



Arrest

nr. 239 328 van 31 juli 2020
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat N. ZAMANI
Frans Gasthuislaan 33
1081 BRUSSEL**

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, die verklaart van Liberiaanse nationaliteit te zijn, op 7 februari 2020 heeft 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 16 december 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.

Gezien de synthesesamenvatting.

Gelet op de beschikking van 27 mei 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 22 juni 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. MILOJKOWIC.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KALIN, die loco advocaat N. ZAMANI verschijnt voor de verzoekende partij en, van advocaat S. VAN ROMPAEY, die loco advocaat D. MATRAY verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoekster komt op 18 oktober 2018 aan op de luchthaven van Zaventem en krijgt een bevel tot teruggrijping. Op 19 oktober 2018 dient zij een verzoek om internationale bescherming in. Op 5 april 2019 weigert het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus.

Op 23 augustus 2019 dient verzoekster een aanvraag in tot machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Bij arrest nr. 225 702 van 3 september 2019 bevestigt de Raad de beslissing van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen.

Op 16 december 2019 verklaart de gemachtigde de aanvraag tot machtiging tot verblijf ongegrond. Het betreft de bestreden beslissing:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 23.08.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

S., H. S. (...) (R.R.: (...))

nationaliteit: Liberia

geboren te Bong County(...) op (...)

adres: (...)

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

Reden(en) :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor S., H. S. (...). De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 13.12.2019 (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, Liberia.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

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

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

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

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Verzoekster voert in de synthesememorie een enig middel aan:

“Eerste en enige middel: schending van de Wet betreffende uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen (Wet 29.07.1991), schending van artikel 62 Vreemdelingenwet, schending van artikel 3 EVRM en zorgvuldigheidsbeginsel. Voormelde wetgeving vermeldt dat de overheid op straffe van onwettigheid van de beslissing in de akte die de beslissing zelf bevat ook de motivering voor deze beslissing moet opnemen. Deze motivering moet bestaan uit de juridische en feitelijke overwegingen die aan de beslissing ten grondslag liggen. De motivering moet daarenboven afdoende zijn. D.w.z. draagkrachtig en deugdelijk. Vooreerst, dient te worden opgemerkt dat verzoekster aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, nl. human Immunodeficiency Virus (hierna afgekort als HIV) met risico tot evolutie naar acquired immune deficiency syndrome (hierna afgekort als AIDS) (stuk n° 3). Voormelde ziekte houdt een reëel risico in voor het leven en/of fysieke integriteit van verzoekster. Verzoekster loopt zeer groot risico om onmenselijke en vernederende te worden behandeld als zij zou moeten terugkeren naar haar land van herkomst (Liberia). Verzoekster heeft omwille van haar financiële beperkingen geen toegang tot adequate behandeling die beschikbaar is in haar land van herkomst. Dokter TERRY N

bevestigde in het medisch rapport verschillende keren dat verzoekster zeer therapietrouw dient te zijn. Zij dient aldus altijd in het bezit te zijn van de nodige medicamenten en deze strikt tijdig in te nemen om HIV onder controle te kunnen houden. In het medische rapport staat dan ook uitdrukkelijk het hiernavolgende vermeld (zie stuk n° 3):

“therapietrouw is van het allergrootste belang (...)”

Hieruit kan dus duidelijk worden afgeleid dat verzoekster altijd toegang zou moeten hebben tot haar medicaties. Als zij deze niet kan verkrijgen omwille van haar financiële situatie in haar land van herkomst dan kan dit tot gevolg hebben dat verzoekster hierdoor zou sterven. Er dient tevens te worden opgemerkt dat door het enkel feit dat de antiretrovirale behandeling beschikbaar is in Liberia tegen een zéér hoge prijs niet betekent dat HIV-behandeling toegankelijk is voor iedereen. Er dient verder eveneens te worden opgemerkt dat de vrees van verzoekster te worden gediscrimineerd in haar land van herkomst omwille van haar HIV zeer terecht is. Het feit dat mensen met HIV in Liberia zeer vaak worden gediscrimineerd blijkt eveneens uit nieuwsberichtgevingen. Zo werd het hiernavolgende vermeld in The Guardian (stuk n° 4):

“Life with HIV in Liberia is devastating, due to extremely high levels of HIV- and Aids-related stigma and discrimination. Many families and communities have non-accepting attitudes and abandon their sick relatives. Poor access to appropriate healthcare, treatment and support are extremely challenging, significantly impacting the quality of life and survival prospects. The widespread poor livelihood conditions make it more difficult for people living with HIV and affected family, especially children, to ensure a nutritious diet.

