

## Arrest

nr. 265 505 van 14 december 2021  
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaten D. ANDRIEN & J. BRAUN  
Mont Saint-Martin 22  
4000 LIÈGE

tegen:

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

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

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Kameroense nationaliteit te zijn, op 29 november 2019 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 17 oktober 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9<sup>ter</sup> van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 17 december 2019, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 21 januari 2020.

Gelet op het arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen met nr. 231 826 van 27 januari 2020 waarbij de huidige zaak *sine die* werd uitgesteld.

Gelet op de beschikking van 8 november 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 30 november 2021.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. BEELEN.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. PAQUOY, die *loco* advocaten D. ANDRIEN en J. BRAUN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. DE MAERTELAERE, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

### WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Verzoeker diende op 7 mei 2018 een verzoek om internationale bescherming in.

Op 12 juli 2018 werd een verzoek tot overname gericht aan de Zwitserse autoriteiten, met het oog op de toepassing van artikel 12(4) van de Verordening 604/2013 van het Europees Parlement en de Raad van 26 juni 2013 tot vaststelling van de criteria en instrumenten om te bepalen welke lidstaat verantwoordelijk is voor de behandeling van een verzoek om internationale bescherming dat door een onderdaan van een derde land of een staatloze bij een van de lidstaten wordt ingediend (hierna: de Dublin III-Verordening).

Op 20 juli 2018 stemde Zwitserland in met de behandeling van het beschermingsverzoek.

Op 4 oktober 2018 werd een beslissing genomen tot weigering van verblijf met bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 26<sup>quater</sup>).

Het beroep dat verzoeker aantekende tegen deze beslissing, leidt tot het arrest nr. 221 549 van 22 mei 2019 van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad). De Raad besluit dat het beroep doelloos was geworden omdat inmiddels door het verstrijken van de termijn, voorzien in de Dublin III-Verordening, België verantwoordelijk is voor de behandeling van de asielaanvraag.

Verzoeker diende op 27 juni 2019 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9<sup>ter</sup> van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 17 oktober 2019 verklaart de gemachtigde van de toenmalig bevoegde minister de aanvraag ontvankelijk, doch ongegrond.

Dit is de bestreden beslissing met de volgende motieven:

*(...)*

*Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 27.06.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :*

*A., P. T. (R.R.: ...)  
nationaliteit: Kameroen  
geboren te E. op X  
adres: (...)*

*in toepassing van artikel 9<sup>ter</sup> van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, 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 9<sup>ter</sup> van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Art 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen.*

*Er worden medische elementen aangehaald voor A., P. T. De arts-adviseur evalueerde deze gegevens op 10.10.2019 (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, Kameroen.*

*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). (...)"

Het medisch advies van 10 oktober 2019, dat samen met de bestreden beslissing ter kennis is gegeven, luidt:

"(...)  
NAAM: A. P. T. (R.R.: ...)  
Mannelijk  
nationaliteit: Kameroen  
geboren te Eyanchang op 28.06.1960  
adres: (...)"

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 27-6-2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- Standaard medisch getuigschrift d.d. 28-3-2019 van Dr. C., huisarts, met de volgende informatie:
  - o Voorgeschiedenis van adenectomie van prostaat wegens dysurie, bilaterale gehoorsdaling met nood aan hoorapparaat, arteriële hypertensie, anxio-depressie
  - o Huidige problematiek: opvolging in kader van prostaatingreep, aanpassen van hoorapparaat, PTSD met nood aan opvolging door huisarts en medicatie. Bijkomend vaststellen van geheugenproblemen
  - o Medicatie: Amlodipine, Sipralaxa, Lysanxia, Noberetic
  - o Opvolging van cardioloog, psychotherapie, uroloog en neuroloog noodzakelijk
- Verslag van de hospitalisatie in de dienst urologie: operatieve verwijdering van een goedaardig gezwel van de prostaat in maart 2019
- Afspraakbevestiging voor september 2019 dienst neurologie
- Afspraakbevestiging 27 mei dienst cardiologie
- Afspraakbevestiging 30 april 2019 dienst urologie
- Bloedanalyse d.d. 17-1-2019
- Verwijsbrief d.d. 1-4-2019 voor de dienst neurologie in het kader van geheugenstoornissen

Uit de aangeleverde documenten kunnen we het volgende besluiten:

- Het betreft hier een man van heden 59 jaar, afkomstig uit Kameroen
- Als belangrijke voorgeschiedenis weerhouden we een operatieve ingreep wegens een goedaardige vergroting van de prostaat in het voorjaar van 2019. Hiervoor is opvolging nodig
- Als actieve pathologie weerhouden we arteriële hypertensie waarvoor medicatie en een PTSD die opgevolgd wordt door de huisarts en waarvoor betrokkene antidepressiva inneemt
- Een neurologisch consult is gepland in kader van geheugenstoornissen
- Betrokkene zou gehoorsdaling hebben waarvoor een gehoorapparaat geïndiceerd is. Hiervan is geen objectief rapport voorhanden en wordt niet weerhouden
- Als medicatie weerhouden we:
  - o Amiodipine (onder vorm van besilaat), bloeddrukmedicatie
  - o Noberetic: combinatie van Nebivolol en chloorthiazide, bloeddrukmedicatie
  - o Sipralaxa, Escitalopram, antidepressivum
  - o Lysanxia, Prazepam, benzodiazepine
- Opvolging door uroloog, huisarts, cardioloog en neuroloog is nodig In het dossier is geen tegenindicatie tot reizen vermeld, evenmin de nood aan mantelzorg.

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 27-12-2017 met het unieke referentienummer 10500
- Aanvraag Medcoi van 2-7-2018 met het unieke referentienummer 11310
- Aanvraag Medcoi van 26-7-2019 met het unieke referentienummer 12620
- Aanvraag Medcoi van 15-03-2019 met het unieke referentienummer 12170

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond: Escitalopram is niet beschikbaar maar kan vervangen worden door één van de analogen van dezelfde familie zoals Citalopram, Fluoxetine, Paroxetine of Sertraline, Prazepam als anxiolyticum kan vervangen worden door Alprazolam of Lorazepam, Chloorthiazide, Nebivolol en Amlodipine zijn beschikbaar.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de zorg die betrokkene een man van heden 59 jaar afkomstig uit Kameroen verzekerd is in het thuisland:

- De medische omkadering door cardiologen, neurologen en urologen en de huisarts is beschikbaar
- De noodzakelijke medicatie ondervorm van Citalopram, Paroxetine, Fluoxetine, Sertraline, Lorazepam, Alprazolam, Nebivolol, hydrochloorthiazide en Amlodipine is beschikbaar.

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

*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 Kameroen wordt voorzien door een publiek luik, een privésector en de sector van de traditionele geneeskunde en is op 3 niveaus georganiseerd. Op het centrale niveau zijn er de algemene en centrale ziekenhuizen, waar het overgrote deel van medische zorgen beschikbaar zijn. Op het tussenniveau zijn er de regionale ziekenhuizen waar ook algemene heelkunde, pediatrie en hemodialyse en gynaecologische zorgen beschikbaar zijn. Tenslotte zijn er op het perifere niveau de district- en sub-district ziekenhuizen kleine chirurgische ingrepen (zoals keizersneden), vaccinaties en andere eerstelijns hulp. Er wordt gewerkt met een doorverwijssysteem waarbij men eerst langs gaat bij een primair niveau en naargelang de aard van nood aan zorgen, wordt men doorverwezen naar een meer gespecialiseerd niveau.

Specifiek voor betrokkene dient vermeld te worden dat de psychiatrische zorg nog niet volledig is uitgebouwd in Kameroen. Wel kan hij beroep doen op zorg in privé-instellingen zoals daar zijn de zusters van het Heilig Hart, Mental Health Center "Saint Benedict Menni "in Doula en Yaoundé die naast medische diensten ook de nodige medicatie verschaffen aan gunstige prijzen voor de armen. In Mbam is er een gelijkaardige organisatie van een Italiaanse congregatie die dezelfde zorgen aanbiedt.

De advocaat van betrokkene haalt informatie die op een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen zou wijzen. Er is echter geen enkele indicatie dat deze aangebrachte info van toepassing zou zijn op de specifiek, individuele situatie van betrokkene.

Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Bovendien verblijven ook de echtgenote, een meerderjarige zoon en broers en zussen van betrokkene nog in het herkomstland. Het is niet onwaarschijnlijk dat betrokkene op zijn familieleden kan terugvallen voor (tijdelijke) hulp bij de noodzakelijke zorgen.

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 doe! heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn 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 Kameroen.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, (Kameroen).

(...)"

## 2. Over de rechtspleging

2.1. Bij tussenarrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad), gekend onder nummer 231 826 van 27 januari 2020, heeft de Raad de zaak *sine die* uitgesteld omdat het verzoek om internationale bescherming nog hangende was en sommige grieven betrekking hadden op de aangehaalde schending van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en goedgekeurd bij de wet van 13 mei 1955 (hierna: het EVRM).

2.2. Bij arrest, gekend onder nummer 261 392 van 30 september 2021, weigert de Raad de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus aan de verzoekende partij toe te kennen. Dit arrest is inmiddels definitief.

In de motieven van dit arrest leest men onder meer:

(...)

*Inzake de mogelijke toepassing van artikel 48/4, § 2, c) van de Vreemdelingenwet betwist verzoeker de motivering in de bestreden beslissing dat hij zich in Franstalig Kameroen kan vestigen.*

*Waar verzoeker verwijst naar rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, gaat hij eraan voorbij dat de rechtspraak van de Raad geen precedentwerking heeft. Daarnaast kan in navolging van verweerder worden opgemerkt dat het merendeel van de geciteerde arresten zelfs geen betrekking heeft op Kameroen. Uit de verwijzingen naar de rechtspraak van de Raad kan geenszins worden afgeleid dat voor de toepassing van een intern vestigingsalternatief de aanwezigheid van een familiaal of ondersteunend netwerk een noodzakelijke voorwaarde vormt, en dit ongeacht de overige individuele omstandigheden. Dit blijkt evenmin uit de aangehaalde guidelines van UNHCR. Bij de beoordeling of hervestiging in het beoogde gebied redelijk is, houdt de commissaris-generaal rekening met het geheel van de individuele omstandigheden van de verzoeker, alsook met de situatie in het betreffende gebied. In de verweernota wordt hierbij terecht benadrukt dat er niet van uitgegaan wordt dat een intern vestigingsalternatief per definitie mogelijk is voor elke Kameroense verzoeker om internationale bescherming die afkomstig is uit Engelstalig Kameroen.*

*De commissaris-generaal past het principe van een intern vestigingsalternatief slechts toe wanneer er in concreto wordt vastgesteld dat de verzoeker over een reëel verblijfsalternatief beschikt elders in Kameroen.*

*In navolging van verweerder dient opgemerkt dat verzoeker er niet in slaagt om in concreto aan te tonen dat wat hem betreft een hervestiging in Franstalig Kameroen niet redelijk zou zijn. Waar verzoeker zijn "extreme kwetsbaarheid" omwille van zijn medische en psychische problemen aanhaalt, dient hernomen dat verzoeker geenszins op afdoende wijze aantoonde dat hij op heden nog steeds aan ernstige medische problemen lijdt die hem zouden verhinderen om zich in Franstalig Kameroen te vestigen.*

*Verzoeker laat na enig actueel medisch attest bij te brengen, noch toont hij aan dat de door hem aangehaalde medische aandoeningen van dien aard zouden zijn dat hij niet kan worden geacht om elders in Kameroen een bestaan uit te bouwen. Het voorgaande geldt eveneens voor de door hem aangehaalde psychische problemen. Naast de opmerkingen aangaande het enige attest dat verzoeker*

dienaangaande heeft neergelegd, dient vastgesteld te worden dat verzoeker geen enkel actueel psycho medisch attest neerlegt waarin zijn huidige psychische toestand op afdoende wijze wordt beschreven.

Bovendien dient gewezen op het feit dat verzoeker zelf zijn medische en/of psychische toestand niet aanhaalde als reden waarom hij zich niet zou kunnen vestigen in Franstalig Kameroen (notities van het persoonlijk onderhoud, p. 28-29).

De verwijzingen in het verzoekschrift naar informatie die louter algemeen is van aard en geen betrekking heeft op verzoekers persoon, is onvoldoende om aan te tonen dat in hoofde van verzoeker een hervestiging onredelijk is.

Verzoekers verweer in het verzoekschrift vormt dan ook geen nuttig of dienstig verweer ter ontkrachting van de omstandige motivering die stelt dat verzoeker zich aan de bedreiging van zijn leven of persoon als gevolg van de veiligheidssituatie in zijn regio van herkomst kan onttrekken door zich in Franstalig Kameroen te vestigen, waar hij overeenkomstig artikel 48/5, § 3 van de Vreemdelingenwet over een veilig en redelijk vestigingsalternatief beschikt.

Dienaangaande blijkt uit de elementen in het dossier dat verweerder terecht motiveert als volgt:

“Op basis van uw profiel dient te worden besloten dat u in staat bent zich in een ander deel van Kameroen te vestigen. U getuigde doorheen uw levensloop van een grote zelfstandigheid en van de capaciteiten om zich op een u onbekende plaats te integreren in de gemeenschap. Zo was u reeds op jonge leeftijd in staat om uw leven in eigen handen te nemen en op eigen initiatief zich in een andere regio te vestigen, dit alleen omdat u een beter leven voor zichzelf wou uitbouwen. U verhuisde namelijk van Mamfe naar Muyuka om er een zaak op te zetten. U kocht er eveneens een eigen stuk landbouwgrond. U deed dit zonder enige dringende reden, louter omdat u voor zichzelf wou instaan (CGVS p.6). U had er weliswaar een neef wonen maar men kan aannemen dat ondertussen, op uw leeftijd en met uw eerdere ervaringen, het voor u mogelijk is om zich ergens te vestigen waar u over een beperkter netwerk zou beschikken. Vervolgens ging u als missionaris naar verschillende voor u onbekende plaatsen om er een kerk te stichten. U geeft zelf aan over de nodige vaardigheden te beschikken om overal dergelijke activiteiten te kunnen uitbouwen (CGVS p.7). Zodoende zou u ook nu in staat moeten zijn zich elders in het land te vestigen. Bovendien blijkt uit uw verklaringen dat u daar eveneens de nodige financiële middelen toe heeft. U heeft een eigen boerderij en zaak in Muyuka. In uw afwezigheid stelde u zelf mensen tewerk op deze boerderij (CGVS p.7-8). Hieruit volgt dat kan aangenomen worden dat u over voldoende kapitaal beschikt om zich ook elders te vestigen.

