



Arrest

nr. 257 390 van 29 juni 2021
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat T. VAN DEN BOSSCHE
Mechelsesteenweg 12/11
2000 ANTWERPEN

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Nigeriaanse nationaliteit te zijn, op 30 maart 2021 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 1 februari 2021 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 ongegrond verklaard wordt.

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 nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 17 mei 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 3 juni 2021.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken A. WIJNANTS.

Gehoord de opmerkingen van advocaat A. FADILI, die *loco* advocaat T. VAN DEN BOSSCHE verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat M. MISSEGHES, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

De bestreden beslissing is het resultaat van de aanvraag die verzoekster op 14 januari 2021 had ingediend 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 (hierna: de Vreemdelingenwet), op grond van haar medische situatie.

De beslissing luidt als volgt:

"Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 14.01.2021 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

*I.G.E. (RR: *)*

Geboren te X

+ minderjarige dochter:

I.H., °X

Nationaliteit: Nigeria

*Adres: **

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

Reden(en) :

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

Er worden medische elementen aangehaald voor I.G.E.. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 01.02.2020 [sic] (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, Nigeria.

Derhalve dient de aanvraag ongegrond verklaard te worden.

Derhalve

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

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

Het advies van 1 februari 2021 waarnaar wordt verwezen, luidt als volgt:

"Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 14-1-2021.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Standaard medisch getuigschrift d.d. 23-12-2020 van Dr. E., hematoloog, met de volgende informatie:*
 - o Voorgeschiedenis van pre-eclampsie*
 - o Gekend met sikkelcelanemie met secundair hemolyse, proteïnurie en forse Splenomegalie*
 - o Actuele therapie: Tritace, Hydrea, nood aan vaccinaties (Prevenar pneumo, Infanrix, Nimenrix*
 - o Controle hematologie noodzakelijk*
- *Opname materniteit december 2018 voor sectio wegens pre-eclampsie Niet medische documenten:*
 - o Afspraak 13-01-2021 hematologie*
 - o Bloednames*
 - o Gynaecologie 13-01-2021*
 - o Attest voor medische zorg*

Uit de aangeleverde documenten besluiten we dat het hier gaat over een dame van heden 37 jaar afkomstig uit Nigeria. In de voorgeschiedenis wordt een sectio wegens pre-eclampsie in 2018 vermeld. Haar actueel probleem is sikkelcelanemie met de klassieke symptomen van hemolyse, proteïnurie en Splenomegalie.

Als actuele medicatie weerhouden we:

- Tritace, Ramipril, tegen hoge bloeddruk
- Hydrea, hydroxycarbamide
- Nood aan vaccinaties:
 - o Prevenar, pneumokokken
 - o Pneumo, pneumokokken
 - o Infanrix, klassiek vaccinatie baby's
 - o Nimenrix tegen meningokokken

Een tegenindicatie om medische redenen tot reizen is niet vermeld.

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

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

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

- Aanvraag Medcoi van 02-12-2020 met het unieke referentienummer 14230
- Aanvraag Medcoi van 24-01-2021 met het unieke referentienummer 14389
- Aanvraag Medcoi van 06-09-2019 met het unieke referentienummer 12722

Availability of medical treatment

[...]

In kader van de nodige vaccinaties vermelden we het volgende:

[...]

Dit is het klassiek schema voor kinderen in België. Bij volwassenen waarvan geen zekerheid is van het vaccinatieverleden wordt dit schema gecondenseerd over 1 jaar toegediend. Betrokkene verblijft al meer dan 2 jaar in België , het is dus zeer onwaarschijnlijk dat zij dit schema niet gekregen heeft, vermits vaccinaties voor iedereen gratis zijn.

Uit deze informatie kunnen we besluiten dat de zorg voor de sikkelcelanemie beschikbaar is in Nigeria, waar deze aandoening ook endemisch is. Voor de klassieke gynaecologische follow-up en ander mogelijke aandoeningen is een huisarts en gynaecoloog beschikbaar.

De actuele medicatie Ramipril en hydroxycarbamide zijn beschikbaar.

De vaccinaties worden niet in aanmerking genomen vermits zo een volledige kuur is toegediend en geen indicatie is bij betrokkene voor eventuele rappel.

Vanuit het standpunt van de beschikbaarheid van de zorg is er geen tegenindicatie tot terugkeer naar het thuisland.