In my experience since 2004, poor access to treatment is the biggest challenge for people living with HIV. The healthcare system collapsed during the civil war, including HIV prevention, care and treatment services. In Grand Bassa county, for instance, there is only one government hospital offering HIV services, such as antiretroviral (ARV) treatment and counselling.

Many people with HIV travel for hours on foot or spend up to 1,000 Liberian dollars (\$14) to get to the clinic, even though most Liberians live on less than \$1 per day. Widespread poverty and lack of livelihood opportunities mean that many cannot afford proper nutrition to supplement their medications, and as a result struggle to comply with treatment regimens.

The government, with the support of a range of groups, is working to prevent the spread and impact of HIV and Aids. Accessing the Global Fund is a big step towards achieving this. Since 2006, the Ministry of Health has increased the number of HIV treatment sites, from three in 2006 to 34 in 2011. International NGOs such as Concern Worldwide, working with local NGOs and local government, are making positive strides in areas such as psychosocial care, livelihood and nutrition support to people with HIV, as well as raising awareness of HIV to support prevention and tackle stigma.

These holistic approaches are achieving real changes in the lives of those living with HIV. Despite these positive steps, there is still a long road ahead. There are more than 53,000 adults living with HIV and Aids in Liberia but only 7,000 in care and 4,000 on ARVs.

The 2010 report for the National Aids Control Programme also reported 1,300 new infections. Clearly a lot still needs to be done towards achieving MDG6, given the limited capacity of the health system to deliver HIV services.

I appeal to the international community to support the government's efforts in its commitment to universal access to HIV support services, by committing funding and technical capacity-building support to HIV service providers at all levels, enabling them to improve treatment, provide quality care and support.”

Verzoekster is uit Liberia gevlucht uit de vrees voor vrouwelijke genitale verminking die als rituele culturele traditie binnen haar familie wordt uitgevoerd. Zij heeft haar kinderen in de kerk moeten achterlaten, aangezien zij niemand in Liberia heeft voor enige (financiële) steun. Als zij zou terugkeren naar Liberia zal zij dan ook geen toegang kunnen hebben tot de nodige medische zorg voor haar ziekte. Verwerende partij meent dat er behandeling in het land van herkomst van verzoekster mogelijk is en dat verzoekster dus dient te werken in haar land van herkomst om haar medische kosten te kunnen bekostigen. Verder antwoord verwerende partij niet op het argument van verzoekster dat mensen met HIV het voorwerp van discriminatie zijn in Liberia. Hierdoor zal verzoekster dan ook geen toegang kunnen hebben tot de arbeidsmarkt in Liberia. Dat in Liberia de vrouwen nog meer gediscrimineerd worden dan mannen met HIV blijkt duidelijk uit het hiernavolgende nieuwsartikel (stuk n°5):

“Double target: Being a woman with HIV/AIDS in Liberia

This paper discusses the situation of women with HIV/AIDS living in Liberia. It provides a short overview of the reasons why Liberian women contract HIV/AIDS at a higher rate than Liberian men, as well as how this has been a consequence of gender-based violence during both conflict and post-conflict times. Not only do women have higher risk of infection, they also suffer added discrimination when living with HIV/AIDS.