Bovendien blijkt eveneens uit het feit dat u in staat was een opleiding van zes maanden in de Verenigde Staten te volgen en uit het gegeven dat u verantwoordelijk was voor de kinderen van uw broer dat u daar de nodige middelen en verantwoordelijkheidszin toe heeft. U geeft daarbij zelf aan over voldoende inkomen te beschikken om voor hen in te staan (CGVS p.7). Hieruit komt dan ook naar voren dat het niet onredelijk is van u te verwachten zich elders in Kameroen te vestigen. Wanneer u deze optie wordt voorgelegd geeft u aan dat u niemand heeft om u op te vangen in Franstalig Kameroen en dat u er niet heen wilt (CGVS p.28). Wanneer u verder wordt gevraagd wat het voor u moeilijk zou maken om zich in Franstalig Kameroen te vestigen komt u niet verder dan te verwijzen naar de vervolgingsfeiten die u aanhaalde (CGVS p.29). Zoals hierboven uitvoerig beargumenteerd werden deze echter niet geloofwaardig bevonden zodat kan worden aangenomen dat u in staat bent zich aldaar te vestigen zonder dat dit verregaande inspanningen van u eist of dat u riskeert er in een preciaire situatie terecht te komen.”

Verweerder oordeelde op goede gronden dat verzoeker in Franstalig Kameroen over een veilig en redelijk intern vestigingsalternatief beschikt zoals omschreven in artikel 48/5, § 3 van de Vreemdelingenwet.

Verzoeker toont gelet op het voormelde niet aan dat in zijn hoofde zwaarwegende gronden bestaan om aan te nemen dat hij bij een terugkeer naar zijn land van herkomst een reëel risico zou lopen op ernstige schade zoals bepaald in artikel 48/4, § 2 van de Vreemdelingenwet.

(...)”

### 3. Onderzoek van het beroep

#### 3.1. In een enig middel voert de verzoekende partij de schending aan van:

“Manifeste appreciatiefout en schending van artikel 3 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens van 4 november 1950, goedgekeurd door de wet van 13 mei 1955, van artikel 5 van de Richtlijn 2008/115/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 2008 over gemeenschappelijke normen en procedures in de lidstaten voor de terugkeer van onderdanen van derde landen die illegaal op hun grondgebied verblijven, van artikelen 7, 9ter en 62 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering

van vreemdelingen, van artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, van de rechten van de verdediging, van het recht op een doeltreffende voorziening in rechte, van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur dat vereist dat de beslissingen op basis van alle elementen van de zaak worden genomen, en van de zorgvuldigheidsplicht.”

3.2. De verzoekende partij zet haar eerste grief als volgt uiteen:

a. “Eerste grief : onvoldoende motivatie

*Volgens de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 moeten de bestuurshandelingen van de besturen uitdrukkelijk worden gemotiveerd en deze motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Er mag niet worden verwezen naar informatie waarvan de betrokkene niet op de hoogte kan zijn vóór of uiterlijk op het moment van kennisgeving van de beslissing. De uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing met 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. Door de uitdrukkelijke motivering op te leggen, is de wet van die aard dat zij de jurisdictionele toetsing van de bestuurshandelingen, die is verankerd in artikel 159 van de Grondwet en georganiseerd in artikel 14 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, versterkt (Arbitragehof - arrest nr. 55/2001 van 8 mei 2001).*

*Eenzijds bestaat de beslissing uit een dubbele motivering: het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer en de Medcoi-databanken. Volgens de Raad van State, « La motivation par référence à des documents ou avis émis au cours de la procédure d'élaboration de l'acte administratif est admise à condition que ces documents ou avis aient été reproduits dans l'acte ou annexés à la décision pour faire corps avec elle ou qu'ils aient été portés à la connaissance antérieurement ou concomitamment à la décision. Ces documents doivent eux-mêmes être motivés » (RvS (13e kamer), 17 juni 2003, Adm. publ. mens., 2003, p.130).*

*Zoals Uw Raad zeer recentelijk heeft opgemerkt in zijn arrest nr. 213.722 van 11 december 2018: « 2.4. A cet égard, le Conseil rappelle que la motivation par référence est admise sous réserve du respect de trois conditions: « Première condition: le document [...] auquel se réfère l'acte administratif doit être lui-même pourvu d'une motivation adéquate au sens de l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991 [...]. Deuxième condition: le contenu du document auquel il est fait référence doit être connu du destinataire de l'acte administratif [...]. Tel est le cas lorsque ce document est annexé à l'acte pour faire corps avec lui [...], ou encore lorsque le contenu du document est reproduit, fût-ce par extraits, ou résumé dans l'acte administratif [...]. Si le document auquel l'acte se réfère est inconnu du destinataire, la motivation par référence n'est pas admissible [...]. Une précision d'importance doit être apportée. La connaissance du document auquel l'acte se réfère doit être au moins simultanée à la connaissance de l'acte lui-même. Elle peut être antérieure [...] mais elle ne peut en principe être postérieure [...]. Un objectif essentiel de la loi est, en effet, d'informer l'administré sur les motifs de l'acte en vue de lui permettre d'examiner en connaissance de cause l'opportunité d'introduire un recours. Enfin, troisième et dernière condition: il doit apparaître sans conteste et sans ambiguïté que l'auteur de l'acte administratif, exerçant son pouvoir d'appréciation, a fait sienne la position adoptée dans le document auquel il se réfère » (X. DELGRANGE et B. LOMBAERT. « La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs : Questions d'actualités », in La motivation formelle des actes administratifs, Bruxelles, La Bibliothèque de Droit Administratif. Ed. La Charte, 2005, p. 44- 45, n°50). Concernant la première condition, le Conseil d'Etat a jugé, à plusieurs reprises, que l'avis ou le document auquel se réfère l'autorité administrative doit répondre aux exigences de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs, en ce sens que ledit avis ou document doit être suffisamment et adéquatement motivé (en ce sens, notamment : C.E., arrêt n° 99.353 du 2 octobre 2001 : C E., arrêt n° 174.443 du 13 septembre 2007 ; C.E., arrêt n° 194.672 du 26 juin 2009 : C E., arrêt n° 228 829 du 21 octobre 2014 ; C.E., n° 230.579 du 19 mars 2015 : C.E.. arrêt n° 235.212 du 23 juin 2016 ; C.E.. arrêt n° 235.763 du 15 septembre 2016 ; C.E., arrêt n° 237 643 du 14 mars 2017 ; C E., arrêt n° 239.682 du 27 octobre 2017) ».*

*Zoals Uw Raad in bovengenoemd arrest heeft geoordeeld, is de conclusie van het onderzoek van de antwoorden op de genoemde aanvragen Medcoi niet in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 29 juli 1991: « Au vu du libellé et du contenu des réponses aux « requêtes MedCOI », le Conseil observe que la mention figurant dans l'avis du fonctionnaire médecin, selon laquelle, « Le pantoprazole et son équivalent, l'Oméprazole. le paracétamol, et le bisoprolol, sont disponibles en Côte*

d'ivoire. Les sources suivantes ont été utilisées [...]: 1. Les informations provenant de la base de données non publique MedCOI [...] ». ne consiste ni en la reproduction d'extraits, ni en un résumé desdits documents, mais plutôt en un exposé de la conclusion que le fonctionnaire médecin a tiré de l'examen des réponses aux requêtes MedCOI citées. Il s'ensuit que cette motivation de l'avis du fonctionnaire médecin, par référence aux informations issues de la banque de données MedCOI, ne répond pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs. En effet, la simple conclusion du fonctionnaire médecin ne permet pas à la partie requérante de comprendre les raisons pour lesquelles il a considéré que ces informations démontraient la disponibilité du traitement médicamenteux requis.

Il en est d'autant plus ainsi, qu'à la différence d'un lien vers une page Internet, lequel est, en principe, consultable en ligne, par la partie requérante, les réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles se fonde le fonctionnaire médecin dans son avis, ne sont pas accessibles au public. En conséquence, entendant motiver son avis par référence à ces documents, le fonctionnaire médecin se devait, soit d'en reproduire les extraits pertinents, soit de les résumer, ou encore de les annexer audit avis. A l'inverse, le procédé utilisé entraîne une difficulté supplémentaire pour la partie requérante dans l'introduction de son recours, puisque celle-ci doit demander la consultation du dossier administratif à la partie défenderesse, afin de pouvoir prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », sur lesquelles le fonctionnaire médecin fonde son avis, et ainsi en vérifier la pertinence.

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

La circonstance que la partie requérante a pu prendre connaissance des réponses aux « requêtes MedCOI », ainsi que constaté à la lecture du deuxième grief soulevé dans son moyen, n'énerve en rien ce constat. En effet, ces documents n'ayant pas été joints à l'avis du fonctionnaire médecin, ni cités par extraits, ni résumés dans cet avis, le fait que la partie requérante ait pu, ultérieurement à la prise des actes attaqués, consulter le dossier administratif, ne répond pas aux exigences rappelées au point 2.4».

In casu concludeert de ambtenaar-geneesheer dat de medische zorgen en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn uitsluitend op basis van verschillende aanvragen Medcoi. Het medisch verslag waarop de bestreden beslissing verwijst, bevat echter noch de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCoi, noch een samenvatting daarvan.

Daarnaast worden de artsen die bijdragen aan de Medcoi-databank beschermd door anonimiteit. Daarom zijn noch de verzoeker noch Uw Raad in staat om de beweringen van de verwerende partij te verifiëren.

Bijgevolg is de bestreden beslissing in strijd met de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en de artikelen 9 ter en 62 van de wet van 15 december 1980 niet naar behoren gemotiveerd.”

3.3. De uitdrukkelijke motiveringsplicht is vervat in artikel 62 van de Vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen. Het doel is de bestuurde in te lichten over de redenen waarom het bestuur zo beslist. De verzoeker moet in staat zijn te oordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. De artikelen 2 en 3 van de voornoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid de juridische en feitelijke overwegingen te melden, die de grond zijn van een beslissing en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

Uit de bestreden beslissing, in samenlezing met het medisch advies, blijkt dat op uitgebreide wijze de feitelijk grondslag is vermeld. Het medisch advies erkent dat de verzoekende partij aan een ernstige ziekte lijdt. De arts-adviseur meldt over de aandoeningen van de verzoekende partij het volgende:

“(…)

Uit de aangeleverde documenten kunnen we het volgende besluiten:

- Het betreft hier een man van heden 59 jaar, afkomstig uit Kameroen



- *Als belangrijke voorgeschiedenis weerhouden we een operatieve ingreep wegens een goedaardige vergroting van de prostaat in het voorjaar van 2019. Hiervoor is opvolging nodig*
  - *Als actieve pathologie weerhouden we arteriële hypertensie waarvoor medicatie en een PTSD die opgevolgd wordt door de huisarts en waarvoor betrokkene antidepressiva inneemt*
  - *Een neurologisch consult is gepland in kader van geheugenstoornissen*
  - *Betrokkene zou gehoorsdaling hebben waarvoor een gehoorapparaat geïndiceerd is. Hiervan is geen objectief rapport voorhanden en wordt niet weerhouden*
  - *Als medicatie weerhouden we:*
    - o Amiodipine (onder vorm van besilaat), bloeddrukmedicatie*
    - o Noberetic: combinatie van Nebivolol en chloorthiazide, bloeddrukmedicatie*
    - o Sipralaxa, Escitalopram, antidepressivum*
    - o Lysanxia, Prazepam, benzodiazepine*
  - *Opvolging door uroloog, huisarts, cardioloog en neuroloog is nodig In het dossier is geen tegenindicatie tot reizen vermeld, evenmin de nood aan mantelzorg.*
- (...)"

De arts-adviseur besluit:

*“Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn 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 Kameroen. Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, (Kameroen).”*

De arts-adviseur meent aldus dat voor de aandoeningen die zij weerhoudt, de behandeling en beschikbaarheid van de medische noden voor de verzoekende partij voorhanden zijn in het herkomstland of land van verblijf. De bestreden beslissing, samen gelezen met het ter kennis gegeven advies van de arts-adviseur, legt uit dat de verzoekende partij weliswaar lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land van verblijf. De arts-adviseur stelt vast, na een onderzoek en met verwijzing naar de gebruikte en zeer concrete bronnen, dat voor de concrete behandeling van de ziekte die de verzoekende partij nog behoeft, de medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in het herkomstland. Het medisch advies houdt rekening met de voorgelegde stukken. De bestreden beslissing en het medisch advies gaan in op de aard van de ziekte en onderzoeken de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de medische zorgverlening die de verzoekende partij behoeft.

De Raad benadrukt voorts dat een verwijzing naar een advies, in het licht van de motiveringsvereiste van de artikelen 2 en 3 van de voormelde wet van 29 juli 1991, een afdoende motivering kan vormen, doch dat hiertoe wel vereist is dat de inhoud van dit advies aan de betrokkene werd ter kennis gebracht en dat dit advies zelf ook afdoende is gemotiveerd (RvS 3 juni 2014, nr. 227.617; RvS 2 december 2013, nr. 225.659; RvS 18 juni 2012, nr. 219.772; RvS 19 mei 2011, nr. 213.636), dat het wordt bijgevalen in de uiteindelijke beslissing en dat er geen tegenstrijdige adviezen zijn (RvS 24 oktober 2014, nr. 228.919, *Lettan*), wat hier het geval is. Uit het middel blijkt dat de verzoekende partij de redenen van de bestreden beslissing kent en bespreekt zodat het normdoel van de formele motiveringsplicht is bereikt. De formele motiveringsplicht, zoals vervat in deze bepalingen, is niet geschonden.

De verwijzing naar arresten van de Raad en de Raad van State kennen geen precedentswaarde en ieder geschil dient op zijn eigen merites beoordeeld te worden. De arts-adviseur heeft de aandoeningen opgesomd en heeft zijn motieven bondig samengevat met verwijzing naar de stukken die hij gebruikt heeft en voorhanden zijn in het administratief dossier. De arts-adviseur dient in dit geval geen samenvattingen te geven van samenvattingen. De verzoekende partij toont evenmin belang bij haar grief dat de medische MedCOI-documenten moesten samengevat worden nu zij hier eenvoudig van kan kennis nemen door inzage van het administratief dossier. Met deze grief toont de verzoekende partij evenmin de schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet aan. Voorts staat het de verzoekende partij vrij de anonimiteit van de MedCOI-documenten aan te vechten, maar brengt de verzoekende partij geen concrete argumenten of documenten aan waaruit zou blijken dat de MedCOI-documenten niet objectief zijn terwijl deze gegevens door hun concreetheid gemakkelijk te verifiëren zijn.