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

De gezondheidszorg in Nigeria is georganiseerd op primair, secundair en tertiair niveau. Het systeem van de gezondheidszorg is heel gefragmenteerd, met maar een klein deel ervan dat georganiseerd

wordt vanuit de centrale overheid. De hoofdrolspelers binnen de gezondheidszorg in Nigeria zijn de centrale overheid, de deelstaten en de lokale besturen. De beleidsontwikkeling en het reguleren ervan zijn naast het voorzien van het tertiaire niveau; opdrachten voor de centrale overheid./Het secundaire niveau wordt geregeld op niveau van de deelstaten terwijl de lokale besturen verantwoordelijk zijn voor de primaire zorgen. Het gezondheidssysteem is opgedeeld in een publiek en privaat luik. In de private sector zijn de voorzieningen beter gestructureerd maar is er ook een grotere kost aan verbonden. In een poging om de infrastructuur van de gezondheidszorg te verbeteren, opteren de federale overheid en de deelstaten voor een partnerschap tussen de overheid en de private sector. In 1990 werd de National Drug Policy gelanceerd. Sinds dit beleid werd geïmplementeerd, werd er een bescheiden progressie geboekt op farmaceutisch gebied met onder meer een publicatie van een lijst met essentiële geneesmiddelen en de controle over de procedures rond het verstrekken van medicijnen. Op het gebied van sociale zekerheid werd in 2005 de National Health Insurance Schema (NHIS) gelanceerd. Dit systeem bestaat er voor zowel de publieke als privé sector, als ook voor meer kwetsbare bevolkingsgroepen. Het huidige systeem heeft voor wat betreft de formele sector drie programma's, namelijk het Formal Sector Health Insurance Programma (FSSHIP), de Voluntary Contributors Social Health Insurance Programmes (VCSHIP) en het National Mobil Health Insurance Programme.

De FSSHIP wordt gefinancierd door contributies bijgedragen door werknemers en werkgevers en dekt de publieke sector, de georganiseerde private sector van meer dan 10 werknemers, het leger, politie Een heel pakket van gezondheidszorgen wordt op die manier terugbetaald voor degene die de bijdrage betaalt, zijn/haar echtgeno(o)t(e) en 4 kinderen onder de 18 jaar.

De VCSHIP is een vrijwillige verzekering betaald door individuen of hun werkgevers (op voorwaarde dat ze niet meer dan 10 mensen tewerkstellen). Dit systeem werd opgericht voor hen die niet gedekt worden door andere programma's van de NHIS en dekt alleen het aangesloten lid die zijn bijdrage betaalt.

De National Mobile Health Insurance Programme staat open voor Nigeriaanse burgers ouder dan 18 jaar en over een geregistreerde mobiele telefoonlijn beschikt.

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

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

Bij ouders die hun kinderen aansluiten bij de NHIS, worden de pediatrische kosten gedekt. In een aantal staten is de pediatrische zorg ook gratis voor ouders die belastingen betalen.

Betrokkene lijdt aan sikkelcelanemie. Het Ministerie voor Gezondheid heeft een nationale richtlijn ter behandeling van deze aandoening uitgewerkt. Deze ziekte is te behandelen in alle tertiaire gezondheidsinstellingen, wat erop neerkomt dat betrokkene terecht kan in de publieke gezondheidszorg gezien de ziekenhuizen op tertiair niveau tot de openbare gezondheidszorg behoren. Voor wie aangesloten is bij de NHIS is er ook een gedeeltelijke dekking van kosten verbonden aan de behandeling. Er is ook het National Sick Cell Centre (NSCC) dat wordt geleid door de NGO Sick Cell Foundation Nigeria (SCFN). Deze NGO biedt ook gratis diensten en medicatie aan patiënten met deze aandoening.

De advocaat van betrokkene geeft aan dat betrokkene angstig is om terug te keren naar Nigeria omwille van de activiteiten van de groepering Boko Haram. Als betrokkene een gegronde vrees heeft om vervolgd te worden in het land van herkomst, staat het haar vrij om een verzoek tot internationale bescherming in te dienen bij de Belgische asielinstanties. Tot op heden ondernam betrokkene hiertoe geen stappen.

In het verzoekschrift wordt aangehaald dat gezien de huidige Covid-19 pandemie betrokkene een risico loopt in het herkomstland en dit het gezondheidssysteem in het herkomstland zal ontwrichten. Zoals al blijkt uit het woord pandemie, geldt dit risico evenzeer in België, Europa en de rest van de wereld.

Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991,

Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover hetbêschbikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68).

In het dossier is er tevens geen sprake van attesten van arbeidsongeschiktheid, voorgeschreven door een arbeidsgeneesheer. We kunnen er dus vanuit gaan dat betrokkene dus toegang heeft tot de arbeidsmarkt in haar land van herkomst, en dus alzo kan voorzien in de eventuele kosten die alsnog gepaard zouden gaan bij de noodzakelijk geachte zorgen.

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

Conclusie:

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

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Verzoekster voert in een enig middel de schending aan van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van het zorgvuldigheids- en het redelijkheidsbeginsel en van de motiveringsplicht. Het wordt als volgt uiteengezet:

"M.b.t. de beschikbaarheid van de zorg in het land van herkomst.

