals het Indira Gandhi National Old-age Pension Scheme). Dit laatste varieert van deelstaat tot deelstaat, voor betrokkene gelden dus de bepalingen van de deelstaat Gujarat. India lanceerde in 2011 een specifiek programma voor oudere mensen, het National Programme of Health Care of the Elderly met als doel de toegang tot een preventieve en curatieve gezondheidszorg laagdrempelig te maken voor oudere mensen, met de focus vooral op de primaire gezondheidszorg.

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 inkomen genererende 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:

Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat het astma, de cardiomyopathie en de hypercholesterolemie bij Mevr. [S.] geen reëel risico inhouden voor haar leven of fysieke integriteit, noch voor een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in India.

Derhalve is er vanuit medisch oogpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van herkomst, nl. India."

3.6. In een eerste onderdeel van het middel levert verzoekster kritiek op de volgende vaststellingen in het advies van de arts-adviseur: *"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):

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

- Aanvraag Medcoi van 31/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11517

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een huisarts/generalist en bij een pneumoloog beschikbaar is in India."

3.6.1. Verzoekster stelt meer bepaald als eerste punt van kritiek dat de MedCOI-aanvraag verwijst naar een man van 58 jaar die niet dezelfde medische problemen heeft als zij. Derhalve steunt de bestreden beslissing volgens verzoekster op een niet pertinent advies en dient deze volgens haar om die reden te worden vernietigd.

3.6.2. Verzoekster kan niet worden gevolgd in haar kritiek. Immers ontkent ze niet dat ze nood heeft aan een pneumoloog en huisarts/generalist voor haar aandoening. Of de arts-adviseur nu tot de conclusie komt dat die beschikbaar zijn op basis van verzoeksters concreet geval of aan de hand van de medische situatie van iemand anders die afkomstig is uit India en die ook nood heeft aan een pneumoloog en huisarts/generalist maakt niet uit.

3.6.3. Tweede punt van kritiek van verzoekster is dat de bestreden beslissing stelt dat er een pneumoloog en een huisarts/generalist en een internist beschikbaar zijn in New Delhi en meer bepaald in bepaalde hospitalen aldaar. Zij betoogt dat ze niet afkomstig is uit New Delhi en dat de beschikbaarheid van een pneumoloog en een huisarts/generalist en een internist aldaar bezwaarlijk kan volstaan om de medische nood te lenigen van 1,3 miljard inwoners.

3.6.4. De Raad dient op te merken dat verzoeksters kritiek feitelijke grondslag mist aangezien het advies van de arts-adviseur zich niet heeft beperkt tot New Delhi. Het advies moet ook in zijn geheel worden gelezen en verzoekster kan meer bepaald niet voorbijgaan aan de vaststellingen die in het advies gedaan worden na de zin *"Het doel van het Ministerie van Gezondheidszorgen is een adequate gezondheidzorg aan te bieden aan alle bewoners."*

3.6.5. Verzoekster toont nergens in concreto aan dat zij geen beroep zou kunnen doen op een pneumoloog en huisarts/generalist in haar land van herkomst.

Het eerste onderdeel van het middel is niet gegrond.

3.7. In een tweede onderdeel van het middel voert verzoekster aan dat de arts-adviseur in zijn advies stelt dat de benodigde medicatie beschikbaar is in het land van herkomst. Opnieuw werpt verzoekster op dat de arts-adviseur zich hiervoor heeft gebaseerd op een MedCOI-aanvraag van een persoon met een ander medisch profiel dan zij, zodat de bestreden beslissing niet steunt op adequate informatie.

3.7.1. In het advies van de arts-adviseur kan worden gelezen:

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

- Aanvraag Medcoi van 31/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11517

(...).

Budesonide+Formoterol is beschikbaar.

Ipratropium is beschikbaar, evenals een analoog van Fenoterol², nl. Salbutamol, dat Fenoterol kan vervangen.