Liberia has a relatively low prevalence of HIV/AIDS (2) compared to other Sub-Saharan countries. The HIV/AIDS prevalence in Liberia is estimated to be 1.5% among 15-49-year-olds, with a higher concentration of people living with HIV/AIDS (PLHIV) in the urban sectors than those in rural areas.(3) 58% of PLHIV in Liberia are women,(4) which is comparable to the demographic spread throughout Sub-Saharan Africa.(5) However, the situation for young people is different as, according to the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), young women and girls have almost double the prevalence compared to young men and boys.(6)

For more than a decade, Liberia has enjoyed relative peace and increased economic growth following the civil wars. They have experienced two peaceful democratic elections and seen improvements in many sectors of society, including improvements of women's rights. Until 2013, a National Action Plan for UNSCR 1325 (LNAP1325) was being rolled out countrywide.(7) The action plan advocated for women's rights and dealt with everything from trauma sustained during the war to participation in political decision-making. Among other positive developments in terms of women's rights are the land rights policy—which gives women the right to inherit land—and a compulsory school duty for boys and girls.(8) Furthermore, the Senate is expected to pass a domestic violence bill in 2014, which will aim to protect women in vulnerable situations and abusive relationships.

Despite its progress, Liberia is still struggling with major challenges. The country has a very high unemployment rate, particularly among its youth.(9) Across all sectors of Liberian society, rampant corruption harms all aspects of development, as well as people's everyday lives.(10) The situation for Liberian women is often problematic in terms of poverty, inequality and violence, as evidenced by Liberia ranking 174 on the Gender Inequality Index.(11)

Women's higher risk of HIV/AIDS

Most of the HIV infection among heterosexuals in Liberia is spread between older men and younger females, largely due to the phenomenon of transactional sex.(12) It is believed that this behaviour became normalised during the civil wars as a way for women to cope with lack of goods and livelihood. Today, transactional sex is still frequently used by younger females to ensure access to food and other consumer goods.(13) With high youth unemployment and lack of economic and educational opportunities, it is difficult to combat transactional sex, as many girls' survival depends on it. Their dependence on transactional sex also limits their ability to protect themselves from sexually transmitted diseases, such as HIV. The power balance between the parties is in the men's favour and limits the girls' ability to negotiate the use of condoms. Therefore, the girls' risk-exposure to HIV increases.

Another reason for higher HIV/AIDS prevalence among women is the link to intimate partner violence, another behaviour normalised during the civil wars. The wars lasted for 14 years and traumatised the whole society. Even today, more than a decade after the conflict, a large part of the Liberian people still suffers from post-war trauma. Many women were mentally as well as physically scarred during the conflict; it's estimated that 60-90% of all Liberian women experienced some form of sexual violence during the wars.(14) Combatants often raped women and young girls, sometimes forcing them to become "bush wives,"(15) which exposed them to incessant physical and sexual violence, sometimes for years. The widespread use of violence against women (VAW) during the conflict resulted in a tolerance, if not acceptance, of this treatment of females. This translates into VAW being present in today's society, where it continues with impunity. High incidence of VAW and the fact that women often feel that they are unable to leave abusive relationships results in a lack of agency in relation to their sexuality. This is the link between intimate partner violence and HIV/AIDS. The lack of agency for women means an increased risk of contracting HIV and other sexually transmitted infections, when they are not able to negotiate safe sex with their partner for fear of violence.(16) A recent study conducted in Liberia by Yale University found that more than half of the young women participating in the study agreed that men's violence towards women in intimate relationships is justified under certain circumstances.(17) These findings correspond with the fact that 54% of Liberian women acknowledged experiencing intimate partner violence in the previous 18 months. These two facts together illustrate the prevalence of violence and society's acceptance of VAW in intimate relationships.(18)

One mechanism that could potentially help women is the proposed law against domestic violence, which will be presented in Liberia's bicameral legislature in 2014. This bill is expected to provide women with the most far-reaching provision yet of protection against violence in the home. However, it does not explicitly forbid female circumcision or rape within marriage. According to Kvinna till Kvinna, a Swedish non-governmental organisation (NGO) working in Liberia, this omission is a concession to traditional forces in Liberia which still remain strong, especially in rural Liberia.(19) Despite extensive justice and security sector reforms since the end of the war, violence against women—especially within a relationship—often goes unpunished. Domestic violence, lack of economic opportunity, and financial dependence on a partner compound the fear for women to disclose their HIV/AIDS status.