De arts-adviseur komt tot het besluit dat de sikkelcelanemie waaraan verzoekster lijdt, beschouwd kan worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt. Echter oordeelt de arts vervolgens dat de opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zou zijn in Nigeria. Verzoekster betwist dit ten zeerste.

Verwerende partij maakt gebruik van de MedCOI-bank om aan te tonen dat de zorg voor sikkelcelanemie beschikbaar is in Nigeria. Voor de klassieke gynaecologische follow-up en andere mogelijke aandoeningen zou een huisarts en gynaecoloog beschikbaar zijn. Ook zou de medicatie Ramipril en Hydroxycarbamide beschikbaar zijn.

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

Uit het standaard medisch attest ingevuld door Dr. T.E. (Internist-Hematoloog) dd. 23.12.2020 (stuk 2 bundel verzoekster) blijkt dat verzoekster regelmatig dient gecontroleerd en opgevolgd te worden door een hematoloog. Ook dient zij nauwkeurig haar medicatie te nemen en langs te gaan bij een gynaecoloog (verzoekster heeft een voorgeschiedenis van pré-eclampsie).

In het advies van de arts-adviseur wordt echter enkel in algemene termen aangehaald dat er een hematoloog en gynaecoloog beschikbaar zouden zijn in Nigeria en dat het standaard 3 à 4 weken duurt vooraleer men een afspraak kan krijgen.

Uit het standaard medische attest dd. 23.12.2020 blijkt eveneens dat verzoekster regelmatig crisissen heeft. Dit blijkt ook uit het attest van dr. K.W. dd. 19.11.2020 (stuk 9 bundel verzoekster). Het is geheel onduidelijk wat verzoekster dient te doen in het geval zij een crisis krijgt in Nigeria. In België kan ze naar de Spoed gaan alwaar ze onmiddellijk wordt geholpen door een hematoloog. De arts-adviseur rept hier met geen woord over. Verzoekster kan onmogelijk 3 à 4 weken wachten op levensnoodzakelijke medische zorgen.

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

De arts-adviseur stelt nergens in zijn advies wat verzoekster dient te ondernemen in geval zij een crisis krijgt in Nigeria en tot wie ze zich in dat geval dient te richten, waardoor minstens de formele motiveringsverplichting wordt geschonden door de verwerende partij.

M.b.t. de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorgen in Nigeria.

In haar aanvraag tot machtiging van verblijf op grond van artikel 9ter Vreemdelingenwet heeft verzoekster gewezen op haar persoonlijke situatie, in het bijzonder dat zij reeds jaren in België verblijft (meer bepaald sinds 1999), waardoor zij geen binding meer heeft met het land waarvan zij de nationaliteit bezit (Nigeria). Verzoekster is na een onafgebroken verblijf van meer dan 20 jaar duurzaam verankerd in België en is hierdoor haar banden met Nigeria stelselmatig verloren. Het ontbreekt haar aldaar aan een (sociaal) netwerk en opvang. Dit heeft ontegensprekelijk een invloed op de mogelijke toegankelijkheid tot de nodige zorgen (in de mate dat deze zorgen beschikbaar zijn) in Nigeria.

Nergens wordt echter nagegaan of deze 75-jarige vrouw nog zou kunnen terugvallen op familieleden in haar land van herkomst die de zinvol geachte ondersteuning kunnen bieden, waardoor de beslissing blijk geeft van een onzorgvuldig onderzoek. Schending zorgvuldigheidsplicht en motiveringsplicht (RvV 7 mei 2015, nr. 144.987).

Ondanks het feit dat deze elementen werd aangehaald in het verzoek tot machtiging van verblijf op grond van artikel 9ter Vreemdelingenwet van 14.01.2021 wordt hier door de arts-adviseur geen rekening mee gehouden. Deze elementen worden nergens besproken in het gegeven advies.

Het zorgvuldigheidsbeginsel legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te stoelen op een correcte feitenvinding (RvS 2 februari 2007, nr. 167.411; RvS 14 februari 2006, nr. 154.954). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van in verband met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorgen die verzoeker nodig heeft in Nigeria, hetgeen in casu dus niet het geval is. De bestreden beslissing is hierom in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, samen gelezen met het zorgvuldigheidsbeginsel, het redelijkheidsbeginsel en de materiële motiveringsverplichting.

In haar advies stelt de arts-adviseur verder dat er in het dossier geen sprake is van attesten van arbeidsongeschiktheid, voorgeschreven door een arbeidsgeneesheer. Zij gaat er dan ook -foutief- vanuit dat verzoekster toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van herkomst, en aldus zo kan voorzien in de eventuele kosten die gepaard zouden gaan met de noodzakelijk geacht zorgen.

De arts-adviseur miskent in casu echter de medische problematiek van verzoekster die uitvoerig wordt beschreven in het standaard medisch attest dd. 23.12.2020 én het feit dat ze alleenstaande moeder is. Verzoekster lijdt aan ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar leven en fysieke integriteit. Dit wordt door de arts-geneesheer zelf bevestigd.