3.4. In een tweede grief levert de verzoekende partij inhoudelijke kritiek en meent zij dat de informatie die zij verschaftte aan de arts-adviseur over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de nodige zorgen niet terecht terzijde is geschoven. Deze grief wordt als volgt toegelicht:

*“Anderzijds is het voldoende om de regularisatieaanvraag te lezen om op te merken dat de verzoeker een schat aan informatie heeft verstrekt over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorgen in Kameroen. Er werd een zorgvuldige studie van het gezondheidsstelsel uitgevoerd en aan de verwerende partij toegezonden voordat de bestreden beslissing werd genomen.*

*Volgens de ambtenaar-geneesheer: “De advocaat van betrokkene haalt informatie die op een moeilijke toegankelijkheid van de zorgen zou wijzen. Er is echter geen enkele indicatie dat deze aangebrachte info van toepassing zou zijn op de specifiek, individuele situatie van betrokkene’ (medisch advies, p.3).*

*De ambtenaar-geneesheer vertrouwt echter op even algemene informatie om Uw Raad ervan te overtuigen dat de zorgen van Meneer A. in Kameroen beschikbaar en toegankelijk zijn. In haar arrest Paposhvili tegen België van 13 december 2016, oordeelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat: « L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Sufi et Elmi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07. § 214, 28 juin 2011, Hirsi Jamaa et autres, précité, § 116, et Tarakhel, précité. § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale de celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé » (§ 190)*

*Uw Raad heeft ook nota genomen van het tegenstrijdige karakter van de weigering om bepaalde informatie in aanmerking te nemen, omdat het te algemeen zou zijn om informatie te verstrekken over de situatie van verzoeker: “Het louter afwijzen van deze informatie omwille van het algemeen karakter ervan staat bovendien in contrast met het gegeven dat de ambtenaar-geneesheer naar geen enkele bron verwijst om te stellen dat er drie verschillende gezondheidssystemen zijn in Nigeria en dat ook hij, voor de specifieke aandoeningen diabetes en hypertensie, verwijst naar algemene bronnen die niet noodzakelijk de specifieke situatie van de verzoekster behelzen aangezien het niet gaat om personen die lijden aan polycytemia” (RvV - arrest nr 206.534 van 5 juli 2018).*

*Daarbij in strijd met de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, heeft de tegenpartij haar beslissing met rechtsgeldig gemotiveerd.”*

De verzoekende partij verwijt de arts-adviseur even algemene informatie over deze topics te verschaffen als zijzelf.

Met deze grief gaat de verzoekende partij voorbij aan de concrete gegevens die terug te vinden zijn op de MedCOI-documenten in samenlezing met de *Country Fact Sheet, MedCOI Belgian Desk on Accessibility*. Ook dit rapport is in afgedrukte versie voorhanden in het administratief dossier. De Raad ziet niet in hoe concreter de arts-adviseur nog kan zijn. Naar deze bron werd verwezen in het medisch advies. Het is concreter dan de informatie die de verzoekende partij verschaftte.

Waar de verzoekende partij verwijst naar het arrest *Paposhvili t. België* van 13 december 2016 bevestigt de Grote Kamer van het EHRM de principes die in de zaak *N. t. Verenigd Koninkrijk* worden gehanteerd en verwijst men verder in overweging 183 als volgt:

*“The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.”*

Aldus blijkt uit §183 van genoemd arrest dat onder “andere uitzonderlijke gevallen” wordt begrepen de situaties, zonder dat er sprake is van onmiddellijk en nakend levensgevaar, waarbij er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke

verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland. Slechts in dergelijk geval weerhield de Grote Kamer van het Hof een schending van artikel 3 van het EVRM en werd aldus de hoge drempel van artikel 3 van het EVRM in het geval van ernstig zieke vreemdelingen bevestigd. De verzoekende partij toont niet aan dat zij aan een ziekte lijdt van die aard dat dit arrest van toepassing is.

3.5. In wat de verzoekende partij ziet als een tweede grief, wordt het volgende toegelicht:

*“Tweede grief: schending van het recht om gehoord te worden*

*De ambtenaar-geneesheer concludeert dat de pathologie waaraan Meneer A. lijdt geen reëel risico inhoudt voor zijn leven of lichamelijke integriteit, noch een risico van onmenselijke of vernederende behandeling, zonder hem zelfs maar te hebben gehoord of onderzocht.*

*Artikel 62, lid 1, van de Vreemdelingenwet garandeert het recht om te worden gehoord. Volgens het Hof van Justitie van de Europese Unie maakt het recht om te worden gehoord, voordat een beslissing dat zijn belangen kan schaden wordt genomen, wel integraal deel uit van de eerbiediging van de rechten van de verdediging, dat een algemeen beginsel van het Unierecht is: « Het recht om te worden gehoord waarborgt dat eenieder in staat wordt gesteld naar behoren en daadwerkelijk zijn standpunt kenbaar te maken in het kader van een administratieve procedure en voordat een besluit wordt genomen dat zijn belangen op nadelige wijze kan beïnvloeden (zie met name arresten M., C-277/11, EU.C 2012:744, punt 87 en aldaar aangehaalde rechtspraak, en Mukarubega, EU.C 2014:2336, punt 46). Volgens de rechtspraak van het Hof heeft de regel dat aan de adressaat van een bezwarend besluit de gelegenheid moet worden gegeven om zijn opmerkingen kenbaar te maken voordat dit besluit wordt genomen, tot doel de bevoegde autoriteit in staat te stellen naar behoren rekening te houden met alle relevante elementen »(HvJ, C-249/13, 11 december 2014, Khaled Boudjlida, §§ 34-37). De rechten van de verdediging zijn reeks regels die bedoeld zijn om een eerlijk en contradictoir debat te waarborgen, zodat elke partij de grieven en argumenten van haar tegenstander kan kennen en deze kan bestrijden. Het principe van de tegenstrijdigheid heeft tot doel om, in het kader van debatten, de rechten van de verdediging te waarborgen. De niet-naleving ervan door de overheid vormt een belangrijke onregelmatigheid. Zoals het Hof van Justitie van de Europese Unie opmerkt: « Volgens vaste rechtspraak maken de rechten van de verdediging, die het recht om te worden gehoord en het recht op toegang tot het dossier omvatten deel uit van de grondrechten die bestanddeel zijn van de rechtsorde van de Unie en verankerd zijn in het Handvest» (HvJ, M G. v. Holland, C-383/13, 10 september 2013, par.32). In casu werd dit recht niet gegarandeerd door de verwerende partij.*

*Door Meneer A. niet te onderzoeken, heeft de ambtenaar-geneesheer gewoonweg een zorgvuldig en rigoureuus onderzoek van zijn situatie vermeden. Verzoeker geniet echter de bescherming van artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002, dat bepaalt dat: « De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften ». Volgens het Grondwettelijk Hof : « B. 15. Rien n'indique que le législateur ait, dans ce cadre, entendu déroger aux droits du patient qui sont consacrés par la loi du 22 août 2002. En outre, tant le fonctionnaire médecin que le médecin désigné par le ministre ou son délégué ou encore les experts qui seraient appelés à intervenir, sont tenus de respecter le Code de déontologie médicale de l'Ordre national des médecins, y compris les règles d'indépendance et d'éthique qui y sont prescrites (. .)» (arrest nr.82/2012 van 28 juni 2012).*

*Om dezelfde reden negeert de tegenpartij ook haar zorgvuldigheidsplicht. De zorgvuldigheidsplicht houdt in dat de overheid zich op afdoende wijze dient te informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen (RvS - arrest van 11 juni 2002, nr. 107.624). Volgens het arrest van de Raad van State nr. 216.987 van 21 december 2011: « Le devoir de minutie ressortit aux principes généraux de bonne administration et oblige l'autorité à procéder à une recherche minutieuse des faits, à récolter les renseignements nécessaires à la prise de décision et à prendre en considération tous les éléments du dossier, afin qu'elle puisse prendre sa décision en pleine connaissance de cause et après avoir raisonnablement apprécié tous les éléments utiles à la résolution du cas d'espèce ».*

*De federale ombudsman is ook van mening dat : « au-delà des conditions de recevabilité qui se sont renforcées au fil des années, le législateur prévoit actuellement un contrôle des décisions qui est essentiellement juridictionnel et de légalité. Or, en application du droit au recours effectif, un recours*

*suspensif et de plein contentieux doit être prévu. D'autant plus qu'actuellement, l'Office des étrangers ne laisse pas aux demandeurs le droit d'être entendu ce qui, s'il pouvait être exercé, permettrait pourtant à l'administration de prendre des décisions en meilleure connaissance de cause et qui partant, par définition, échapperaient davantage à la censure du juge de la légalité »* ([http://mediateurfederal.be/sites/1070.b.fedimbo.belgium.be/files/regularisation\\_medicale\\_9ter\\_-\\_2016.pdf](http://mediateurfederal.be/sites/1070.b.fedimbo.belgium.be/files/regularisation_medicale_9ter_-_2016.pdf))."

In tegendeel met het uitgangspunt van de verzoekende partij concludeert de arts-adviseur niet dat de verzoekende partij niet lijdt aan een pathologie die *“geen reëel risico inhoudt voor zijn leven of lichamelijke integriteit, noch een risico van onmenselijke of vernederende behandeling”*. *Net het omgekeerde. De arts-adviseur stelt enkel vast dat de nodige beschikbaarheid en toegankelijkheid voorhanden is in het herkomstland, die de verzoekende partij behoeft.”*

In de mate dat de verzoekende partij haar hoorrecht geschonden ziet, wijst de Raad erop dat de verzoekende partij ten alle tijden tijdens de behandeling van haar aanvraag alle mogelijke nuttige informatie kan verschaffen aan de arts-adviseur. In de mate dat de verzoekende partij haar hoorrecht geschonden ziet in het kader van artikel 41 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie (hierna: het Handvest), bepaalt dit in verband met het hoorrecht het volgende:

*“(…)*

*Dit recht behelst met name:*

*— het recht van eenieder te worden gehoord voordat jegens hem een voor hem nadelige individuele maatregel wordt genomen,*

*(…)”*

Het recht om gehoord te worden waarborgt dat eenieder in staat wordt gesteld naar behoren en daadwerkelijk zijn standpunt kenbaar te maken in het kader van een administratieve procedure en alvorens een besluit wordt genomen dat zijn belangen aanmerkelijk kan beïnvloeden. (HvJ 22 november 2012, C-277/11, *M.M.*, ro. 87). Volgens vaste rechtspraak van het Hof van Justitie vormt het hoorrecht een algemeen beginsel van Unierecht. Luidens vaste rechtspraak van het Hof van Justitie leidt een schending van de rechten van de verdediging, in het bijzonder het recht om te worden gehoord, naar Unierecht echter pas tot nietigverklaring van het na afloop van de administratieve procedure genomen besluit, wanneer deze procedure zonder deze onregelmatigheid een andere afloop had kunnen hebben (HvJ 10 september 2013, C-383/13 PPU, *M.G. e.a.*, ro. 38 met verwijzing naar de arresten van 14 februari 1990, *Frankrijk/Commissie*, C 301/87, Jurispr. blz. I 307, punt 31; 5 oktober 2000, *Duitsland/Commissie*, C 288/96, Jurispr. blz. I 8237, punt 101; 1 oktober 2009, *Foshan Shunde Yongjian Housewares & Hardware/Raad*, C 141/08 P, Jurispr. blz. I 9147, punt 94, en 6 september 2012, *Storck/BHIM*, C 96/11 P, punt 80). Om een dergelijke onrechtmatigheid te constateren, moet de Raad aan de hand van de specifieke feitelijke en juridische omstandigheden van het geval nagaan of er sprake is van een onregelmatigheid die het hoorrecht op zodanige wijze aantast dat de besluitvorming in kwestie een andere afloop had kunnen hebben. Met name omdat de verzoekende partij specifieke omstandigheden had kunnen aanvoeren die na een individueel onderzoek de besluitvorming van de verwerende partij zouden kunnen wijzigen.

In deze grief geeft de verzoekende partij geen concrete elementen aan van die aard dat de besluitvorming had kunnen wijzigen.

De verzoekende partij toont evenmin concreet aan met welke concrete gegevens die dienstig zijn de arts-adviseur geen rekening heeft gehouden. Noch de zorgvuldigheidsplicht, noch het hoorrecht of de rechten van verdediging zijn geschonden.

3.5.1. In een derde grief betwist de verzoekende partij de motieven die de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorgen, die de verzoekende partij behoeft, betreffen.

Zij zet in eerste instantie het volgende uiteen:

*“Derde grief: beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige behandeling in Kameroen*

*Voor de regularisatieaanvraag ongegrond te hebben verklaard, heeft de tegenpartij erkend dat het ontvankelijk is (artikel 9 ter, §3, 4° a contrario). Ze aanvaardt derhalve dat de pathologie waaraan Meneer A. lijdt is een ziekte als bedoeld in artikel 9 ter, §1er, lid 1, d.w.z. een ziekte die « een reëel*

risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling ». Ze beweert echter dat de zorgen toegankelijk en beschikbaar in Kameroen zijn.

Volgens artikel 9ter, §1er, lid. 1 van de Vreemdelingenwet: «§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 ».