Uit bovenstaande bron mag men besluiten dat de noodzakelijke medische opvolging en behandeling beschikbaar is in India.”

3.7.2. Verzoekster kan dus niet worden gevolgd in haar kritiek. Immers ontkent ze niet dat ze voor haar aandoening nood heeft aan *“Budesonide+Formoterol (...) Ipratropium (...) en een analoog van Fenoterol², nl. Salbutamol, dat Fenoterol kan vervangen”*. Of de arts-adviseur nu tot de conclusie komt dat die beschikbaar zijn op basis van verzoeksters concreet geval of aan de hand van de medische situatie van iemand anders die afkomstig is uit India en ook nood heeft aan dezelfde medicatie maakt niet uit.

3.7.3. Verder werpt verzoekster opnieuw op dat het advies vaststelt dat de medicatie beschikbaar is in een apotheek in een welbepaald hospitaal in New Delhi en ontwikkelt ze gelijkaardige kritiek als in het eerste onderdeel van het middel.

3.7.4. De Raad dient opnieuw op te merken dat verzoeksters kritiek feitelijke grondslag mist aangezien het advies van de arts-adviseur niet is beperkt tot de beschikbaarheid van de nodige medicatie in New Delhi. Het advies moet ook in zijn geheel worden gelezen en verzoekster kan meer bepaald niet voorbijgaan aan de vaststellingen die in het advies worden gemaakt na de zin *“Het doel van het Ministerie van Gezondheidszorgen is een adequate gezondheidzorg aan te bieden aan alle bewoners”*, en na de zin *“Medicatie is te koop bij private apothekers.”* in het bijzonder.

3.7.5. Verzoekster toont nergens in concreto aan dat de benodigde medicatie niet beschikbaar is in haar land van oorsprong.

Het tweede onderdeel van het middel is niet gegrond.

3.8. In een derde onderdeel van haar middel uit verzoekster kritiek op de vaststellingen die in het advies van de arts-adviseur worden gemaakt na de zin *“Het doel van het Ministerie van Gezondheidszorgen is een adequate gezondheidzorg aan te bieden aan alle bewoners.”*

3.8.1. Ze stelt in eerste instantie dat de arts-adviseur zicht beroept op algemene informatie en dat die niet toelaat te concluderen dat ze in haar regio van afkomst zal kunnen genieten van en toegang zal hebben tot de benodigde zorgen. Verzoekster kan echter niet worden gevolgd in haar kritiek. Los van de vaststelling dat zij niet nader concretiseert uit welke regio ze afkomstig is, is het zo dat er in artikel 9ter, § 1 van de Vreemdelingenwet sprake is van het *“land”* en niet de *“streek”* van herkomst, zodat het volstaat dat de arts-adviseur nagaat of de benodigde zorgen en medicatie beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst, in casu India (cf. RvS 15 mei 2019, nr. 13.316 van (c)).

3.8.2. Tweede punt van kritiek van verzoekster is dat in tegenstelling tot wat de arts-adviseur voorhoudt in zijn advies, de benodigde zorgen niet toegankelijk zijn, gelet op de gebreken in het Indiase gezondheidssysteem. Verzoekster maakt dan een aantal vaststellingen die zijn gebaseerd op een hoofdstuk uit een rapport van OCDE van 2014 en op persartikelen van 12 oktober 2017 en 14 januari 2018, die ze voegt bij haar verzoekschrift.