Het is niet verplicht om een attest van de arbeidsgeneesheer voor te leggen waaruit blijkt dat betrokkene niet kan werken. De andere medische attesten van het dossier vermelden al dat hij niet in staat is te werken (RvV 16 januari 2014, 117 034).

Alleszins vermeldt de bestreden beslissing de naam en geboortedatum van de dochter van verzoekster, zodat deze gegevens opgenomen zijn in het administratief dossier. Mocht verzoekster al kunnen werken -quod non-, wie gaat er dan in Nigeria op haar 2-jarige dochter passen? Verzoekster heeft aldaar niemand om op terug te vallen, ze woont al meer dan 20 jaar onafgebroken in België.

De arts-adviseur had hier in zijn verslag rekening moeten mee houden.

De RvV stelt echter dat het EHRM rekening houdt met alle omstandigheden van de zaak. Het Hof houdt rekening met algemene omstandigheden in het land van herkomst en met de persoonlijke situatie van de vreemdeling in het land van herkomst. Het kan voorkomen dat factoren en omstandigheden op zichzelf genomen artikel 3 EVRM niet schenden, maar dit artikel wel schenden als ze gecombineerd zijn. Zo speelt de aanwezigheid van sociale of familiale opvang mee naast de beschikbaarheid van medische behandeling (RvV, 116.096, 19 december 2013).

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

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

Door de arts-adviseur wordt gewezen op de bestuurlijke decentralisatie (de centrale overheid, de deelstaten en de lokale besturen) en de opdeling tussen het publiek en privaat luik. In de private sector zouden de voorzieningen beter gestructureerd zijn, maar is er ook een grotere kost aan verbonden

De arts-adviseur verwijst naar de National Drug Policy van 1996. Sinds dit beleid werd geïmplementeerd, zou er een bescheiden progressie geboekt zijn op farmaceutisch gebied met onder meer een publicatie van een lijst met essentiële geneesmiddelen en de controle over de procedures rond het verstrekken van medicijnen.

Uit het standaard medische verslag dd. 23.12.2020 blijkt dat verzoekster volgende medicatie dient te nemen :

- Ramipril*
- Hyroxycarbamide*

Tevens heeft zij nood aan een aantal vaccins.

De arts-adviseur gaat ervan uit dat deze medicatie beschikbaar is in Nigeria. Of het in casu om 'essentiële geneesmiddelen' gaat en hoeveel deze medicatie kost blijkt echter niet uit haar verslag. Wat de noodzakelijke vaccins betreft gaat de arts-adviseur ervan uit dat verzoekster de volledige kuur heeft toegediend gekregen in België en dat er geen indicatie is voor een eventuele rappel. Dit blijkt echter niet uit het standaard medisch verslag dd. 23.12.2020!

De arts-adviseur stelt in haar verslag dat op gebied van de sociale zekerheid in 2005 het NHIS werd gelanceerd. Dit systeem zou bestaan voor zowel de publieke als de privé sector, alsook voor meer kwetsbare bevolkingsgroepen.

Het huidige systeem zou voor wat betreft de formele sector drie programma's hebben, nl. het FSHIP, de VCSHIP en de NMHIP.

Volgens het verslag van de geneesheer-adviseur wordt de FSSHIP gefinancierd door contributies bijgedragen door werknemers en werkgevers en dekt het de publieke sector, de georganiseerde private sector van meer dan 10 werknemers, het leger, politie Een heel pakket van gezondheidszorgen wordt op die manier terugbetaald voor diegene die de bijdrage betaalt, zijn/haar echtgeno(o)t(e) en 4 kinderen onder 18 jaar.

Waarom de arts-geneesheer in haar verslag de FSSHIP aanhaalt is verzoekster onduidelijk. Allezins is dit programma niet van toepassing op verzoekster.

De VCSHIP zou een vrijwillige verzekering zijn, betaald door individuen of hun werkgevers. Dit systeem werd opgericht voor hen die niet gedekt worden door andere programma's van de NHIS en zou alleen het aangesloten lid dekken die zijn bijdrage betaalt.

Verzoekster kan alleszins ook niet terugvallen op dit programma. Verzoekster kan niet werken. Mocht ze kunnen werken -quod non-, dan is het nog niet zeker dat ze werk kan vinden aldaar. Daarenboven dient verzoekster alleen zorg te dragen voor een kind van 2 jaar en betaalt ze thans geen bijdragen.

De ziekteverzekering in Guinee bescherming enkel tegen de risico's van ziekte voor werkende die 6 opeenvolgende maanden bijdragen. Ze komen slechts komen in zorg en medicatie na min. 3 maand werk. Rekeninghoudende met de individuele situatie is de toegang tot zorg is onvoldoende aangetoond (RvV 76.037, 28februari 2012).