Zoals het Europees Hof voor de rechten van de mens opmerkt : « 107. L'interprétation « autonome » de l'article 9ter représente l'actuel état du droit positif belge. Les arrêts précités du CCE (voir paragraphe 106 ci-dessus) envisagent deux hypothèses dans lesquelles une maladie peut justifier l'octroi d'une autorisation de séjour. Soit l'étranger souffre actuellement d'une maladie menaçant sa vie ou d'une affection qui emporte actuellement un danger pour son intégrité physique, ce qui signifie que le risque invoqué pour sa vie ou l'atteinte à son intégrité physique doit être imminent et que l'étranger n'est de ce fait pas en état de voyager. Soit l'étranger risque de subir un traitement inhumain et dégradant s'il n'existe pas de traitement adéquat pour sa maladie ou son affection dans le pays de destination. Dans ce dernier cas, même s'il ne s'agit pas d'une maladie présentant un danger imminent pour la vie, un certain degré de gravité de la maladie ou de l'affection invoquée est toutefois requis» (CEDH, req 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

« 187. Lorsque de tels éléments sont produits, il incombe aux autorités de l'État de renvoi, dans le cadre des procédures internes, de dissiper les doutes éventuels à leur sujet (voir Saadi, précité, § 129. et F.G. c. Suède, précité, § 120). L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128. Sufi et El mi c. Royaume-Uni, nos 8319/07 et 11449/07, § 214, 28 juin 2011. Hirsijamaa et autres, précité. § 116. et Tarakhel, précité, § 104) à l'occasion duquel les autorités de l'État de renvoi doivent envisager les conséquences prévisibles du renvoi sur l'intéressé dans l'État de destination, compte tenu de la situation générale dans celui-ci et des circonstances propres au cas de l'intéressé (Vilvarajah et autres, précité, § 108. El-Masri, précité. § 213, et Tarakhel, précité, § 105). L'évaluation du risque tel que défini ci-dessus (paragraphe 183-184) implique donc d'avoir égard à des sources générales telles que les rapports de l'Organisation mondiale de la santé ou les rapports d'organisations non gouvernementales réputées, ainsi qu'aux attestations médicales établies au sujet de la personne malade. 188. Ainsi que la Cour l'a rappelé ci-dessus (voir paragraphe 173). se trouve en jeu ici l'obligation négative de ne pas exposer quelqu'un à un risque de mauvais traitements prohibés par l'article 3. Il s'ensuit que les conséquences du renvoi sur l'intéressé doivent être évaluées en comparant son état de santé avant l'éloignement avec celui qui serait le sien dans l'État de destination après y avoir été envoyé. 189. S'agissant des facteurs à prendre en considération, il y a lieu pour les autorités de l'État de renvoi de vérifier au cas par cas si les soins généralement disponibles dans l'État de destination sont suffisants et adéquats en pratique pour traiter la pathologie dont souffre l'intéressé afin d'éviter qu'il soit exposé à un traitement contraire à l'article 3 (voir paragraphe 183, ci-dessus). Le paramètre de référence n'est pas le niveau de soins existant dans l'État de renvoi ; il ne s'agit pas, en effet, de savoir si les soins dans l'État de destination seront équivalents ou inférieurs à ceux qu'offre le système de santé de l'État de renvoi. Il ne saurait pas non plus être déduit de l'article 3 un droit à bénéficier dans l'État de destination d'un traitement particulier qui ne serait pas disponible pour le reste de la population. 190. Les autorités doivent aussi s'interroger sur la possibilité effective pour l'intéressé d'avoir accès à ces soins et équipements dans l'État de destination. À cet égard, la Cour rappelle qu'elle a déjà examiné l'accessibilité des soins (Aswat, précité, § 55, et Tatar, précité, §§ 47-49) et évoqué la prise en considération du coût des médicaments et traitements, l'existence d'un réseau social et familial, et la distance géographique pour accéder aux soins requis (Karagoz c. France [déc.], n o 47531/99, 15 novembre 2001, N. c. Royaume-Uni, précité, §§ 34-41 et références citées, et E.O. c. Italie [déc.], précitée) » (CEDH, req. 41738/10, 13 décembre 2016, Paposhvili c. Belgique).

Er werd door Uw Raad beoordeeld dat : «Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 15 septembre 2006 ayant inséré l'article 9 ter précité dans la loi du 15 décembre 1980, que le 'traitement adéquat' mentionné dans cette disposition vise 'un traitement approprié et suffisamment accessible dans le pays d'origine ou de séjour', et que l'examen de cette question doit se faire 'au cas par cas. en tenant compte de la situation individuelle de la requérante' (Projet de loi modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, Exposé des motifs, Doc.

*pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/01, p.35 : voir également : Rapport, Doc. pari., Ch. repr., sess. ord. 2005-2006, n° 2478/08. p.9).*

*Il en résulte que pour être 'adéquats' au sens de l'article 9 ter précité, les traitements existant dans le pays d'origine ou de résidence des requérants doivent être non seulement 'appropriés' à la pathologie concernée, mais également 'suffisamment accessibles' aux intéressés dont la situation individuelle doit être prise en compte lors de l'examen de la demande » (RvV, arrest n°54648 van 20 januari 2011 ; RvV, arrest n°48809 van 30 september 2010)."*

De verzoekende partij bekritiseert de bestreden beslissing en het medisch advies inhoudelijk en voert aldus de schending aan van de materiële motiveringsplicht, naast de schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

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

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet bepaalt:

“§ 1

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

(...)

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

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

(1) op een ziekte die een reëel risico is voor het leven of voor de fysieke integriteit van de patiënt, of;

(2) op een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst of het land van verblijf.

Het zorgvuldigheidsbeginsel verplicht de overheid om haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 14 februari 2006, nr. 154.954; RvS 2 februari 2007, nr. 167.411). Dit houdt ook in dat zij zich moet steunen op alle gegevens en dienstige stukken.

De overheid moet zich afdoende informeren over alle relevante elementen.

De zorgvuldigheidsplicht geldt ook voor de rechtsonderhorige of, in het kader van een wederkerig bestuursrecht, de burger. In het kader van verblijfsaanvraag rust de bewijslast bij de aanvrager die zorgvuldig moet zijn bij het indienen van de aanvraag en alle relevante stukken en elementen moet aanbrengen zodat de gemachtigde kan beoordelen of hij voldoet aan de wettelijke voorwaarden. De verplichting die in dit geval rust op de verzoekende partij, kadert bijgevolg in de wederkerige zorgvuldigheidsverplichting (RvS 28 april 2008, nr. 182.450).

Eenvoudige lezing van het medisch advies en de stukken waarnaar in het advies wordt verwezen leert dat de arts-adviseur zeer concreet de beschikbaarheid en toegankelijkheid heeft nagegaan.

De verzoekende partij houdt er een theoretisch betoog op na en toont hiermee niet aan dat de arts-adviseur niet heeft onderzocht of de zorgen die de verzoekende partij in het herkomstland kan verkrijgen

niet adequaat zouden zijn. Door te verwijzen naar rechtspraak van het EHRM toont zij niet aan dat de verwerende partij en de arts-adviseur deze principes niet zouden gevolgd hebben.

Artikel 9ter, §1, van de Vreemdelingenwet schrijft uitdrukkelijk voor dat de vreemdeling alle nuttige inlichtingen aangaande zijn ziekte dient over te maken aan de verwerende partij zodat de ambtenaar-geneesheer kan overgaan tot de appreciatie. Deze ambtenaar-geneesheer wordt volledig vrijgelaten in zijn appreciatie van medische elementen, waarbij de eed van Hippocrates geldt. De ambtenaar-geneesheer kan de medische attesten van de artsen van de verzoekende partij bij zijn appreciatie betrekken, zonder dat de ambtenaar-geneesheer de verzoekende partij dient te onderzoeken. De ambtenaar-geneesheer kan ook, indien hij dat noodzakelijk acht, bijkomend advies inwinnen van deskundigen of de betrokkene onderzoeken. Slechts indien de medische situatie van betrokkene onduidelijk is, maar vaststaat dat de situatie ernstig is, dient de ambtenaar-geneesheer betrokkene te onderzoeken of het advies van deskundigen in te winnen (*Parl. St.*, Kamer, 2005-2006, nr. 2478/001, p. 35). In dit geval is er duidelijkheid omtrent de medische situatie van verzoekende partij.

3.5.2. De verzoekende partij vervolgt:

*“In tegenstelling tot wat de verwerende partij beweert, blijkt uit verschillende en betrouwbare bronnen dat de zorgen die Meneer A. nodig heeft zeer slecht beschikbaar en toegankelijk of vaak afwezig in Kameroen zijn. Bijgevolg maakt de tegenpartij een manifeste appreciatiefout en schendt de in de middelen genoemde bepalingen door te concluderen dat een adequate medische behandeling beschikbaar en toegankelijk in Kameroen is.”*

De verzoekende partij laat na te preciseren welke “*verschillende en betrouwbare bronnen*” zij bedoelt. Verder herhaalt de Raad dat arresten van de Raad geen precedentswaarde kennen in het Belgische rechtssysteem.

3.6. De motieven over de beschikbaarheid van de nodige zorgen worden in verschillende onderdelen besproken.

3.6.1. De verzoekende partij stelt:

*i. “Beschikbaarheid van de nodige behandeling in Kameroen*

• *Aangaande de MedCOI-databank*

*De ambtenaar-geneesheer verklaart, uitsluitend op basis van de informatie in de MedCOI-databank, dat de medische opvolging en de aan Meneer A. voorgeschreven geneesmiddelen in Kameroen beschikbaar zijn. In de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project staat dat echter uitdrukkelijk vermeld dat: « De geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van de medische behandeling, gewoonlijk in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling, in het land van herkomst » (medisch advies, p. 2). Deze disclaimer toont aan dat het MedCOI-project de beschikbaarheid van zorgen in het land van herkomst alleen analyseert op basis van informatie die in het algemeen in één zorginstelling wordt verzameld. Dergelijke informatie doet terecht twijfels rijzen over de serieuzeheid van deze studie, die bedoeld is om de beschikbaarheid van zorgen op nationaal niveau te beoordelen: het feit dat een medisch centrum over de vereiste zorgen beschikt, betekent niet dat deze beschikbaar zijn op het niveau van de nationale vraag.”*

De Raad herhaalt dat de MedCOI-informatie in het administratief dossier zeer concreet is en de adressen meldt waar de verzoekende partij terecht kan voor haar noden. De verzoekende partij weerlegt geenszins dat zij zich niet in Yaounde kan vestigen. Het arrest 261 392 van de Raad bevestigt dat de verzoekende partij zich kan vestigen in het Franstalig landsgedeelte van Kameroen. Deze vaststelling heeft inmiddels kracht van gewijsde.

3.6.2. Verder stelt de verzoekende partij:

• *Aangaande het Kameroense verzorgingsstelsel*

*Met betrekking tot het Kameroense gezondheidszorg in het algemeen, in een krantartikel getiteld « Les hôpitaux camerounais sont plus malades que les patients » dd. 29 januari 2016, stellen Kameroeners aan de kaak het feit dat :« L'état désastreux de certains de nos hôpitaux et de nos dispensaires constitue*

*l'une des causes de la grande mortalité au Cameroun, en passant par le manque des appareils médicaux fiables, la qualité douteuse des médicaments souvent prescrits par les médecins, l'accueil dans les services hospitaliers etc. (...)*

*Dans les campagnes et même dans certaines de nos cités, on découvre la précarité, la misère et la saleté. Si ce n'est pas de l'eau potable qui fait défaut, ce sera le manque d'électricité. A Douala par exemple, on a peu de lits dans les hôpitaux publics. Ainsi, les malades sont choisis par degrés divers. Les malades se plaignent des discriminations et des attitudes pas toujours avenantes. " Lorsque le patient arrive on ouvre un dossier. Si le cas est urgent, il bénéficie d'un pack en deuxième intention, mais en réalité, il n'y a pas de pack aux urgences et les familles doivent s'en charger. Pour les plus démunis, on se débrouille ", lance une infirmière.*

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

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

*Vous n'avez sûrement jamais été dans une salle d'hospitalisation au Cameroun, à contempler les gestes d'un malade qui se nettoie le cul après s'être soulagé dans un seau fermé et dissimulé sous son lit. Ça ne prête aucunement à rire, mais, posez vous la question sur son geste. Il vous répondra que les toilettes ne fonctionnent plus depuis belle lurette et que l'eau du robinet ne coule plus. Malheureusement, ce sont les malades qui font les frais de ces manquements dans nos formations sanitaires. A regarder de près les souffrances que les patients endurent dans nos hôpitaux, on a l'impression de l'inexistence de l'Etat.(...)*

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

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

*Volgens the Global health workforce alliance: "Cameroon is one of the African nations experiencing a crisis in human resources for health. There are approximately 1.1 physicians and 7.8 nurses and midwives per 10.000 population (WHO AHWO Cameroon Fact Sheet, 2010). Some of the major HRH challenges faced by Cameroon in the past decade include:*

- Inequitable geographic distribution of health workers, where rural areas and the regions of the Nord. Adamaoua. Sud have the fewest health workers.*
- An aging public sector health workforce (66% of total HRH, 2011 HRH Census), with 53% of health workers aged 40-51 and 31% over age 51 in a sector where retirement age is between 50 and 55. It is estimated that 15% of current public sector health workers were lost to retirement between 2010-2012.*
- Lack of regulations and lack of an on-going accreditation system for HRH education and training.*
- Limited HRH production planning and recruitment, including problems resulting from the centralization of recruitment and posting, lack of task planning, poor organization of duty, evaluation, incentive, and lack of project management".*

*Bovendien benadrukt Amnesty International in het rapport van 2017/2018 over Kameroen, het feit dat. " the conflict with Boko Haram led to the internal displacement of around 240,000 people in the Far North region and exacerbated the hardships experienced by communities, limiting their access to basic social services, and disrupting trade, farming and pastoralism. In December, almost 3.3 million people, of whom 61% were in the Far North region, were in need of humanitarian assistance, including food and medical care. Humanitarian access continued to be restricted by the ongoing conflict".*

*Een krantartikel getiteld « Cameroon Doctors overwhelmed with patients » toont aan dat: "Cameroon medical doctors say they are overwhelmed with patients as many of their colleagues seek better pay and working conditions elsewhere. (...)*



*The vice chairman of Cameroon's National Order of Doctors, Tetani Ekwe, said the health and humanitarian needs of the displaced and refugees increase by the day, yet the doctor-patient ratio stands at one doctor per 50.000 inhabitants in rural areas instead of the one doctor per 10,000 inhabitants recommended by the World Health Organization. He said in towns like Douala and Yaounde, the doctor-patient ratio does meet the WHO standard.*

*More than 500 medical doctors and 5.000 nurses are trained in Cameroon every year. But in 1996, when the economy worsened, the pay of doctors was reduced by 60 percent, to about \$300 per month, and many of them went abroad. Some still leave now, complaining of low pay.*

*In August, Cameroon reported that medical staff were fleeing hospitals in the troubled English-speaking regions after attacks left several nurses dead and many others wounded”.*

*De Europese Commissie erkent zelf dat: « Cameroon faces three humanitarian crisis on three fronts. The armed conflict in Nigeria and the Central African Republic (CAR) has resulted in a massive influx of refugees in regions that were already chronically vulnerable. In the Far North Region, the Minawao camp currently hosts around 57 000 Nigerian refugees. Furthermore, it is estimated that there are around 47 000 additional refugees outside the Minawao camp itself. Biometric registration of these out-of-camp refugees started in November 2018. Meanwhile, the total number of CAR refugees in the East Region in Cameroon currently stands at 257 000 people. Surveys show that refugees intend to stay in Cameroon as long as their home country remains marred by instability. Seventy percent of the refugees live among local communities, thereby increasing the pressure on access to basic services, such as healthcare or education, and local resources, such as firewood, water or land ».*