3.8.3. De arts-adviseur heeft zich voor zijn advies gebaseerd op een MedCOI-document met nr. BDA-20170808-IN-6574 dat is opgenomen in het administratief dossier en waaruit blijkt dat op 27 september 2017 informatie werd verstrekt over het gezondheidssysteem in India. Ter verduidelijking hiervan kan worden verwezen naar voetnoot (1) van het advies, waarin wordt uiteengezet dat het MedCOI-project een initiatief is van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst, Bureau Medische Advisering (BMA), heden 15 partners telt (14 Europese landen en het International Centre for Migration Policy Development) en wordt gefinancierd door het European Asylum, Migration and Integration Fund. Het BMA doet onder meer een beroep op lokale artsen die in het land van herkomst werken, waarvan de identiteit beschermd wordt, en die werden uitgekozen door ambtenaren van het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse Zaken via haar ambassades in het buitenland op basis van vooraf vastgelegde selectiecriteria: betrouwbaarheid, over een medisch professioneel netwerk in het land van herkomst beschikken, in het land van herkomst wonen en werken, over talenkennis beschikken en meer praktische criteria, zoals communicatiemogelijkheden en beschikken over voldoende tijd om de aanvragen te verwerken. Deze artsen werden gecontracteerd door het BMA in Nederland om informatie

te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen waar zij verbleven. De identiteit van de lokale artsen wordt om veiligheidsredenen beschermd. De persoonlijke gegevens en CV's van de lokale artsen zijn gekend door het BMA en het Ministerie van Buitenlandse Zaken in Nederland. De exacte specialisatie van de lokale arts is irrelevant omdat één van de selectiecriteria hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst is. Op deze manier kunnen zij vragen over eender welke medische specialisatie beantwoorden. De medische informatie die door deze lokaal gecontracteerde artsen wordt verstrekt alsook door International SOS en Allianz Global Assistance, wordt beoordeeld door de artsen van het BMA. Verder heeft de arts-adviseur zich gebaseerd op een *“CountryFact Sheet Access to Healthcare: India”*, dat dateert van 5 januari 2016. Ten slotte bevindt er zich in het administratief dossier ook nog een uittreksel uit *“SSPTW: Asia and the Pacific, 2018”* dat over India handelt met als titel *“Old Age, Disability, and Survivors”*.

3.8.4. Het hoofdstuk van het rapport van OCDE waarop verzoekster zich beroept, dateert van 2014 en is dus te oud om de bronnen waarop de arts-adviseur zich heeft gebaseerd aan het wankelen te brengen. Het persartikel van 12 oktober 2017 handelt over het Indiase gezondheidssysteem in het algemeen, en maakt gewag van corruptie, concurrentie uit de privésector en een tekort aan goed opgeleide artsen. Nadere lectuur van dit artikel leert dat het inzoomt op falende gezondheidszorgen voor kinderen in de regio Uttar Pradesh. Het maakt gewag van corruptie en verlies van overheidsgeld in diverse sectoren en van de uitslag van enquêtes over het gezondheidssysteem die werden gevoerd onder de Indiase bevolking. Het beschrijft gebreken in de voorraadskettingen door een gebrek aan automatisering, waardoor er soms een overvloed is aan medicijnen in bepaalde regio's en een gebrek eraan in andere. Voorts maakt het rapport gewag van een tekort aan artsen: er studeren er wel degelijk af maar er zijn er te weinig voor de gehele Indiase bevolking en dan voornamelijk in de dorpen. Het tweede persartikel dat verzoekster aanhaalt, dateert van 14 januari 2018 en handelt over buitenlanders, in het bijzonder Amerikanen die zich komen laten opereren in Indiase privéhospitelen. Deze laatste genieten bij de Indiase bevolking ook de voorkeur maar niet iedereen kan de kosten daar betalen. Uit het persartikel blijkt dat sommigen van oordeel zijn dat het medisch toerisme dat boomt in de privéhospitelen in India, gunstige gevolgen zal hebben voor de Indiase bevolking zelf, anderen betwijfelen dit en zijn van oordeel dat dit enkel de privehospitelen ten goede zal komen. Uit het artikel blijkt ook dat 43 privéhospitelen in New Delhi verplicht worden om 10% van hun hospitalisatiecapaciteit en 25 % van hun ambulante dienstverlening te reserveren voor behoeftigen met een laag inkomen, dit in ruil voor goedkope grond waar ze hun campussen kunnen vestigen. De naleving van de opgelegde voorwaarden wordt gecontroleerd, getuige een boete van 83 miljoen euro die werd opgelegd aan 5 grote privéziekenhuizen die zich niet hielden aan de voorwaarden, hoewel sommigen dit relativeren.