Ook de NMHIP, dat openstaat voor Nigeriaanse burgers ouder dan 18 jaar en over een geregistreerde mobiele telefoonlijn beschikken, is niet van toepassing op verzoekster.

Wat het TISHIP betreft zegt de arts-adviseur zelf dat dit er voornamelijk is voor studenten en dus niet van toepassing is op verzoekster.

De CBSHIP zou een non-profit programma zijn voor individuele personen en huishoudens dat open staat voor iedereen die tot de deelnemende gemeenschappen of beroepsmatige groepen behoort.

Voor dit programma komt verzoekster ook niet in aanmerking.

Tot slot zou de NHIS ook een programma voorzien voor de meest kwetsbare groepen binnen de samenleving, personen die in principe niet kunnen deelnemen aan economische activiteiten. Zo zijn er onder meer programma's voorzien voor mensen met een fysieke beperking, kinderen jonger dan 5 jaar, vluchtelingen en slachtoffers van mensenhandel, zwangere vrouwen en weeskinderen, en oudere mensen. Deze groepen hoeven geen bijdragen te betalen, hun lidmaatschap wordt bekostigd door de verschillende overheden en andere partners. De vraag is of verzoekster, na een verblijf van meer dan 20 jaar in België, beroep kan doen op één van deze programma's. Zij heeft geen fysieke handicap, is geen vluchteling, is niet zwanger, etc ...

Verzoekster stelt vast dat de arts-adviseur zich in casu enkel baseert op theoretische info doch nalaat na te gaan wat de werkelijke (praktische) gevolgen zijn voor de bevolking in Nigeria van deze theorie.

Er is een hemels groot verschil tussen de beschreven theorie (en doelstellingen) door de arts-adviseur en de situatie ter plaatse.

Verzoekster verwijst hiervoor naar de bijgevoegde bijdragen van Bolaji Aregbeshola van 7.02.2019 met als titel: Health care in Nigeria: Challenges and recommendations" - gezondheidszorg in Nigeria: uitdagingen en aanbevelingen <https://socialprotection.org/discover/blog/health-care-nigeria-challenges-and-recommendations> (stuk IObundel verzoekster).

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

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

Vrije vertaling:

Van de NHIS werd verwacht dat het sociale en financiële risicobescherming zou bieden door de kosten van gezondheidszorg te verlagen en billijke toegang tot basisgezondheidsdiensten te bieden. De meest kwetsbare bevolkingsgroepen in Nigeria zijn onder meer kinderen, zwangere vrouwen, mensen met een handicap, ouderen, ontheemden, werklozen, gepensioneerden en zieken. Hoewel deze kwetsbare groepen soms profiteren van gratis gezondheidszorg en vrijstellingsmechanismen, moeten ze

grotendeels betalen voor gezondheidszorg. Gratis gezondheidszorg en vrijstellingsmechanismen zijn vaak politiek gemotiveerd, worden slecht geïmplementeerd, worden niet volledig geoperationaliseerd en duren soms maar een paarjaar.

Poor coverage

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

CBSHIP was expected to meet their health needs as well as provide social and financial risk protection to this group, which mostly reside in rural areas. As evidenced in the high rate of out of pocket payments for health care services, poor people financially contribute more to health care than official care and funds programmes in Nigeria. Out of pocket payments for health care services limit the poor from accessing and utilising basic health care services, hence, the low coverage of basic health services for the poor.

Health care quality

The quality of health care services delivered is poor and remains a huge source of concern. Most of the PHC facilities that are supposed to meet the health needs of the poor and rural dwellers are in a poor state due to poor budgetary allocation.

Vrije vertaling:

Slechte dekking

Ondanks de lancering in 2005, dekt NHIS minder dan 10% van de Nigeriaanse bevolking, waardoor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen overgeleverd zijn aan gezondheidszorg die niet betaalbaar is. Dit betekent dat de meest kwetsbare bevolkingsgroepen in Nigeria geen bescherming bieden tegen sociale en financiële risico's. Arme mensen vormen ongeveer 70% van de Nigeriaanse bevolking. Ze hebben geen toegang tot basisgezondheidsdiensten, die bescherming zou moeten bieden voor sociale en financiële risico's, omdat ze die niet kunnen betalen.

Van het CBSHIP werd verwacht dat het in hun gezondheidsbehoeften zou voorzien en sociale en financiële risicobescherming zou bieden aan deze groep, die voornamelijk op het platteland woont. Zoals blijkt uit het hoge percentage eigen betalingen voor gezondheidszorg, dragen arme mensen financieel meer bij aan de gezondheidszorg dan officiële zorg en financiert ze programma's in Nigeria. Eigen betalingen voor gezondheidszorg belemmeren de armen om toegang te krijgen tot en gebruik te maken van basisgezondheidszorg, vandaar de lage dekking van basisgezondheidsdiensten voor de armen.