*In dezelfde zin wijst het CICR erop dat : « en 2017, les affrontements et violences dans les régions septentrionales et orientales du Cameroun se sont poursuivis. Selon l'office humanitaire de la communauté européenne (ECHO), le pays a accueilli environ 289 000 réfugiés dont 212 500 originaires de la République centrafricaine et 76 500 du Nigéria. La même source indique que près de 220 000 personnes déplacées internes ont été recensées. Ces populations qui ont fui leurs villages à cause de la violence, ont trouvé refuge pour la plupart au sein de communautés vulnérables. Cette situation pèse sur les ressources et les moyens de subsistance déjà limités des communautés hôtes. L'accès à la nourriture, à l'eau potable et aux soins de santé est très difficile ».*

*De situatie in de gezondheidssector is zo dramatisch dat de Wereldbank heeft besloten een programma te financieren ter verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor vluchtelingen en mensen die in arme gebieden in Kameroen wonen: « La salle d'accouchement délabrée d'un petit dispensaire situé au nord du Cameroun est sans électricité et jouxte un bloc sanitaire abandonné. Les lits censés accueillir les jeunes mères sont sales et inutilisables. « Nous manquons de tout : de personnel, de médicaments, de lits », explique Paul Korke, le directeur du dispensaire de ce village frontalier délabré. Le centre ne dispose que de deux infirmiers financés par l'État pour assurer la prise en charge des 30 à 50 femmes et enfants qui s'y rendent chaque jour, villageois ou réfugiés ayant fui la violence en République centrafricaine voisine. La pauvreté et le sous-développement de cette région défavorisée du Cameroun affectent tant les réfugiés que la population locale. La Banque mondiale, avec l'appui du HCR, a donc décidé d'apporter un soutien ciblé à ces régions sous-développées qui accueillent des réfugiés, destiné à améliorer les services sociaux et les infrastructures de base, et à élargir l'accès aux services de santé aux réfugiés et aux habitants les plus vulnérables ».*

*OSAR stelt de veroudering en het gebrek aan apparatuur, de ongelijke verdeling ervan en het gebrek aan onderhoud van de infrastructuur aan de kaak : « Manque d'équité dans l'accès aux soins de santé dû au manque d'équipements et à leur répartition inégale. Vétusté et manque d'entretien des infrastructures. Selon le Ministère de la santé, il existe un manque d'équité dans l'accès aux soins, un problème aggravé par l'absence d'une couverture sanitaire universelle. Il existe par ailleurs une importante disparité dans la couverture sanitaire des régions et des districts avec des infrastructures insuffisantes. Certaines structures médicales mises en place, comme par exemple les centres d'imageries médicales, ne fonctionnent souvent plus en raison d'un manque de maintenance (République du Cameroun, 11 janvier 2016). Selon l'INS, la population a un accès physique insuffisant aux soins de santé. Ceci est notamment dû à la répartition inégale des infrastructures et des équipements de santé, à leur vétusté et au manque d'entretien (République du Cameroun. 2016).*

*Accès aux soins de santé et aux médicaments limité par la pauvreté. Problèmes d'approvisionnement des médicaments essentiels. Selon France Info, la pauvreté - plus d'un tiers de la population vivant en*

dessous du seuil de pauvreté - limite l'accès aux soins et aux médicaments. Les prix élevés des médicaments encouragent les gens à se fournir dans la rue, avec les risques que cela implique en termes de qualité (France Info, 17 décembre 2017). D'après IOMS, outre de sérieuses lacunes au niveau du système d'information sanitaire, le système de santé souffre également de problèmes au niveau de l'approvisionnement de médicaments essentiels. La qualité des médicaments souffre également de l'absence d'une structure autonome de régulation du secteur pharmaceutique. Selon l'OMS, 97 pourcents des dépenses des ménages dans le secteur de la santé sont constitués par les paiements directs au point de contact (OMS, mai 2018). En 2016, le Ministère de la santé estimait ce pourcentage à 95 pourcents (République du Cameroun, 11 juin 2016) ».

Ten slotte, met betrekking tot de zuidwestelijke regio van Kameroen in het bijzonder (waar verzoeker vandaan komt):

- UNOCHA, « Aperçu des besoins humanitaires 2019 - Cameroun », januari 2019 (beschikbaar op : [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/cmr\\_hno\\_2019\\_vf\\_light.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/cmr_hno_2019_vf_light.pdf)): « Dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, l'insécurité a réduit l'accès aux services de santé de base pour environ 523 000 personnes. De nombreuses formations sanitaires ne sont plus fonctionnelles (destruction ou abandon des structures sanitaires par le personnel de santé) tandis que les mouvements de population, l'afflux massif de blessés suite aux différents conflits armés et les attentats ainsi que les épidémies ajoutent une pression supplémentaire sur des services de santé qui étaient déjà dépassés. Les données de la crise dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest pour laquelle une évaluation multisectorielle a été menée montre une population très affectée avec des nombreux gaps en terme de réponse pour la plupart liés aux difficultés d'accès, (p. 38) (...)

S'agissant de l'accès aux soins de santé essentiels, la situation est très préoccupante dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest du fait de la crise. En effet, la baisse de la confiance des populations déplacées internes vis-à-vis des structures gouvernementales et l'insécurité persistante amènent les acteurs du secteur santé à mettre en place les stratégies spéciales pour atteindre les bénéficiaires et leur apporter les soins de santé essentiels. A cet effet, il est indispensable de dérouler le dispositif d'urgence en santé de la reproduction (DMUSR). Les activités life-saving qui seront menées dans ce sens permettront la prévention de la surmortalité et la sur morbidité maternelles et néonatales liées à la crise, la diminution de la transmission du VIH et des 1ST, et la prise en charge médicale (et psychosociale) des survivantes des violences sexuelles. Enfin, il est urgent d'assurer une disponibilité permanente en médicaments aux personnes déplacés internes souffrant d'affections chroniques (VIH, tuberculose, diabète, etc.) qui n'ont plus accès au système de santé ordinaire ». (p. 39).

- UNOCHA, « Bulletin humanitaire Cameroun », N°10. april-mei 2019 (beschikbaar op : [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/cmr\\_monthly\\_humanitarian\\_bulletin\\_ndeg10\\_may\\_2019.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/cmr_monthly_humanitarian_bulletin_ndeg10_may_2019.pdf)): « La situation humanitaire dans les régions du Nord- Ouest et du Sud-Ouest s'est détériorée ces derniers mois. (...) Dans le domaine de la nutrition, il y a très peu de partenaires de mise en oeuvre dans certains départements et la qualité des soins s'est fortement dégradée à cause des faiblesses du système de santé (chaîne d'approvisionnement, ressources humaines, formations) et de collecte des données (qualité, promptitude et complétude). (..) Dans le domaine de la santé, les attaques contre le personnel médical et les infrastructures sont également devenues une caractéristique nouvelle et troublante du conflit avec 70 incidents signalés depuis 2018, y compris le meurtre de deux infirmières. Au moins 40 % des infrastructures de santé ont été détruits et 60% sont partiellement fonctionnels. Le secteur de la santé relève un très faible taux de transmission des informations avec moins de 20% de complétude et de transmission des rapports épidémiologiques ».

- UNOCHA. « Cameroon : North-West and South-West », Situation Report No. 05, 31 maart 2019 (beschikbaar op: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/69501>) : « Health service delivery continues to be significantly affected by the ongoing conflict in the NW and SU/ regions of Cameroon Sporadic confrontations between the opposing forces, long periods of shut downs, and attacks on health facilities greatly affect the availability and utilization of the operational health institutions ». (p. 5)

• Aangaande de beschikbaarheid van de specifieke zorgen die Meneer A. nodig heeft

Ten eerste volgens de ambtenaar-geneesheer van de verwerende partij: "Escitalopram is niet beschikbaar maar kan vervangen worden door één van de analogen van dezelfde familie zoals Citalopram, Fluoxetine, Paroxetine of Sertraline, Prazepam als anxiolyticum kan vervangen worden door Alprazolam of Lorazepam" (medisch advies, p.2).

*De door de ambtenaar-geneesheer voorgestelde alternatieve geneesmiddelen werden echter nooit op de patiënt uitgeprobeerd en zijn lichaam kan ze misschien niet verdragen. In zijn arrest nr. 192.775, oordeelde uw Raad dat: « la formulation de l'avis du médecin fonctionnaire, rendu en l'espèce, ne permet pas de comprendre sur quels constats il se fonde pour conclure que le traitement prescrit par le médecin spécialisé de la requérante peut être, par exemple, remplacé par la « nevirapine ». (...) Dès lors, il n'est nullement permis de s'assurer de la disponibilité du traitement requis dans la mesure où le Conseil ne peut déterminer si le traitement indiqué peut remplacer le traitement prescrit par le médecin spécialisé de la requérante » (arrest nr 192.775 van 28 september 2017).*

*Op dezelfde manier, volgens Uw Raad:« 3.1 [...] l'affirmation du médecin conseil de la partie défenderesse selon laquelle « aucune étude n'a pu démontrer le bien-fondé de cette exigence » qui se rapporte à la conclusion que le traitement du premier requérant est « non modifiable et non substituable » posée par son psychiatre, est péremptoire comme le constatent les requérants en termes de requête, le médecin conseil n'avançant pas de source qui établirait le caractère substituable des médicaments prescrits, et insuffisante au regard de la gravité des troubles qui affectent le premier requérant et de l'ampleur de sa médication.(...) Par ailleurs, la partie défenderesse objecte également que « La demande d'autorisation de séjour ne justifie pas que les médicaments du premier requérant pourraient lui être administrés, à l'exclusion de tout équivalent, soit en quoi, in concreto, une substitution dans une même classe thérapeutique pourrait lui être réellement préjudiciable. En effet, s'agissant de la mention « traitement médicamenteux non modifiable non substituable » figurant dans le certificat médical type fourni par le requérant, [elle] avait pu observer que cette réserve n'était aucunement objectivée, de sorte qu'à défaut d'indications plus précises, le fonctionnaire médecin a pu valablement préconiser le remplacement de certains médicaments par d'autres du même groupe, ayant le mérite d'être disponibles dans le pays d'origine », argumentaire qui s'apparente en réalité à une tentative de motivation a posteriori et qui n'est pas de nature à pallier la motivation insuffisante de l'acte entrepris » (RvV - arrest nr. 178.215 van 23 november 2016).*

*Deze redenering is in dit geval volledig van toepassing, aangezien de ambtenaar-geneesheer op geen enkel moment de mogelijkheid en effectiviteit van een dergelijke vervanging van het geneesmiddel heeft aangetoond. Bijgevolg heeft de verwerende partij haar zorgvuldigheidsplicht geschonden door na te gaan of er een medische behandeling beschikbaar was die niet overeenkwam met die van verzoeker, zonder ervoor te zorgen dat een wijziging van zijn behandeling passend zou zijn.*

*Ten tweede voor Meneer A. is een regelmatige opvolging in cardiologie, urologie, psychotherapie en neurologie essentieel. Uit verschillende bronnen blijkt echter dat er in Kameroen een groot gebrek is aan artsen die gespecialiseerd zijn in deze verschillende sectoren:*

*- OSAR, « Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée », 15 februari 2019 (beschikbaar op: <https://www.osar.ch/assets/herkunftslaender/afnka/kamerun/190215-kam-accessoins-medicaux.pdf>):« Très faible nombre de neurologues au Cameroun. Selon Esther Cubo, une neurologue espagnole la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne comptent moins de un neurologue pour un million d'habitants et manquent également de personnel médical qualifié (Esther Cubo et al., 24 janvier 2017). Ce chiffre est confirmé par le professeur Amadou Gallo Diop, chef du département de neurologie de l'hôpital universitaire de Fann au Sénégal, cité par le Journal du Cameroun. Selon le professeur, le standard de l'OMS est de un spécialiste pour 50 000 habitants (Journal du Cameroun, 26 juillet 2018). Selon le courriel, daté du 2 février 2019. D'une personne de contact de l'OSAR qui travaille dans le département de neurologie d'un hôpital à Yaoundé (personne de contact A), il y a aujourd'hui cinq neuropédiatres qui exercent au Cameroun, dont quatre à Yaoundé et un à Douala. Un-e seul-e exerce exclusivement dans le privé, les quatre autres exerçants dans le public mais aussi à temps partiel dans le privé. Le prix d'une consultation varie entre 3 300 francs CFA en hôpital public et 16 400 francs en cabinet privé, ou entre 5,6 et 28 francs suisses ».*

*- Ministère de la Santé Publique - République du Cameroun. « Stratégie sectorielle de santé 2016-2027 » (beschikbaar op: [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cameroun/cameroun\\_-\\_sss\\_validee\\_par\\_le\\_ccss\\_5\\_janvier.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cameroun/cameroun_-_sss_validee_par_le_ccss_5_janvier.pdf)): « L'analyse des capacités de lutte contre les maladies cardiovasculaires révèle des insuffisances dans le domaine des ressources humaines, des infrastructures et des équipements malgré les efforts consentis par le Gouvernement et les acteurs du sous-secteur privé (centres d'imagerie dans chaque région, centres de chirurgie cardiaque, etc.). Pour ce qui est de la prévention proprement dite, les activités (sensibilisation, éducation et dépistage) sont surtout menées par les sociétés savantes (Société Camerounaise de Cardiologie, Société Camerounaise de diabétologie) et les organisations de la société civile (CAMHEF, ACADIA). Ces*

associations développent également des partenariats avec des entreprises du secteur privé pour la mise en oeuvre des activités suscitées. Toutefois, les interventions de ces acteurs sont faiblement suivies et coordonnées. (p. 18) (...)

Au niveau opérationnel (district de santé), la qualité de la prise en charge des affections cardiovasculaires est très souvent limitée du fait de l'indisponibilité des guides nationaux de prise en charge. A cela s'ajoute l'insuffisance des plateaux techniques adéquats ». (p. 45)

- France Info - Afrique. « Maladies du coeur Hécatoombe en Afrique, deux spécialistes donnent l'alerte » 19 oktober 2017 (beschikbaar op: [https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-afncaine/maladies-du-coeurhecatoombe-en-afrique-deux-specialistes-donnent-lalerte\\_3058773.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-afncaine/maladies-du-coeurhecatoombe-en-afrique-deux-specialistes-donnent-lalerte_3058773.html)): « A l'exception des pays du Maghreb qui ont fait de réels progrès dans ce domaine, c'est toute l'Afrique subsaharienne qui est menacée, confie le cardiologue ivoirien à Géopolis Afrique. Des milliers de gens disparaissent dans la fleur de l'âge, entre 40 et 50 ans. Et cela ne semble pas devoir s'arrêter.