3.8.5. De Raad dient op te merken dat verzoekster met dit alles niet aantoonde dat hiermee elke toegang tot de benodigde zorgen en medicatie voor haar is afgesloten in India. Dat er zich in een dergelijk groot land met een aanzienlijke bevolking moeilijkheden voordoen op het vlak van gezondheidszorg die staan beschreven in de persartikelen houdt niet in dat verzoekster zal blijven verstoken van de benodigde zorgen en medicatie. Zo toont ze meer bepaald niet aan dat ze bij terugkeer zal terechtkomen in een Indiaas dorp waar de schaarste aan dokters en medicatie zich voornamelijk laat voelen en waar de inwoners zijn verstoken van een verzekering voor gezondheidszorgen. Ze toont evenmin aan dat ze niet de nodige middelen heeft om een beroep te doen op privéziekenhuizen in de steden – waar zelfs Amerikanen komen om zich te laten opereren – en de medicatie die aldaar of bij privé-apothekers beschikbaar is en waar de toestand beter is dan in staatsziekenhuizen die hebben te kampen met een gebrek aan subsidies. Verzoekster geeft voorts helemaal geen informatie over haar persoonlijke financiële situatie en meer bepaald hoe ze samen met haar echtgenoot als 68-jarige erin slaagt om in België toe te komen in augustus 2013 en in 2014 een eerste aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen in te dienen (cf. verzoekschrift zaak met rolnummer 172 498). Dit veronderstelt redelijkerwijze voldoende persoonlijke middelen of financiële ondersteuning door familie of derden. Van de arts-adviseur wordt overigens niet verwacht dat hij een volledige doorlichting doet van het gezondheidssysteem in India en hierbij ingaat op de problemen die worden uiteengezet in de persartikelen, die verzoekster voor het eerst voegt bij haar verzoekschrift.

Het derde onderdeel van het middel is ongegrond.

3.9. In een vierde onderdeel van het middel bekritiseert verzoekster de volgende vaststellingen in het advies van de arts-adviseur: *“Medicatie is te koop bij private apothekers. In India bestaat er een overheidsprogramma dat de verkoop van generieke medicatie stimuleert. De uitbater kan binnen het ziekenhuis/medisch centrum een apotheek openen, waar enkel generische producten verkocht mogen*

worden. De overheid zet geen vaste prijzen, maar er moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan om een vergunning te krijgen. Er bestaat ook een lijst van essentiële geneesmiddelen.”

3.9.1. Verzoekster is van oordeel dat “*les médicaments*” niet beschikbaar zijn in India en baseert zich hiervoor op het hoofdstuk van het rapport van OCDE dat dateert van 2014 en dat hogerop al besproken werd. Daar voormeld rapport dateert van 2014 kan het de bekritiseerde passage van het advies van de arts-adviseur niet onderuit halen. Verzoekster toont ook niet in concreto aan dat zij de medicatie voor haar aandoeningen niet zal kunnen verkrijgen in India.

Het vierde onderdeel van het middel is niet gegrond.

3.10. In een vijfde onderdeel van het middel bekritiseert verzoekster de passages in het advies van de arts-adviseur die handelen over de toegankelijkheid van de benodigde zorgen en medicatie en die voor wat betreft verzoeksters concrete situatie stellen: “*Mevr. [S.] is 68 jaar oud. In India kan men terugvallen op een ouderdomspensioen als men tijdens de actieve loopbaan heeft bijgedragen. Ook bestaan er pensioenstelsels voor mensen met minder middelen zoals het Indira Gandhi National Old-age Pension Scheme). Dit laatste varieert van deelstaat tot deelstaat, voor betrokkene gelden dus de bepalingen van de deelstaat Gujarat. India lanceerde in 2011 een specifiek programma voor oudere mensen, het National Programme of Health Care of the Elderly met als doel de toegang tot een preventieve en curatieve gezondheidszorg laagdrempelig te maken voor oudere mensen, met de focus vooral op de primaire gezondheidszorg.*”