Kwaliteit van de gezondheidszorg

De kwaliteit van de geleverde gezondheidszorg is slecht en blijft een groot punt van zorg. De meeste PHC-faciliteiten die geacht worden te voorzien in de gezondheidsbehoeften van de armen en plattelandsbewoners, verkeren in een slechte staat als gevolg van een slechte budgettaire toewijzing. De arts-adviseur handelt hierom onzorgvuldig, minstens doordat zij geen rekening heeft gehouden of onderzoek heeft verricht naar de werkelijke situatie van de gezondheidszorg in Nigeria, in het bijzonder met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen die verzoekster heeft. De bestreden beslissing is hierom in strijd met artikel 9ter Vreemdelingenwet, samen gelezen met het zorgvuldigheidsbeginsel.

Tot slot stelt de arts-adviseur dat er ook een National Sickle Cell Centre (NSCC) is, dat wordt geleid door de NGO Sickle Cell Foundation Nigeria (SCGN). Deze NGO zou gratis diensten en medicatie aan patiënten aanbieden met deze aandoening. Waar dit centrum gelegen is en welke diensten er worden aangeboden, is echter geheel onduidelijk. Het is ook onduidelijk of verzoekster in dit centrum terecht kan.

Alleszins houdt de medische toestand van verzoekster een ernstig humanitair risico in.

Er is een ernstig humanitair risico als de medische toestand of ziekte

- *een reëel risico inhoudt voor het leven of fysieke integriteit of*
- *een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het gewoonlijk verblijf.*

De ernst van de gezondheidstoestand van verzoekster alsmede de heersende sanitaire en sociale situatie in Nigeria houdt voor verzoekster een reëel risico in voor haar leven of fysieke integriteit of een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, in de betekenis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980.

De RvS stelt dat de criteria van artikel 9ter Vreemdelingenwet ruimer zijn dan de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens over artikel 3 EVRM bij repatriëring van een zieke vreemdeling.

De hoge drempel die het Europees Hof voor de Rechten van de Mens hanteert voor de toepassing van artikel 3 EVRM in medische zaken is niet bruikbaar voor artikel 9ter Vreemdelingenwet.

Artikel 3 EVRM is slechts een minimumnorm en verbiedt geen ruimere bescherming in de nationale wetgeving.

M.a.w. verwerende partij mag de medisch regularisatie niet beperken tot "direct levensbedreigende ziektes" of een "kritieke gezondheidstoestand".

In casu is de medische toestand van verzoeker (nog) niet kritiek of levensbedreigend.

Indien verzoekster echter verstoken blijft van de nodige medische zorgen in haar thuisland, zal haar toestand echter zeer snel achteruitgaan, met alles gevolgen van dien.

Dat de middelen bijgevolg ernstig zijn."

2.2.1. De bestreden beslissing is genomen op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Naar luid van artikel 9ter, § 1, eerste lid van die wet kan een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde worden aangevraagd door *"de in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft"*.

Verzoekster betoogt vooreerst dat in het advies van de ambtenaar-geneesheer enkel in algemene termen wordt aangehaald dat een hematoloog en een gynaecoloog beschikbaar zijn in Nigeria, en dat het standaard 3 à 4 weken duurt vooraleer men een afspraak kan krijgen. Echter, uit het standaard medisch getuigschrift (hierna: het SMG) blijkt dat zij regelmatig crisissen krijgt; het is geheel onduidelijk wat verzoekster moet doen in het geval zij in Nigeria een crisis krijgt. In België kan zij hiervoor terecht op de spoeddienst, zo stelt zij.

De Raad stelt vast dat uit het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer (hierna: het advies) blijkt dat hematologen en gynaecologen beschikbaar zijn, niet alleen voor ambulante behandeling van patiënten, maar ook voor hun residentiële behandeling. De bronnen die de ambtenaar-geneesheer heeft gehanteerd en die zich in het administratief dossier bevinden, identificeren een aantal van de ziekenhuizen waar deze artsen actief zijn en waar dus de zorg kan worden verkregen. In alle redelijkheid kan er dus van worden uitgegaan dat verzoekster zich dus kan wenden tot een ziekenhuis wanneer zij met urgentie moet worden behandeld in geval van een crisis net zoals dat het geval is in België. Verzoekster brengt alleszins geen concrete argumenten bij die daar anders over doen denken. Dat in het advies zou moeten worden gespecificeerd tot wie verzoekster zich zou moeten wenden in geval van een crisis gaat niet op: de ambtenaar-geneesheer moet nagaan of de voor haar noodzakelijke zorg beschikbaar is, hetgeen zij heeft gedaan. Verder toont verzoekster niet aan dat de gemiddelde wachtermijn van 3 à 4 weken om een afspraak te bekomen bij een geneesheer-specialist wezenlijk verschilt met de situatie in België.