Disclosure and discrimination

Liberia has a traditional society, where family provides security and sanctuary. The public welfare system in Liberia is exceedingly underdeveloped, and the only safety net available to most Liberians is their own family. Risking expulsion from the family is therefore not a viable option, so women living with HIV/AIDS are often fearful of disclosing their status among family and community. Disclosure of their status is a threat to their individual welfare, as they may end up facing abandonment or even having their children removed from their custody.(20) They may also be accused of bringing HIV/AIDS into the family, being promiscuous, or shaming the family. On many occasions, women have sacrificed their wellbeing and family ties and been forced to leave their homes after disclosing their status.(21) Therefore, non-disclosure of their status becomes their most viable option. However, non-disclosure can lead to women with HIV/AIDS not being able to care for themselves, as it denies them access to healthcare and necessary medication.

Women rejected by their own families often face tremendous challenges. The social system does not support women's independence, so they lack property rights under customary law, have lower levels of education, and lack access to financial services. These challenges make them more likely to remain unemployed, homeless and ostracised. This forces women to scrape a living through employment as petty traders, shoe shiners, and other insecure jobs that entail working long hours on the street, exposing them to potential violence and further victimisation.(22) Losing their income (by losing their land, for instance) leads to a lack of nutrition and reduced access to healthcare, which in the case of HIV-infected people, results in a deterioration of health and a more rapid development of AIDS. Developing AIDS and becoming sick means that a woman will find it harder to make contributions to the family, which in turn makes her more vulnerable to rejection by the family.

PLHIV also experience discrimination at the workplace. Many Liberians are already struggling to earn a living and provide for their families due to high unemployment. Being labelled as HIV/AIDS-positive makes it even harder to find employment, due to the stigma of their condition.(23) With a lack of funds, unemployed PLHIV experience yet another layer of stress due to their inability to properly treat their disease. For women, this often means finding alternative economic livelihoods such as transactional sex, petty trade, and other high-risk employment.

Liberia has a number of frameworks and national strategies (24) which set out needed services, such as free testing services and distribution of HIV/AIDS medication. With few health facilities outside of the capital, medical services can be difficult to access.(25) A shortage of funds means that it becomes difficult to pay for transportation to reach the health facilities. Additionally, the stigma of HIV/AIDS may stop people from seeking help or approaching health clinics for fear of spreading rumours of their infected status. The fear of disclosing one's status is so high that it affects how civil society organisations work. Liberian Women Empowerment Network (LIWEN), a civil society organisation for women living with HIV/AIDS, experienced this in 2013 when they announced on the radio that the next support meeting for PLHIV was to be held at a local hospital. Following this, PLHIV called and said that they were now afraid to go to the hospital or the support group meeting, for fear of being labelled HIV/AIDS-positive. This led the venue to be moved to avoid further stigmatising the people attending the support group.(26)

The failure of protection mechanisms

Since 2008, Liberia has had a law making the disclosure of another person's HIV/AIDS-infected status illegal and punishable by civil law.(27) However, the law is not always followed, due to a dysfunctional justice system and the general public's unawareness of the law. The law has not reached countrywide recognition and as of today, no one has been prosecuted for illegally outing PLHIV, yet many have been unlawfully outed.

The justice system in Liberia is considered dual, as it consists of both formal law and customary law. The formal justice system is corrupt, dysfunctional and bureaucratic, while the customary juridical system is unfair and rigid. Both justice systems exist side by side, yet in rural Liberia, customary law is the most recognised system. For example, Liberia has a formal inheritance law and a land policy which provides women with equal rights to men as pertains to property ownership. However, according to customary law, women do not have land rights equal to men's. In reality, most women work the land of their family, and when they marry, they tend the land of their husbands. If divorced, women seldom receive any land. Widows may inherit land, but this is dependent on whether she has children and on the benevolence of her in-laws. The majority of land disputes in rural areas are dealt with through customary law, which is presided over by elders and chiefs, most of whom are men.(28)