3.10.1. Verzoekster kaart meer bepaald aan dat in praktijk personen geen effectieve toegang hebben tot het sociaal zekerheidssysteem om hun kosten te dekken en dat het ouderdomspensioen heel laag is zodat het haar niet toestaat om de kosten te dekken. Verzoekster baseert zich hiervoor op een persartikel van 11 februari 2009 en voegt dit bij haar verzoekschrift.

3.10.2. In het persartikel kan worden gelezen dat slechts 10% van de Indiërs een pensioen geniet, met name zij die in de privésector hebben gewerkt. De overheid heeft weliswaar een plan opgevat om de allerarmsten een pensioen van 2 euro per maand te verstrekken, maar velen zijn niet vaardig genoeg om de nodige aanvraagformulieren in te dienen. Verder stelt het artikel dat 90% van 80 miljoen Indiase bejaarden geen toegang hebben tot sociale zekerheid en dat leven voor hen niet bepaald aangenaam is in India.

3.10.3. De Raad herhaalt dat verzoekster helemaal geen informatie geeft over haar persoonlijke financiële situatie en meer bepaald hoe ze als 68-jarige met haar echtgenoot erin slaagt in België toe te komen in augustus 2013. Dit veronderstelt redelijkerwijze voldoende persoonlijke middelen of financiële ondersteuning door familie of derden. Verzoekster maakt onder het kopje “*Préjudice grave et irréparable*” van haar verzoekschrift bovendien gewag van de aanwezigheid van haar dochter en schoonzoon in België. Zij kunnen redelijkerwijs verzoekster financieel ondersteunen voor haar medische kosten in het land van oorsprong, minstens toont verzoekster het tegendeel niet aan. Ze toont ook niet aan dat ze geen familieleden heeft in India die haar financieel kunnen ondersteunen. Evenmin toont ze aan dat zij en/of haar echtgenoot geen pensioen kunnen genieten na te hebben gewerkt in de privésector. Verzoekster toont derhalve niet aan dat ze niet in staat is om de benodigde zorgen en medicatie te betalen.

Het vijfde onderdeel van het middel is niet gegrond.

3.11. In een zesde onderdeel van het middel bekritiseert verzoekster de passage in het advies van de arts-adviseur dat gaat over de mogelijkheid om een beroep te doen op fondsen van de IOM voor terugkeer en re-integratie. Verzoekster brengt hiertegen in dat dat het onmogelijk is om terug te keren naar India omdat de benodigde zorgen niet beschikbaar en evenmin toegankelijk zijn voor haar en dat de tussenkomst van de IOM daar geen invloed op heeft omdat deze organisatie niet de toegang tot de nodige zorgen kan verzekeren.

3.11.1 Verzoekster kan niet worden gevolgd in haar kritiek. Zij toont niet in concreto aan dat ze geen beroep kan doen op steun van de IOM voor een terugreis en voor een re-integratie in haar land van herkomst. Dit houdt in dat verzoekster middelen kan uitsparen die kunnen worden besteed aan consultaties bij een pneumoloog en huisartsen/generalisten alsook aan de aanschaf van de benodigde medicatie.

Het zesde onderdeel van het middel is niet gegrond.

Derhalve is het enig middel ongegrond.

4. Korte debatten

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

5. Kosten

Gelet op het voorgaande past het de kosten van het beroep ten laste te leggen van de verzoekende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Artikel 1

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

Artikel 2

De kosten van het beroep, begroot op 186 euro, komen ten laste van de verzoekende partij.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op twee juli tweeduizend twintig door:

mevr. M. EKKA,

kamervoorzitter

dhr. T. LEYSEN,

griffier

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

M. EKKA