Son collègue camerounais, le docteur Daniel Lemogoum fait le même constat. Professeur de cardiologie et praticien en Belgique, il est aussi président de la Fondation camerounaise du coeur. Avec ses collaborateurs, il a mené des études poussées sur les ravages des maladies cardio-vasculaires dans son pays. Le bilan est lourd: entre 17 000 et 20.000 morts par an.

« Depuis quelques années, c'est l'explosion. Et je pèse mes mots. Ces maladies gagnent du terrain et font de plus en plus de morts. Le taux des infarctus qui conduisent aux arrêts cardiaques et aux morts subites sont en croissance exponentielle dans les pays africains ».

Selon l'OMS, il y a chaque minute 60 cas d'AVC (accident vasculaire cérébral) dans le monde dont les trois quarts surviennent dans les pays dits en développement, essentiellement en Afrique. Le continent compte un million de morts par an, précise le professeur Daniel Lemogoum (...)

Le professeur Lemogoum rappelle que pendant des années, priorité a été donnée aux maladies infectieuses, puis au sida. Et que les maladies du coeur ont surpris tout le monde. Il faut, dit-il, construire les infrastructures nécessaires et former des médecins-cardiologues. Aujourd'hui, le Cameroun comme la Côte d'Ivoire disposent à peine d'une soixantaine de cardiologues pour une population de 25 millions d'habitants. On est en déficit partout en Afrique, se désole-t-il. Les deux cardiologues mettent en garde les pouvoirs publics: si rien n'est fait, on va tout droit dans le mur, affirment-ils ».

- Jeune Afrique. « Video - Au Cameroun, on pallie le manque de cardiologues avec le Cardiopad », 23 juin 2017 (beschikbaar op: <https://www.ieuineafrique.com/448942/societe/video-cameroun-on-pallie-manque-decardiologues-cardiopad/>): « Au Cameroun alors que les cardiologues se font rares, une nouvelle innovation a récemment pointé le bout de son nez. Le Cardiopad, un petit appareil fort utile pour certains centres hospitaliers dépourvus de praticiens. (...) Dans le centre de santé de Mbankomo, au sud-ouest de Yaoundé, des analyses cardiaques sont réalisées sans cardiologue ! (...) Un outil utile lorsqu'on sait qu'au Cameroun, on recense une soixantaine de cardiologues pour environ 22 millions d'habitants. Parfois à plusieurs centaines de kilomètres du patient, le cardiologue reçoit l'électrocardiogramme, interprète les résultats, émet un diagnostic et renvoie au malade, sur son téléphone, les prescriptions et précautions que ce dernier doit suivre ».

- Fistula Foundation. Cameroon (beschikbaar op: <https://www.fistulafoundation.org/countries-we-help/republic-of-cameroon/>): « Dr. Danki Sillong is the only trained urologist and fistula surgeon in northern Cameroon, which boasts a population of close to 9.000.000 ».

- BIMEHC, « Santé mentale au Cameroun » (beschikbaar op: [http://bimehc.org/BIMEHC\\_Babungo\\_Integrated\\_Mental\\_Health\\_Care/la\\_santé\\_ment\\_ale.html](http://bimehc.org/BIMEHC_Babungo_Integrated_Mental_Health_Care/la_santé_ment_ale.html)): les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques sont présentes dans toutes les régions du monde, dans toutes les communautés et tranches d'âge, indépendamment du niveau de vie de leurs pays. Alors que 14% de la charge mondiale de morbidité est attribuée à ces troubles, la plupart des personnes affectées - 75% d'entre elles vivent dans les pays à faible revenu - ne peuvent accéder au traitement dont elles ont besoin, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Malheureusement, le Cameroun ne fait pas l'exception et il n'y a que peu de psychiatres (quatre actifs) qui travaillent dans les établissements de santé mentale publiques et prennent en charge des malades mentaux (Hôpital Jamot Yaoundé et hôpital Laquintinie de Douala).

*Dans presque toutes les régions; les unités de santé mentale dans les hôpitaux régionaux ne sont pas fonctionnelles en raison du manque de personnel spécialisé. Prêtres, pasteurs et tradipraticiens tentent de combler cette lacune et soignent les malades mentaux; souvent en vain ».*

*Ten derde met betrekking tot de psychiatrische zorg merkt de ambtenaar-geneesheer op dat « de psychiatrische zorg nog niet volledig is uitgebouwd in Kameroen. Wel kan hij beroep doen op zorg in privé-instellingen zoals daar zijn de zusters van het Heilig Hart, Mental Health Centre 'Saint Benedict Menni' in Douala en Yaoundé die naast medische diensten ook de nodige medicatie verschaffen aan gunstige prijzen voor de armen. In Mbam is er een gelijkaardige organisatie van een Italiaanse congregatie die dezelfde zorgen aanbiedt » (p. 3).*

*Inderdaad volgens de bovengenoemde Stratégie sectorielle de santé 2016-2027 (beschikbaar op : [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cameroon/cameroon\\_-\\_sss\\_validee\\_par\\_le\\_ccss\\_5\\_janvier.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cameroon/cameroon_-_sss_validee_par_le_ccss_5_janvier.pdf)): « La prise en charge des maladies mentales n'est pas suffisamment assurée. Toutefois, il existe deux centres spécialisés avec des plateaux techniques adéquats pour la prise en charge des maladies mentales (Hôpital Jamot de Yaoundé et Hôpital Laquintinie de Douala). A l'échelle nationale, le nombre de psychiatres et autres professionnels de la santé mentale est insuffisant. Les populations ont souvent, pour des raisons socio culturelles et économiques, recours aux services de la médecine traditionnelle ou à d'autres types de soins. L'absence d'un plan stratégique national intégré de santé mentale au Cameroun ne permet pas d'organiser et de coordonner de manière efficace la prise en charge des cas ». (p. 25)*

*Volgens the Pacific Prime Simplifying Insurance: « Private healthcare is also available in Cameroon, however, patients are expected to pay for all medical services used in private medical facilities, and the cost of treatment can be much higher than with equivalent procedures obtained through the public sector. As such, only people who can afford private healthcare are entitled to services from this sector. Cameroon Health insurance is almost non-existent within the country, and finding adequate levels of private coverage has proven to be a concern for the local population. Generally, the patient and his family members are responsible for the cost of all medical treatments This often leaves families with huge debts and to bear heavy financial burdens and the consequences can be very severe.*

*The lack of medical professionals is a major problem in Cameroon healthcare. The causes for shortages of health workers include low salaries unsatisfactory working conditions, heavy workload, insufficient training capacities, lack of career advancement and promotion and lack of adequate drugs and equipment, these factors have forced some doctors to relocate to other countries to work.*

*In summary, the medical facilities in Cameroon are limited. Even in large cities, emergency care and hospitalisation for major illnesses and surgery are restricted by the lack of trained medical specialists, outdated diagnostic equipment, and poor sanitation. The quality of healthcare in Cameroon is much lower than the standards in most western nations. Moreover, corruption in Cameroon s public hospitals is severe. If you are looking for peace-of- mind knowing that medical costs will be covered in case of an accident or illness for yourself and your family while travelling to Cameroon, purchasing a comprehensive travel insurance or an expat medical insurance plan will be the optimal solution for you. This will cover any overseas medical costs, including medical evacuation in the event of a serious illness or accident » (The Pacific Simplifying Insurance, « Cameroon Medical Insurance », beschikbaar op <https://www.pacificprime.com/country/africa/cameroon-health-insurancepacific-prime-international/>).*

*Ten slotte uit de MedCoi-aanvraagen blijkt dat de zorg in cardiologie, neurologie, urologie en psychiatrie uitsluitend in Yaoundé of Douala beschikbaar zou zijn. Meneer A. is geboren in Eyanchang. Het is een dorp gelegen in de gemeente Mamfe, behorend tot het departement Manuy in de zuidwestelijke regio van Kameroen (<http://foretcommunalecameroun.org/divisionAdministrative.asp?p=3&d=46&c=317#mairie> - stuk 3). Het duurt echter minimaal 8u47 om vanuit zijn dorp van herkomst naar Yaoundé te komen ([https://www.google.be/maps/dir/Mamfé,+Cameroun/Yaounde.+Cameroun/@4.7564157,9.869167,9z/data=!3m1!4b1!4m14!4m13!1m5Mm1!1sOx105e84650adbdc25:0x708117783e0eadbf!2m2!1d9.3146014!2d5.751f52511m5Mm1!1sOx1061128be2e1fe6d:0x92daa1444781c48b!2m2!1d9.7678687!2d4.0510564!3e0](https://www.google.be/maps/dir/Mamfé,+Cameroun/Yaounde.+Cameroun/@4.7564157,9.869167,9z/data=!3m1!4b1!4m14!4m13!1m5Mm1!1sOx105e84650adbdc25:0x708117783e0eadbf!2m2!1d9.3146014!2d5.751f52511m5!1m1!1sOx108bcf7a309a7977:0x7f54bad35e693c512m2!1d11.5020752!2d3.8480325!3e0) - stuk 4), en minimaal 5u30 om naar Douala te komen (<https://www.google.be/maps/dir/Mamfé,+Cameroun/Douala,+Cameroun/@4.8980824,8.966169,9z/data=!3m1!4b1!4m14!4m13!1m5!1m1!1sOx105e84650adbdc25:0x708117783e0eadbf!2m2!1d9.3146014!2d5.751152511m5Mm1!1sOx1061128be2e1fe6d:0x92daa1444781c48b!2m2!1d9.7678687!2d4.0510564!3e0> - stuk 5). Het is niet mogelijk om er met het openbaar vervoer te komen. Als gevolg daarvan is de gezondheidszorg die Meneer A. nodig heeft niet echt beschikbaar voor hem.”*

Uit het betoog blijkt dat de verzoekende partij niet weerlegt dat de nodige zorgen en medicatie die zij behoeft voorhanden is in Yaounde. Waar de verzoekende partij laat uitschijnen dat zij zich aldaar niet kan vestigen, is dit weerlegd in het arrest nr. 261 392 van de Raad (zie punt 2.). De verzoekende partij toont geenszins aan dat Yaounde, gelegen in het Franstalig gebied en hoofdstad van Kameroen, niet een vestigingsalternatief is voor haar en dat aldaar geen zorgen en medicatie beschikbaar zijn.

De Raad bevestigde de volgende motieven van de commissaris-generaal in haar arrest nr. 261 392:

*“Uit een grondige analyse van de actuele veiligheidssituatie in Kameroen (zie **COI Focus “Cameroun. La crise anglophone. Situation sécuritaire.”** dd. 1 oktober 2019 (update), beschikbaar op [https://www.cgvs.be/sites/default/files/rapporten/coi\\_focus\\_cameroun.\\_la\\_crise\\_anglophone.\\_situation\\_securitaire.pdf](https://www.cgvs.be/sites/default/files/rapporten/coi_focus_cameroun._la_crise_anglophone._situation_securitaire.pdf) of <https://www.cgvs.be/nl> en **COI Focus “Cameroun. La crise anglophone. Situation des anglophones.”** dd. 15 mei 2019) blijkt dat Kameroen momenteel getroffen wordt door de zogenaamde “Engelstalige crisis”. Het gaat hierbij echter om **een gelokaliseerd conflict** dat zich in hoofdzaak beperkt tot de Engelstalige regio’s North West en South West. Uit de informatie blijkt duidelijk dat er fundamentele verschillen tussen de veiligheidssituatie in Franstalig Kameroen en deze in Engelstalig Kameroen.*

*Het Commissariaat-generaal benadrukt voorts dat uit artikel 48/5, § 3 van de Vreemdelingenwet volgt dat er geen behoefte aan bescherming is indien er in een deel van het land van herkomst geen gegronde vrees voor vervolging of geen reëel risico op ernstige schade bestaat, en indien van de verzoeker redelijkerwijze kan worden verwacht dat hij in dat deel van het land blijft. Hierbij geldt als voorwaarde dat de verzoeker op een veilige en wettige manier kan reizen naar en zich toegang kan verschaffen tot dat deel van het land. In casu is het Commissariaat-generaal is van oordeel dat u zich aan de bedreiging van uw leven of persoon als gevolg van de veiligheidssituatie in uw regio van herkomst kan onttrekken door zich in Franstalig Kameroen te vestigen, waar u over een veilig en redelijk vestigingsalternatief beschikt.*

*Niettegenstaande het conflict een grote impact heeft op de bewegingsvrijheid van de bewoners van de Engelstalige zone van het land, onder meer door de ghost town operaties en de vele check points van zowel de Kameroense autoriteiten als van de separatisten, blijkt evenwel dat het mogelijk is om zich van de Engelstalige naar de Franstalige regio van het land te verplaatsen. Bovendien is de Franstalige regio van Kameroen bereikbaar via de internationale luchthavens van Douala en Yaoundé.*

*Wat de veiligheidssituatie in **de Franstalige regio** van Kameroen betreft, dient te worden vastgesteld dat het conflict naar aanleiding van de Engelstalige crisis zich sinds de zomer van 2018 heeft uitgebreid naar andere delen van Kameroen, maar dit in eerder geringe mate. Zo is er sprake van een twintigtal incidenten in de Franstalige regio’s Ouest en Littoral. Uit de informatie blijkt echter duidelijk dat het geweld naar aanleiding van de Engelstalige crisis in het Franstalige gedeelte thans eerder beperkt is, niet algemeen verspreid, noch dermate willekeurig dat er kan gesteld worden dat een burger louter door zijn aanwezigheid aldaar een reëel risico loopt op de in artikel 48/4 §2 c) van de Vreemdelingenwet bedoelde ernstige bedreigingen.*

*De situatie in het Franstalige gedeelte van Kameroen beantwoordt dan ook niet aan de criteria van artikel 48/4, § 2, c) van de Vreemdelingenwet dat beoogt bescherming te bieden in de uitzonderlijke situatie dat de mate van willekeurig geweld in het aan de gang zijnde gewapend conflict in het land van herkomst dermate hoog is dat zwaarwegende gronden bestaan om aan te nemen dat een burger die terugkeert naar het betrokken land, in voorkomend geval, naar het betrokken gebied, louter door zijn aanwezigheid aldaar een reëel risico loopt op de in voornoemd artikel van de Vreemdelingenwet bedoelde ernstige bedreiging.*