In rural Liberia, the police and a formal court can be far away, and for this reason, many turn to traditional ways of solving problems. There is also a lack of information about formal land rights. With limited knowledge about their legal rights, lack of resources to have their cases heard, and a biased customary law, women's ability to stand up for their land rights is severely curtailed. The situation for HIV/AIDS-positive women in this setting is difficult, as their rights are even more limited. They are victimised for being HIV-positive and then they are less able to seek redress because they are infected,

due to stigmatisation and the previously described financial straits. Accessing formal justice to secure land rights is a costly and daunting experience, so women generally avoid seeking this avenue for redress.⁽²⁹⁾ This leaves women to seek justice within the customary system, but due to the discrimination against women in customary law, that justice is hard to find. With little legal recourse, disowned or divorced women are expelled from their land and left destitute, as they will have lost not only their homes, but also their livelihoods.

Concluding remarks

The situation for Liberian women is challenging, as the Liberian society is one of the most gender-unequal in the world. Throughout history, women have experienced discrimination, marginalisation, and inequality based on the culturally ingrained misconception that women have less value than men. Often, they are not viewed as independent persons with their own ambitions, rights and purpose, but rather as someone who belongs to a man. Liberia is undergoing wide-ranging social, economic, and political reforms, but these developments do not benefit women to the same extent as men. Women still carry a lower socioeconomic status than their male counterparts and have limited access to health services, political participation, education, land rights and employment possibilities. The discrimination women face in society is compounded by the stigma attached to HIV/AIDS-positive status. Lack of decision-making power, lack of access to resources and fear of violence and abandonment are all barriers to disclosing one's status. These issues, together with the pervasive traditional views of women's worth in society, lead to women living with HIV/AIDS experiencing discrimination differently than their male counterparts.

The Liberian Government has received substantial help from the international community since the end of the conflict to set up health and justice systems to protect PLHIV. However, the low budgetary allocation these services receive indicate their low level of importance HIV/AIDS is given in Liberia. For this reason, continued support from the international community is important for the survival of national organisations working with this issue and their ability to make an impact. These organisations, such as LIWEN, work at the grassroots level to support women living with HIV/AIDS and at the national level to advocate for their rights and reduce stigma. Grassroots organisations reach people who are often beyond the government's reach, which means they're vital in the fight against HIV/AIDS. Whilst Liberia has relatively low numbers of PLHIV, substantial support from the Liberian Government is needed to fight discrimination against this group and to keep the numbers down. (eigen onderlijning)

Uit voormeld artikel blijkt derhalve duidelijk dat verzoekster bij terugkeer naar Liberia een groot risico loopt slachtoffer te worden van onmenselijke en vernederende behandeling door gediscrimineerd te worden omwille van haar ziekte. Door deze discriminatie zou zij geen toegang kunnen krijgen tot de arbeidsmarkt welke tot gevolg heeft dat verzoekster haar medicatie niet zou kunnen betalen en hierdoor zou sterven. Gelet op het voorgaande heeft verwerende partij dan ook geen rekening gehouden met de specifieke situatie van verzoekster en haar mogelijkheid tot het verkrijgen van de nodige medicaties in haar land van herkomst. Verder, dient te worden opgemerkt dat het principe van zorgvuldigheidsbeginsel inhoudt dat de gemachtigde van de minister de verplichting heeft om zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze dient voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding. Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de gemachtigde bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken (zie RvV nr. 224 105 van 18 juli 2019). Dit is in casu duidelijk niet gebeurd. 'De beslissing die steunt op onjuiste of op juridisch onaanvaardbare motieven is met machtsoverschrijding genomen' (R.v.St. 04 maart 1960, Brinkhuysen, nr. 7681; R.v.St. 30 september 1960, Janssens, nr. 8094; R.v.St. 23 november 1965, stad Oostende, nr. 11.519) Krachtens de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen is het een substantiële vormvereiste dat motivering, en dan nog noodzakelijkerwijze een juiste en juridisch aanvaardbare motivering, gebeurt in de door de overheid genomen beslissingen. Uit het voorgaande blijkt dat de bestreden beslissing niet juist en/of juridisch aanvaardbaar is en dat zij steunt op onjuiste, juridisch onaanvaardbare en onwettige motieven. De beslissing werd derhalve niet behoorlijk naar recht gemotiveerd, daar zij geen rekening houdt met de specifieke situatie van verzoekster en haar mogelijkheid tot het verkrijgen van de nodige medicaties voor haar ziekte in haar land van herkomst. Dat het middel bijgevolg ernstig is."