Verzoekster wijst erop dat zij medicatie dient te nemen, en dat hoewel de ambtenaar-geneesheer ervan uit gaat dat deze beschikbaar is, niet blijkt of het *in casu* om essentiële geneesmiddelen gaat en hoeveel de medicatie kost. Waar de ambtenaar-geneesheer ervan uitgaat dat verzoekster de volledige kuur van de noodzakelijke vaccins heeft gehad en dat er geen indicatie is voor een eventuele rappel, stelt verzoekster dat dit nergens blijkt uit het SMG.

De Raad acht het niet kennelijk onredelijk van de ambtenaar-geneesheer om ervan uit te gaan dat verzoekster gevaccineerd is, gelet op het vaccinatieschema, de duur van haar verblijf in België en het feit dat de vaccins gratis zijn. Derhalve komt het aan verzoekster toe om concreet aan te tonen dat dit niet het geval is, maar zij beperkt zich ertoe te stellen dat één en ander niet blijkt uit het SMG. Dit volstaat niet om aannemelijk te maken dat de ambtenaar-geneesheer het bij het verkeerde eind heeft.

De Raad stelt vast dat in het advies wordt gesteld dat rampiril en hydroxycarbamide beschikbaar zijn. Verzoekster toont niet aan dat dit niet correct is. Waar zij betoogt dat niet blijkt of het *in casu* om essentiële geneesmiddelen gaat, is dit *in casu* niet relevant, nu de beschikbaarheid ervan werd bevestigd.

Uit het voorgaande blijkt dat verzoekster niet aannemelijk maakt dat de nodige medicatie, zorg en opvolging beschikbaar zijn in Nigeria.

2.2.2. Wat de toegankelijkheid van de nodige zorg betreft, wordt in het advies rekening gehouden met de volgende elementen:

- de organisatie van de gezondheidszorg
- de verschillende programma's onder het National Health Insurance Schema (NHIS)
- de aanwezigheid van de NGO Sick Cell Foundation Nigeria
- het niet aangetoond zijn van de arbeidsongeschiktheid van verzoekster
- het beroep dat verzoekster kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM

Verzoekster betoogt dat geen van de in het advies opgesomde programma's van de NHIS op haar van toepassing zijn. Hoewel het correct is dat niet van alle opgesomde programma's in redelijkheid kan worden aangenomen dat verzoekster er toegang toe heeft, is de Raad van oordeel dat verzoekster zich niet zonder meer kan verschuilen achter het feit dat zij niet kan worden beschouwd als werknemer. Op dit moment kan verzoekster uiteraard niet als Nigeriaanse werknemer worden beschouwd, maar het is niet uitgesloten dat zij wél toegang krijgt tot de genoemde programma's bij terugkeer naar haar land van herkomst, met name wanneer zij zou kunnen worden tewerkgesteld zodat haar werkgever de bijdragen betaalt of zij zelf dat kan doen.

Verzoekster betoogt ter zake dat in het advies er verkeerdelijk van wordt uitgegaan dat zij toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt, dat daarmee haar medische problematiek zoals die wordt beschreven in het SMG wordt miskend, net zoals het feit dat ze alleenstaande moeder is met niemand om op terug te vallen voor de opvang van haar kind.

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer verzoeksters medische toestand niet miskent, maar van oordeel is dat zij niet aantoonbaar arbeidsongeschikt zou zijn. Verzoekster poneert dan wel het tegenovergestelde, maar zij toont niet met concrete bewijskrachtige argumenten aan waaruit dit zou moeten blijken, en de Raad heeft niet de bevoegdheid om zelf te gaan oordelen of zij al dan niet arbeidsongeschikt is. Waar verzoekster erop wijst dat zij zich niet op de arbeidsmarkt zou kunnen begeven omdat zij alleenstaande moeder is zonder netwerk, moet er in eerste instantie op worden gewezen dat in het kader van een aanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet de beoordeling of iemand al dan niet arbeidsongeschikt is een medische beoordeling is waarbij de vraag of er, buiten medische redenen, andere redenen zijn waarom iemand zich niet op de arbeidsmarkt zou kunnen of wensen te begeven niet relevant is.

Er wordt overigens ook melding gemaakt van de National Mobile Health Insurance, die openstaat voor Nigeriaanse burgers ouder dan 18 jaar en over een geregistreerde mobiele telefoonlijn beschikken. Verzoekster poneert dan wel dat dit niet van toepassing is op haar, maar met deze loutere stellingname, toont zij niet aan dat zij niet in aanmerking zou kunnen komen voor dit programma.