*Verder blijkt uit de door het CGVS gehanteerde informatie dat duizenden Engelstaligen toevlucht zoeken tot de Franstalige regio’s, waar ze worden opgevangen door Engelstalige families en ze ook van de gastvrijheid van Franstalige Kameroeners kunnen genieten. Het merendeel van hen zet kleine handelszaken op. De grootschalige verplaatsingen van de bevolking uit Engelstalig Kameroen brengt weliswaar een grote druk teweeg op de Franstalige zone, die onder andere heeft geleid tot de ontwikkeling van prostitutie en een groot aanbod aan goedkope werkkrachten in de Franstalige steden. Daarnaast zijn er Engelstalige scholieren en studenten die zich inschrijven in middelbare scholen, colleges en universiteiten in Franstalig Kameroen. In Douala en Yaoundé zijn er wijken met een grote Engelstalige aanwezigheid. Niettegenstaande er in deze wijken soms sprake is van periodes van spanning, met razzia’s, identiteitscontroles, arrestaties, ..., blijkt uit het geheel van de informatie evenwel dat er geen sprake is van een systematische vervolging door de Kameroense overheid van Engelstalige Kameroeners in Franstalig Kameroen, louter omwille van het feit Engelstalig te zijn.*

*Derhalve dient nog onderzocht te worden of u over een redelijk intern vestigingsalternatief beschikt in Franstalig Kameroen. Rekening houdend met uw persoonlijke omstandigheden kan van u redelijkerwijs verwacht worden dat u zich in Franstalig Kameroen vestigt.*

**Op basis van uw profiel dient te worden besloten dat u in staat bent zich in een ander deel van Kameroen te vestigen. U getuigde doorheen uw levensloop van een grote zelfstandigheid en van de capaciteiten om zich op een u onbekende plaats te integreren in de gemeenschap. Zo was u reeds op jonge leeftijd in staat om uw leven in eigen handen te nemen en op eigen initiatief zich in een andere regio te vestigen, dit alleen omdat u een beter leven voor zichzelf wou uitbouwen. U verhuisde namelijk van Mamfe naar Muyuka om er een zaak op te zetten. U kocht er eveneens een eigen stuk landbouwgrond. U deed dit zonder enige dringende reden, louter omdat u voor zichzelf wou instaan (CGVS p.6). U had er weliswaar een neef wonen maar men kan aannemen dat ondertussen, op uw leeftijd en met uw eerdere ervaringen, het voor u mogelijk is om zich ergens te vestigen waar u over een beperkter netwerk zou beschikken. Vervolgens ging u als missionaris naar verschillende voor u onbekende plaatsen om er een kerk te stichten. U geeft zelf aan over de nodige vaardigheden te beschikken om overal dergelijke activiteiten te kunnen uitbouwen (CGVS p.7). Zodoende zou u ook nu in staat moeten zijn zich elders in het land te vestigen. Bovendien blijkt uit uw verklaringen dat u daar eveneens de nodige financiële middelen toe heeft. U heeft een eigen boerderij en zaak in Muyuka. In uw afwezigheid stelde u zelf mensen tewerk op deze boerderij (CGVS p.7-8). **Hieruit volgt dat kan aangenomen worden dat u over voldoende kapitaal beschikt om zich ook elders te vestigen.****

Bovendien blijkt eveneens uit het feit dat u in staat was een opleiding van zes maanden in de Verenigde Staten te volgen en uit het gegeven dat u verantwoordelijk was voor de kinderen van uw broer dat u daar de nodige middelen en verantwoordelijkheidszin toe heeft. U geeft daarbij zelf aan over voldoende inkomen te beschikken om voor hen in te staan (CGVS p.7). Hieruit komt dan ook naar voren dat het niet onredelijk is van u te verwachten zich elders in Kameroen te vestigen. Wanneer u deze optie wordt voorgelegd geeft u aan dat u niemand heeft om u op te vangen in Franstalig Kameroen en dat u er niet heen wilt (CGVS p.28). Wanneer u verder wordt gevraagd wat het voor u moeilijk zou maken om zich in Franstalig Kameroen te vestigen komt u niet verder dan te verwijzen naar de vervolgingsfeiten die u aanhaalde (CGVS p.29). Zoals hierboven uitvoerig beargumenteerd werden deze echter niet geloofwaardig bevonden zodat kan worden aangenomen dat u in staat bent zich aldaar te vestigen zonder dat dit verregaande inspanningen van u eist of dat u riskeert er in een precarie situatie terecht te komen.

Gelet op bovenstaande vaststellingen stelt het Commissariaat-generaal vast dat, daargelaten de huidige situatie in uw regio van herkomst, u in Franstalig Kameroen over een veilig en redelijk intern vluchtalternatief beschikt in de zin van artikel 48/5, § 3 van de Vreemdelingenwet. U toont geenszins het tegendeel aan.”

De verwijzingen naar informatie over andere regio's is niet dienstig en niet meer actueel.

Voorts staat het de arts-adviseur vrij alternatieve analoge geneesmiddelen voor te stellen die wel voorhanden zijn. Het gegeven dat de verzoekende partij deze nooit heeft uitgetoetst en zij deze misschien niet kan verdragen, wordt door geen enkel objectief element ondersteund. Onder de stukken waar de arts-adviseur gebruik van maakte, bevindt zich ook de uitleg waarom 'escitalopram' kan vervangen worden door een andere selectieve serotonine-heropnameremmer en wordt gesteld dat er geen op evidentie gebaseerde argumenten bestaan om een voorkeur te geven aan een bepaalde molecule, uitleg niet weerlegd door de verzoekende partij.

Ook deze grief mist grond.

De Raad herhaalt dat alle specialisten en dus de zorg in cardiologie, neurologie, urologie en psychiatrie aanwezig is in Yaounde en al werd vastgesteld dat er geen beletsel is, minstens toont de verzoekende partij het bestaan van een beletsel niet aan, gebruik te maken van het alternatief vluchtalternatief aldaar. De adressen die worden vermeld voor de beschikbaarheid van de zorgen (MedCOI-documenten) betreffen geen privé-zorgverlening, maar een publieke.

De arts-adviseur stelt correct en kennelijk redelijk:

“2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond: Escitalopram is niet beschikbaar maar kan vervangen worden door één van de analogen van dezelfde familie zoals Citalopram, Fluoxetine, Paroxetine of Sertraline, Prazepam als anxiolyticum kan vervangen worden door Alprazolam of Lorazepam, Chloorthiazide, Nebivolol en Amlodipine zijn beschikbaar.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de zorg die betrokkene een man van heden 59 jaar afkomstig uit Kameroen verzekerd is in het thuisland:

- De medische omkadering door cardiologen, neurologen en urologen en de huisarts is beschikbaar

- De noodzakelijke medicatie ondervorm van Citalopram, Paroxetine, Fluoxetine, Sertraline, Lorazepam, Alprazolam, Nebivolol, hydrochloorthiazide en Amlodipine is beschikbaar.

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

Wat de eventuele corruptie en het beroep dat de verzoekende partij dient te doen voor wat de psychiatrische hulp betreft, weerlegt de verzoekende partij niet de volgende vatsstellingen van de arts-adviseur:

*“Betrokkene legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in zijn land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Bovendien verblijven ook de echtgenote, een meerderjarige zoon en broers en zussen van betrokkene nog in het herkomstland. Het is niet onwaarschijnlijk dat betrokkene op zijn familieleden kan terugvallen voor (tijdelijke) hulp bij de noodzakelijke zorgen.*

*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 doe! 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.”*

Er blijkt niet dat de verzoekende partij nood heeft aan een opname voor haar psychisch probleem. Wat dit betreft, merkt de Raad op dat in het arrest nr. 261 392 werd vastgesteld:

*“De commissaris-generaal past het principe van een intern vestigingsalternatief slechts toe wanneer er in concreto wordt vastgesteld dat de verzoeker over een reëel verblijfsalternatief beschikt elders in Kameroen.*

*In navolging van verweerder dient opgemerkt dat verzoeker er niet in slaagt om in concreto aan te tonen dat wat hem betreft een hervestiging in Franstalig Kameroen niet redelijk zou zijn. Waar verzoeker zijn “extreme kwetsbaarheid” omwille van zijn medische en psychische problemen aanhaalt, dient hernomen dat verzoeker geenszins op afdoende wijze aantoonde dat hij op heden nog steeds aan ernstige medische problemen lijdt die hem zouden verhinderen om zich in Franstalig Kameroen te vestigen.*

*Verzoeker laat na enig actueel medisch attest bij te brengen, noch toont hij aan dat de door hem aangehaalde medische aandoeningen van dien aard zouden zijn dat hij niet kan worden geacht om elders in Kameroen een bestaan uit te bouwen. Het voorgaande geldt eveneens voor de door hem aangehaalde psychische problemen. Naast de opmerkingen aangaande het enige attest dat verzoeker dienaangaande heeft neergelegd, dient vastgesteld te worden dat verzoeker geen enkel actueel psychomedisch attest neerlegt waarin zijn huidige psychische toestand op afdoende wijze wordt beschreven.*

*Bovendien dient gewezen op het feit dat verzoeker zelf zijn medische en/of psychische toestand niet aanhaalde als reden waarom hij zich niet zou kunnen vestigen in Franstalig Kameroen (notities van het persoonlijk onderhoud, p. 28-29).*

*De verwijzingen in het verzoekschrift naar informatie die louter algemeen is van aard en geen betrekking heeft op verzoekers persoon, is onvoldoende om aan te tonen dat in hoofde van verzoeker een hervestiging onredelijk is.”*

De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat de arts-adviseur op kennelijk onredelijke wijze vaststelde dat de verzoekende partij beroep kan doen op haar familie om haar desgevallend tijdelijk financieel bij te staan voor haar medicatie. De verzoekende partij toont evenmin aan dat zij arbeidsongeschikt is en de medicatie die zij behoeft niet betaalbaar zou zijn of dat zij geen beroep kan doen op het private instituut “Soeurs Hospitalières te Yaounde” (voetnoot 311 in country fact sheet in administratief dossier), zijnde het center “Saint Benoit Menni”.

Bovendien weerlegt de verzoekende partij niet dat zij geen beroep kan doen op het Mental Health Center “Saint Benoit Menni” die aan betaalbare prijzen voor arme mensen consultaties en medicatie



geven aan personen met neurologische en psychiatrische problemen (pag 58 *country fact sheet* documentatie in administratief dossier).

Evenmin blijkt dat de gehanteerde prijzen voor de opvolging die de verzoekende partij behoeft, omkadering door cardiologen, neurologen en urologen en de huisarts, onmogelijk voor haar zijn. In het administratief dossier en meer bepaald in de *country factsheet* worden deze concreet weergegeven en wordt ook het minimumloon concreet weergegeven. Een vergelijking tussen beide maakt dat opvolging betaalbaar is, zelfs met een minimumloon (pagina 15 e.v.) van 32000 FCFA, zelfs 36270 FCFA volgens wat de verzoekende partij weergeeft. Evenmin blijkt dat de verzoekende partij veel opvolging nodig heeft: dit blijkt niet uit de medische stukken die zij overmaakte voor het nemen van de bestreden beslissing. De verzoekende partij toont niet aan dat zij in een situatie terecht zou komen dat zij slechts 13800 FCFA zou verdienen.

3.7. De verzoekende partij heeft kritiek op de motieven die de toegankelijkheid van de nodige medische zorgen betreffen.

Zij licht toe:

*“toegankelijkheid van de nodige behandeling in Kameroen*

*Ten eerste in zijn medisch advies zegt de ambtenaar-geneesheer niet dat Meneer A. financiële steun van de Kameroense autoriteiten zal krijgen om zijn medische kosten te betalen. Inderdaad zoals reeds uitgelegd in het regularisatie aanvraag, bekritisieren sommige bronnen het feit dat een zeer klein percentage van de Kameroense bevolking sociale bescherming geniet:*

- « *Cameroun Doctors overwhelmed with patients* » (25 november 2018): *“He said while only 15 to 20 percent of Cameroonians go to conventional health centers, the acute shortage of medical doctors, trained nurses and laboratory technicians means not all of them can be attended to He said with the lack of universal health coverage plans, sick people, who are quite often the very poor, cannot pay their hospital bills and resort to Cameroon traditional medicine, some of which is not scientifically proven to be effective”.*

- OSAR, « *Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée* », 15 februari 2019 (beschikbaar op: <https://www.osar.ch/assets/herkunftslaender/afrika/kamerun/190215-kam-accessoins-medicaux.pdf>): *« Des soins spécialisés onéreux et des services souvent sous-équipés. Selon l'OMS, le système de santé du Cameroun se caractérise par des coûts très élevés pour des soins médicaux spécialisés (OMS, mai 2018). Selon le Ministère de la santé, parfois les services spécialisés existent, mais ils sont mal équipés. Les maladies respiratoires chroniques peuvent par exemple en principe être prises en charge dans les hôpitaux de 1ère et de 2ème catégorie, mais dans bien des cas, les équipements ou médicaments font défaut ou sont insuffisants (République du Cameroun, 11 janvier 2016). D'après des chiffres disponibles sur le site du Ministère de la santé, il existe un total de 626 médecins spécialisés au Cameroun. Sur ce total, on trouve 63 pédiatres, onze pneumologues, 15 neurologues et un seul neuro - pédiatre (Ministère de la santé, pas de date).(...)*

*Seuls sept à 10 pourcents de la population est couverte par le système public de sécurité sociale qui n'offre qu'une couverture limitée. Selon le dernier rapport de la Bertelsmann Stiftung, les mesures mises en place par l'État pour limiter et atténuer les risques sociaux sont limitées. Le système public de sécurité sociale, la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), ne couvre que 10 pourcents des travailleurs-euses du pays, ceux et celles qui sont actifs et actives dans le secteur formel. Pour beaucoup de citoyen-n-e-s, les structures familiales, les églises et autres réseaux primaires de solidarité sont les seules options viables pour diminuer les risques. Ces réseaux sont même utilisés par des personnes couvertes par la CNPS, celle-ci n'offrant aux travailleurs-euses qu'une couverture limitée. Un nouveau régime d'assurance de la CNPS, étendu au secteur informel sous la forme d'un plan d'assurance volontaire, a permis jusqu'à maintenant d'enregistrer 110 000 nouveaux membres (Bertelsmann Stiftung, 2018). Selon le BIT, seuls les salariés du secteur privé structuré, régis par le Code du travail sont couverts par la CNPS. En 2011, seuls 580 200 personnes, ou moins de 7 pourcents d'une population totale de 8,4 millions de personnes à l'époque, étaient couvertes par la CNPS (BIT, 2014).*

*Aucune aide de l'État pour couvrir les frais de santé des plus démunis-e-s. Seul deux à 3 pourcents de la population bénéficient d'une couverture assurance-maladie. D'après le BIT, il n'existe pas de système*

d'assurance maladie pour l'ensemble de la population et seuls les travailleurs-euses du secteur privé structuré et les fonctionnaires, ainsi que leurs familles, bénéficient d'une prise en charge de leurs soins de santé. Il existe un certain nombre de mutuelles d'assurance maladie (158 en 2009), mais celles-ci ne couvrent que 2 pourcents de la population (BIT, 2014). Selon Jean Colbert Awomo Ndongo, un chercheur camerounais, il est difficile de connaître le véritable taux de couverture, mais celui-ci se situe probablement autour de 3 pourcents, la majorité de la population rurale et du secteur urbain informel en étant largement exclue (Jean Colbert Awomo Ndongo, 2015). Selon Georges Djandja, responsable d'une entreprise d'assurance à Yaoundé, interrogé par le site d'information Camer.be, la principale raison derrière le faible nombre de personnes bénéficiant d'une assurance maladie au Cameroun est la pauvreté, la majorité de la population n'ayant pas un pouvoir d'achat suffisant pour se permettre de s'assurer en privé. D'après Georges Djandja, il faut compter au moins 350 000 francs CFA par année, l'équivalent de 605 francs suisses, pour s'assurer en privé. Beaucoup de gens ignore également qu'il est possible de contracter une assurance maladie privée (Camer, 9 février 2017). Selon le courriel de la personne de contact A, les patients, même les plus démunis, ne bénéficient d'aucune sorte d'aide financière de la part de l'État.