2.2. 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 het medisch advies van 13 december 2019 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.

Het medisch advies van 13 december 2019 werd 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 de 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 het medisch advies van 13 december 2019.

Een schending van de formele motiveringsplicht wordt niet aangetoond.

De Raad merkt op dat verzoekende partij de bestreden beslissing inhoudelijk bekritiseert, 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 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 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 het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 13 december 2019. Steunend op dit medisch advies van de ambtenaar-geneesheer, bestaat het determinerend motief van de bestreden beslissing erin dat de ziekte van verzoekende partij 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.

Uit het administratief dossier en de bestreden beslissing blijkt dat de ambtenaar-geneesheer op 13 december 2019 een schriftelijk advies heeft opgesteld ten behoeve van de gemachtigde van de minister betreffende de voorgelegde medische aandoening in hoofde van verzoekende partij. Het advies luidt als volgt:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mevr. S. H. S. (...) in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 23.08.2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

25.07.2019: SMG van Dr. Hilde Vandemaele (huisarts): positieve HIV status bij aankomst in België (19/10/2018 volgens administratief dossier) en diagnose HIV zonder co-infecties op 31/01/2019 (CD4 690 cellen/mm3 en virale lading 8480 cop/ml) - medicatie: Symtuza.

17.06.2019: Consultatieverslag van Dr. Wim Terryn (internist): heden niet detecteerbare virale lading, 1,8kg bijgekomen sinds 21/03/2019 (van 58,2 naar 60kg), KO: normaal, goede therapietrouw, goede tolerantie, goede immuniteit (CD4 530 cellen/mm3).

21.03.2019: Consultatieverslag van Dr. Wim Terryn (internist): virale lading gedaald naar 79 cop/ml, CD4 gestegen naar 690 cellen/mm3.

01.02.2019: Consultatieverslag van Dr. Wm Terryn (internist): 56,5kg, KO: normaal.

10.01.2019: Laboresultaten: CD4 690 cellen/mm3 en virale lading 8480 cop/m.

Bespreking

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 27-jarige vrouw die op 10/01/2019 gediagnosticeerd werd met een HIV infectie zonder co-infecties.

Als actuele medicatie weerhoud ik:

- Darunavir+emtricitabine+tenofovir (Symtuza), een combinatie van 3 antiretrovirale middelen (HIV is een retrovirus) met cobicistat Cobicistat werkt niet antiviraal, het verhoogt enkel de biologische beschikbaarheid van darunavir (en elvitegravir).

Het voorgelegde medische dossier toont geen medische contra-indicatie om te reizen, noch een medische indicatie voor arbeidsonbekwaamheid.

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 24/01/2019 met het unieke referentienummer BMA 11994

Aanvraag Medcoi van 20/03/2019 met het unieke referentienummer BMA 12175

Aanvraag Medcoi van 31/08/2018 met het unieke referentienummer BMA 11512

2. Ministerie van Gezondheid van de Republiek van Liberia: 2 editie National Standard Therapeutic Guidelines and Essential Medicines List Liberia - 2017: beschikbaarheid van antiretrovirale medicatie (<http://moh.aov.lr/wp-content/uploads/2017/12/Liberia-NSTG-EML-2nd-Edition-2017.pdf>)*

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een internist/HIV-specialist beschikbaar is in Liberia.

Darunavir, emtricitabine en tenofovir zijn beschikbaar in Liberia als afzonderlijke pillen en kunnen het combinatiepreparaat perfect vervangen. Enkel het gebruiksgemak van het innemen van één pil vervalt. Het combinatiepreparaat tenofovir + emtricitabine is beschikbaar, zodat betrokkene eventueel maar twee pillen hoeft te nemen in plaats van drie.