Wat er ook van zij, de Raad wijst erop dat in het zeer specifieke geval van verzoekster, niet kan worden voorbijgegaan aan de volgende motivering:

“Betrokkene lijdt aan sikkelcelanemie. Het Ministerie voor Gezondheid heeft een nationale richtlijn ter behandeling van deze aandoening uitgewerkt. Deze ziekte is te behandelen in alle tertiaire gezondheidsinstellingen, wat erop neerkomt dat betrokkene terecht kan in de publieke gezondheidszorg gezien de ziekenhuizen op tertiair niveau tot de openbare gezondheidszorg behoren. Voor wie aangesloten is bij de NHIS is er ook een gedeeltelijke dekking van kosten verbonden aan de behandeling. Er is ook het National Sickle Cell Centre (NSCC) dat wordt geleid door de NGO Sickle Cell Foundation Nigeria (SCFN). Deze NGO biedt ook gratis diensten en medicatie aan patiënten met deze aandoening.

Hieruit blijkt dat verzoekster, zelfs als zij niet zou kunnen worden beschouwd als begunstigde van één van de verzekeringen die worden vermeld in het advies, als sikkelcelpatiënt een beroep kan doen op de Sickle Cell Foundation in Nigeria voor gratis diensten en medicatie. Haar argument dat niet werd nagegaan hoeveel de door haar benodigde medicatie kost, is dan ook niet van aard om ervan uit te gaan dat er een probleem is op het vlak van de toegankelijkheid ervan.

Verzoekster citeert uit een rapport met aanbevelingen inzake het Nigeriaanse gezondheidssysteem waarin wordt gesteld dat de meest arme en kwetsbare groepen, hoewel zij soms profiteren van gratis gezondheidszorg en vrijstellingsmechanismen, grotendeels moeten betalen voor de nodige zorgen en dat dit de toegang ertoe belemmert. Echter, in het licht van de aanwezigheid van de NSCC en de SCFN, kan de verwijzing naar deze algemene situatie niet zonder meer worden aangenomen om de toegankelijkheid van de zorgen in vraag te stellen. Verzoekster kan dan ook niet worden bijgetreden waar zij stelt dat de ambtenaar-geneesheer geen rekening heeft gehouden met de werkelijke situatie van de gezondheidszorg.

Verzoekster stelt verder dat het geheel onduidelijk is waar dit centrum gelegen, welke diensten er worden aangeboden en of zij in dit centrum terecht kan.

De Raad wijst erop dat in het Country Fact Sheet Access to Healthcare: Nigeria, waarvan de ambtenaar-geneesheer gebruik heeft gemaakt om haar standpunten te staven, dat meermaals wordt vermeld in de voetnoten van het advies en dat zich, zoals aangegeven, in het administratief dossier bevindt, een hoofdstuk wordt gewijd aan Sikkelcelanemie, omdat, zoals ook in het advies is vermeld, de ziekte endemisch is in Nigeria. In dit hoofdstuk wordt verwezen naar het National Sickle Cell Centre in de staat Lagos. Dit gespecialiseerde centrum heeft moderne laboratoria, een gespecialiseerde bibliotheek, een spoeddienst en biedt klinische diensten aan (p 116). Verder blijkt dat de National Sickle Cell Foundation, in wiens schoot het National Sickle Cell Centre opereert, gratis diensten aanbiedt en gratis medicatie in specifieke centra (p 121). Er wordt in de voetnoot verwezen naar de website van de stichting www.sicklecellfoundation.com. Niet alleen blijkt uit deze informatie dat de ambtenaar-geneesheer op deugdelijke wijze heeft gemotiveerd over de toegankelijkheid van de zorg via de genaamde NGO, bovendien maakt verzoekster niet aannemelijk dat zij, daarin eventueel bijgestaan door haar raadsman, kan uitzoeken op welke wijze zij in contact kan treden met de stichting om gebruik te maken van de gratis diensten.

Gelet op het voorgaande kan er in alle redelijkheid van worden uitgegaan verzoekster in haar land van herkomst toegang heeft tot de vereiste zorgen. Verzoeksters argument dat zij geen sociaal netwerk en geen opvang meer heeft in Nigeria doet daaraan geen afbreuk, zodat zij niet aantoonde dat de ambtenaar-geneesheer over dit argument uitdrukkelijk standpunt moest innemen, temeer nu in het advies ook nog wordt gewezen op het feit dat verzoekster beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM en zij dit niet betwist.

2.2.3. De Raad concludeert dat verzoekster niet aantoonde dat de ambtenaar-geneesheer op onwettige, onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze tot de conclusie is gekomen *“dat de sikkelcelanemie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Nigeria. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland.”* Derhalve is ook niet aannemelijk gemaakt dat de bestreden beslissing, die volledig is opgehangen aan dat advies, door de vermeende gebreken zou zijn aangetast.

2.3. Het enig middel kan niet worden aangenomen.

3. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negenentwintig juni tweeduizend eenentwintig door:

mevr. A. WIJNANTS,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

A. WIJNANTS