Cobicistat is niet beschikbaar volgens MedCOI en volgens de lijst van Het Ministerie van Gezondheid. Vermits cobicistat zelf het HIV niet doodt, maar enkel de biologische beschikbaarheid van Darunavir

voor het lichaam verhoogt, kan dit verholpen worden door een hogere dosis darunavir te geven en/of de noodzakelijke dosis van darunavir over verschillende tijdstippen te spreiden.

Uit bovenstaande bronnen kan men besluiten dat de medische zorgen beschikbaar zijn in Liberia.

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

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

De gezondheidszorg in Liberia kent een publiek, een privaat non-profit en een privaat luik. Private instellingen rekenen doorgaans meer aan dan in de publieke gezondheidszorg. De publieke sector wordt georganiseerd op 3 niveaus (primaire, secundaire en tertiaire zorg). De meerderheid van de primaire en secundaire gezondheidsinstellingen wordt bestuurd door buitenlandse hulporganisaties. Op deze niveaus van zorg wordt er geen bijdrage gevraagd van de patiënten.

Betrokkene lijdt aan HIV. Volgens een PEPFAR-rapport van april 2019 implementeerde Liberia, net als de zes andere West-Afrikaanse landen, een gratis HIV-beleid. Deze zorgen omvatten het bepalen van de virale lading (viral load) en de CD4-telling en de HIV-diagnose zelf en worden gratis aangeboden in zowel private en publieke ziekenhuizen, al zijn er wel uitzonderingen wat betreft de private instellingen. Het is wel belangrijk dat patiënten hun behandelingskaart meebrengen, zo niet kan het zijn dat ze toch een toelage moeten betalen in instellingen die niet gesubsidieerd worden.

De advocaat van betrokkene haalt een artikel aan om te wijzen op een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen. Er is echter geen enkele indicatie dat de aangehaalde informatie van toepassing zou zijn op de specifieke, individuele situatie van betrokkene.

Betrokkene legt bovendien geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene op 27-jarige leeftijd geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. We kunnen er dus vanuit gaan dat betrokkene zelf zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

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 inkomsten 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 de HIV infectie bij Mevr. S. (...) geen reëel risico inhoudt voor haar leven of fysieke integriteit, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Liberia. Derhalve is er vanuit medisch oogpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van terugname, nl. Liberia."

Op basis van de documenten uit de MedCOI databank, die aanwezig zijn in het administratief dossier, heeft de ambtenaar-geneesheer besloten dat de medicamenteuze behandeling en de medische opvolging beschikbaar zijn in het land van herkomst. De verzoekende partij brengt geen enkel tastbaar

bewijs aan ten aanzien van haar persoonlijke situatie die de inhoud van het advies van de arts-adviseur op het vlak van de beschikbaarheid van de behandeling en de opvolging in vraag stellen. Zij toont ook niet aan in welke mate het MedCOI uitwisselingsproject niet het werkelijke bestaan op het terrein van medische behandelingen doet blijken. De verzoekende partij bekritiseert de door de arts-adviseur weergegeven mogelijkheid tot behandeling en voert bovendien aan dat zij geen toegang zou hebben tot de noodzakelijke medicatie, gelet op de kostprijs van deze medicatie, maar brengt geen argument naar voor waaruit blijkt dat de behandeling niet beschikbaar zou zijn en dit in tegenstelling tot de bevindingen ter zake door de arts-adviseur. De verzoekende partij betoogt dat de voor haar nodige zorgen niet beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst en dat er bijgevolg geen adequate behandeling mogelijk is. Uit de bestreden beslissing en het hieraan voorafgaande medische advies blijkt dat er een onderzoek gedaan werd naar deze beschikbaarheid en toegankelijkheid. Het medische advies gaat grondig in op de algemene organisatie van de gezondheidszorg in Liberia en bespreekt de politieke en beleidskeuzes die op dit vlak hun belang hebben. Daarnaast worden verschillende initiatieven belicht met betrekking tot de aanwezigheid van essentiële geneesmiddelen, de manier van organisatie van verzekeringen in de gezondheidszorg en de bijzonder programma's opgezet door de Liberiaanse overheid. Verder stelt de bestreden beslissing: *“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.”* De financiële positie van de verzoekende partij zou baat kunnen hebben bij het beroep doen op het IOM. Een bewijs van arbeidsongeschiktheid ligt niet voor. De door de verzoekende partij aangevoerde discriminatie op de arbeidsmarkt is niet geïndividualiseerd en op basis van de algemeen aangevoerde gegevens kan niet besloten worden tot een zekere te verwachten discriminatie. Bovendien dateren de in dit verband aangevoerde gegevens van een periode van ruim voor de datum van de bestreden beslissing, de bronnen waarnaar wordt verwezen in de synthesememorie dateren van 2011 en 2014. Verzoekster preciseert niet hoe deze geciteerde rapporten, die zij enkel op een algemene wijze vermeldt, toegepast zouden moeten worden in haar concreet geval. Het is gepast om eraan te herinneren dat de verzoekende partij ertoe gehouden is om aan te tonen in hoeverre de door haar beschreven algemene situatie opgenomen in deze rapporten toegepast wordt op haarzelf persoonlijk wat zij in dit concreet geval niet doet. De informatie die verkregen wordt uit de MedCOI databank zijn actuele gegevens die regelmatig bijgewerkt worden op basis van de gegevens die de verschillende partners aan de deze databank doorgeven. De ambtenaar-geneesheer geeft aan dat er therapeutische alternatieven zijn voor de tot nu door de verzoekende partij aangewende medicatie en dat deze beschikbaar zijn in het land van herkomst. Deze gegevens wijzen erop dat de ambtenaar-geneesheer is nagegaan dat een behandeling mogelijk is, dat deze behandeling aangepast is aan het ziektebeeld van verzoekster en dat deze beschikbaar, gepast en adequaat en bovendien toegankelijk is. Ook al is het niet identiek. De Liberiaanse gezondheidszorg voorziet immers in begeleiding ook bij HIV besmettingen. Bijgevolg had de ambtenaar-geneesheer ook niet de verplichting om de door de verzoekende partij geraadpleegde arts-specialist te contacteren. In zoverre de verzoekende partij het voorgestelde alternatief betwist, bewijst zij niet dat de door de ambtenaar-geneesheer voorgestelde alternatieve medicatie geen reëel alternatief zou zijn voor de initieel voorgeschreven medicatie. Waar verzoekster erop wijst dat therapietrouw van het allergrootste belang is, merkt de Raad op dat nergens uit blijkt dat verzoekster niet in staat is om zich aan de therapietrouw te houden.

In zoverre de verzoekende partij nog wijst op een schending van artikel 3 EVRM wijst de Raad er daarbij op dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./ Verenigd Koninkrijk). Het begrip “uitzonderlijke gevallen” werd nader omschreven in de zaak Paposhvili / België (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde: *“183. The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to*

a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness." (Het Hof oordeelt dat onder "andere zeer uitzonderlijke gevallen" zoals bedoeld in de zaak N v. Verenigd Koninkrijk die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen.)

De verzoekende partij toont dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat de verzoekende partij in het herkomstland over de nodige medische zorgen/medicatie kan beschikken en er toegang toe heeft. Een schending van artikel 3 EVRM kan niet aangenomen worden.

De Raad mag geen inhoudelijk medisch oordeel vellen over het advies van de arts-adviseur. Wanneer de arts-adviseur oordeelt dat hij een advies kan opstellen op basis van de ingeleverde medische attesten, betekent dit dat hij na onderzoek met voldoende zekerheid heeft kunnen vaststellen dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het herkomstland.

Het loutere feit dat de verzoekende partij het niet eens is met de beoordeling door de arts-adviseur, toont niet aan dat de bestreden beslissing op kennelijk onredelijke of op onzorgvuldige wijze zou zijn genomen. De verzoekende partij 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 opportuniteitsonderzoek 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 de verzoekende partij 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 de verzoekende partij aan dat de gemachtigde inzake het determinerende motief een kennelijke beoordelingsfout heeft gemaakt of dat de bestreden beslissing, waarvan het medisch advies integraal deel uitmaakt, op onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze werd genomen of met miskennis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Het enig middel is niet gegrond.

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 twintig door:

dhr. M. MILOJKOWIC,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

M. MILOJKOWIC