Le Cameroun a lancé depuis 2017 une réflexion autour d'un projet d'assurance maladie universelle. Un projet pour lequel l'État aurait besoin de 2,2 milliards de francs suisses. Selon France Info, les autorités ont depuis 2017 relancé un projet de réflexion autour d'une assurance maladie universelle, pour atteindre une couverture sanitaire universelle (CSU). Selon le Ministre de la santé, André Marna Fouda, ce projet, qui visera en particulier à couvrir des soins concernant les mères et les enfants, nécessitera que l'État trouve 1 300 milliards de francs CFA. l'équivalent de 2,2 milliards de francs suisses (France Info. 17 décembre 2017). Selon Tribune Afrique, la CSU prendrait en charge les soins de base ainsi que 185 interventions et 101 sous-interventions et serait financée, entre autres, par le biais de prépaiements de la part de la population (Tribune Afrique. 16 décembre 2017). France Info rappelle qu'en 2006, une précédente tentative d'instaurer une couverture sanitaire universelle s'était soldée par un échec (France Info. 17 décembre 2017) ».

- Afrique Tribune, « Cameroun la part du budget de l'Etat alloué à la santé reste faible » (31 januari 2018): «\* En ce qui concerne le niveau de couverture santé de la population, selon les données officielles, seulement 6.46% de des camerounais sont couverts par un mécanisme de protection sociale en matière de santé, alors que la grande majorité ne bénéficie d'aucun dispositif de protection, et doit continuer de supporter sur fonds propres, les dépenses directes de santé ».

- France info, « Le Cameroun veut se doter d'une couverture santé universelle » (17 december 2017) : «Le Cameroun a décidé de se doter d'une couverture santé universelle (CSU) à l'image de ce qui se fait en France Une avancée exceptionnelle pour la santé publique dans le pays. Mais pour financer le système, les pouvoirs publics ont besoin de trouver 1300 milliards de francs CFA, soit près de 2 milliards d'euros. (...) L'accès aux soins est difficile quand 37% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté Faute de Sécurité sociale, se soigner est particulièrement onéreux au Cameroun. Le prix des médicaments dans les pharmacies est dissuasif, et du coup la «médication de rue» est prospère. Contrefaçons et poudres de perlimpinpin se côtoient allègrement ».

Bovendien blijkt uit een krantartikel getiteld « Cameroun : la part du budget de l'Etat alloué à la santé reste faible » (dd. 31 januari 2018) dat : « en se basant sur les données du ministère de la santé publique, on constate une forte fragmentation du financement de la santé, avec un taux de mutualisation très faible évalué à 2%, ainsi que plusieurs dispositifs de gratuité et subventions dédiés à des cibles ou des maladies spécifiques mais avec une couverture très limitée. C'est à cette faiblesse que le projet de système national de couverture santé universelle (CSU) va tenter de remédier ».

In dezelfde zin volgens l'OSAR : « Un système de santé sous-financé et sous pression. Les dépenses de santé représentent à peine un pourcent du PIB. Les ménages représentent la principale source de financement. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le système de santé du Cameroun est organisé sur trois niveaux : opérationnel (au niveau des districts), intermédiaire (appui technique) et central (élaboration de stratégies) (OMS, mai 2018). Selon la Bedelsmann Stiftung, ce système est sous pression. Les dépenses publiques en matière de soins de santé sont parmi les plus basses du monde, ne représentant que 0.9 pourcent du PIB Cela se traduit par des services de santé limités (Bedelsmann Stiftung, 2018). Selon un rapport du Ministère de la santé, il n'existe pas de volonté politique suffisante pour faire de la santé une priorité au Cameroun. Le Ministère estime qu'il ne se voit attribuer que huit pourcents du budget de l'État (République du Cameroun, 11 janvier 2016). Selon l'Institut national de la statistique (INS), entre 2001 et 2011, cette part a oscillé entre 4 et 5.2 pourcents (République du Cameroun, 2016). En 2001, les pays membres de l'Union africaine (UA), dont le Cameroun, ont signé la

Déclaration d'Abuja s'engageant à consacrer au moins 15 pourcents de leur budget annuel pour améliorer le secteur de la santé L'OMS note que le système de santé est largement sous-financé et il n'existe pas de stratégie nationale de financement du secteur de la santé. Les ménages privés en sont la principale source de financement (OMS, mai 2018). Selon l'INS, en 2011. 51,4 pourcents des dépenses de santé étaient constituées par des paiements directs des ménages, le reste étant couvert par les administrations publiques (33,1 pourcents), les partenaires (12,2 pourcents), ainsi que des ONG, des entreprises privées et l'assurance maladie volontaire (3,3 pourcents) ( République du Cameroun, 2016) » (OSAR, « Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée », 15 februari 2019 (beschikbaar op : <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/afnka/kamerun/190215-kamaccess-soins-medicaux.pdf>

Ten tweede, zoals reeds uitgelegd in het regularisatieaanvraag, worden gevallen van corruptie in de gezondheidssector gesignaleerd. De corruptie in Kameroen is zo wijdverbreid geworden dat er in 2017 een platform is opgericht om de corruptie te bestrijden:

- World Justice Project, "Cameroon Healthcare Access Program" (beschikbaar op: <https://worldjusticeproject.org/our-work/programs/cameroon-healthcare-accessprogram>): « Pervasive corruption in Cameroon's public health system has forced citizens to pay bribes for health services that should be free under the law and has ultimately left millions of at-risk adults and children without access to basic health services ».

- OSAR, « Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée », 15 februari 2019 (beschikbaar op: <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/afnka/kamerun/190215-kam-accesssoins-medicaux.pdf>) : « Un système de santé inefficace et corrompu qui ne satisfait pas les besoins de santé d'une grande partie de la population. Selon le Ministère de la santé, le système de santé souffre d'un manque d'efficacité qui se traduit par le double emploi des ressources. Alors que la dépense moyenne par habitant en 2012 était de 63 dollars, ou 63 francs suisses les résultats obtenus étaient similaires à ceux obtenus dans les pays qui dépensaient entre 10 et 14 dollars. Ce manque d'efficacité était notamment dû à une large corruption (République du Cameroun, 11 janvier 2016). La Bertelsmann Stiftung note également que le système de santé est particulièrement corrompu, y compris au niveau des ministres gouvernementaux (Bertelsmann Stiftung, 2018). Selon l'OMS. les besoins en soins et services de santé ne sont pas ou peu satisfaits, notamment en raison d'une faible couverture des paquets minimums et paquets complémentaires de santé. Il existe également un important déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines. Ce problème est exacerbé par une mauvaise gestion, un manque de rationalisation, un faible taux de fidélisation du personnel dans les zones difficiles et un manque de motivation (OMS, 2018). Selon l'INS, en 2010 le ratio personnel de santé/population était de 0,63 pour 1 000 habitants, alors que la norme internationale se situe à 2,3 (République du Cameroun, 2016) » (pp.3-4).

Ten derde in tegenstelling tot wat de ambtenaar-geneesheer beweert, zal Meneer A. het zeer moeilijk vinden om een werk te vinden, gezien de bijzonder hoge werkloosheid in Kameroen:

- « La courbe de chômage au Cameroun rivalise avec le mont Cameroun dans l'indifférence totale de la république » (21 januari 2016): « Le taux de chômage se rapportant à la population jeune, urbaine est estimé à 76 %. (...)Le BIT pense aussi que le nombre moyen de jeunes qui arrivent sur le marché de l'emploi chaque année est de 70 % ».

- Article de presse intitulé « Cameroun : 45% des populations du Nord sont sans emploi » (7 februari 2018) 3 : « Quand on parle de chômage au Cameroun, la Région du Nord passe pour être le coin où le phénomène a des proportions inquiétantes. Et il touche de façon particulière les jeunes dont l'âge est compris entre 15 et 34 ans. (...) Il en est que de façon générale le taux de chômage est de 45% au Nord. (...) 70% des actifs sont concentrés dans le secteur informel. 75% de ces actifs, tous secteurs confondus sont sous-employés Plus de la moitié des chômeurs mettent plus d'un an dans la recherche d'un emploi généralement salarié ».

Volgens l'OSAR leeft de bevolking over het algemeen in armoede en het gemiddelde loon is zeer laag: « Une détérioration de la situation économique depuis 2014 qui a exacerbé la pauvreté. Plus d'un tiers de la population vivrait en-dessous du seuil d'extrême pauvreté. Selon un rapport de l'International Crisis Group (ICG), la situation économique du Cameroun s'est détériorée depuis 2014 D'après des chiffres de la Banque mondiale, cité par ICG, la croissance était de 3.2 pourcents en 2017, comparée à 5,7 pourcents en 2015. Toujours selon l'ICG, l'Institut national de la statistique (INS) estime qu'une

croissance de 7t pourcents est nécessaire pour réduire la pauvreté extrême. L'augmentation de la pauvreté exacerbe le mécontentement social et augmente, selon l'ICG, le risque d'une violence généralisée similaire à celle qui s'est produite en février 2008. Selon des chiffres de l'INS, le taux de pauvreté est passé de 29 à 37.5 pourcents entre 2010 et 2016. Selon des économistes et des statisticiens consultés par HCG, ces chiffres sous-estimeraient la pauvreté et indiqueraient plutôt le taux d'extrême pauvreté, c'est-à-dire les personnes vivant avec moins de 1,5 dollar par jour (ICG, 3 octobre 2018). Selon le Bertelsmann Stiftung, avec un PIB par habitant de 1 429 dollars en 2014, le Cameroun est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Pourtant, de nombreux indicateurs sociaux sont plutôt caractéristiques de la situation d'un pays à bas revenu. L'espérance de vie est par exemple de seulement 54 ans et 43.5 pourcents de la population vivent en-dessous du seuil de pauvreté de trois dollars par jour. Le Cameroun est classé en 153ème position sur 188 selon l'indice de développement humain (IDH) et est considéré comme un pays à faible niveau de développement humain. Ces dernières années les progrès dans ce domaine ont été très faibles, les progrès enregistrés dans la réduction de la pauvreté étant annulés par la croissance de la population (2.5 pourcents). En conséquence, le nombre de pauvres a augmenté de 12 pourcents entre 2007 et 2014 pour arriver à 8,1 millions de personnes (Bertelsmann Stiftung, 2018). Selon le Bureau international du travail (BIT), le revenu par habitant était de 240 dollars, ou 240 francs suisses, en 2014, ce qui plaçait le Cameroun dans la catégorie des pays à revenu moyen inférieur et en 2007, près de la moitié de la population vivait avec moins de 738 francs CFA par jour, ou 1,3 franc suisse (BIT, 2014).

Un revenu mensuel moyen de 36 000 francs CFA, ou 62 francs suisses, en 2012 qui cache d'importantes disparités. Selon le dernier rapport du Département d'État américain (USDOS), le salaire minimum dans tous les secteurs est de 36 270 francs CFA par mois, l'équivalent de 63 francs suisses. Dans la réalité, les employeuses-eurs parviennent souvent à imposer des salaires inférieurs, notamment en exploitant le taux élevé de chômage dans le pays. Des salaires inférieurs sont également courants dans le secteur public ainsi que dans le secteur du travail domestique (USDOS, 20 avril 2018). Selon le site d'information Cameroun24, qui cite un rapport d'enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun publié par UNS, sur les neuf millions de personnes qui exercent une activité professionnelle dans le pays, huit sont actives dans le secteur informel, dont plus que la moitié dans le secteur informel agricole. Au niveau du pays, en 2012 le revenu mensuel moyen se situait autour de 36 000 francs CFA, ou 62 francs suisses, par mois. Il existe d'importantes disparités avec un revenu mensuel moyen de 13 800 francs CFA, ou 24 francs suisses, dans le secteur informel agricole et un salaire mensuel moyen de 145 400 francs CFA, ou 252 francs suisses, dans l'administration publique (Cameroun24, 28 mai 2012) » (OSAR, « Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée », 15 february 2019 (beschikbaar op : <https://www.osar.ch/assets/herkunftslaender/afrika/kamerun/190215-kamaces-soins-medicaux.pdf>).

Ten vierde als het medisch rapport van de ambtenaar-geneesheer aangeeft dat « Bovendien verblijven ook de echtgenote, een meerderjarige zoon en broers en zussen van betrokkene nog in het herkomstland. Het is niet onwaarschijnlijk dat betrokkene op zijn familieleden kan terugvallen voor (tijdelijke) hulp bij de noodzakelijke zorgen » (medisch advies, p 3), voert de verwerende partij geen individueel en concreet onderzoek uit naar de sociale situatie van verzoeker in zijn land van herkomst, hetgeen geenszins garandeert dat verzoeker daadwerkelijk voldoende bijstand zal ontvangen om de kosten van zijn behandeling, medische follow-up en de vele noodzakelijke medische onderzoeken te dekken. In dezelfde zin heeft Uw Raad al geoordeeld dat de loutere vermelding van de aanwezigheid van het gezin zonder onderzoek van de financiële situatie van het gezin en de bereidheid om verzoeker te helpen, niet voldoende is: « La considération selon laquelle la requérante pourrait obtenir une aide de sa famille restée au Cameroun, n'est pas davantage développée en termes de motivation que par la référence à la présence de membres de cette famille au pays d'origine, et paraît ainsi procéder d'une simple pétition de principe, insuffisante en soi à asseoir la conclusion de la partie défenderesse relative à l'accessibilité des traitements requis » (RvV - arrest nr. 96.043 van 29 januari 2013)

Ten vijfde volgens de ambtenaar-geneesheer, « 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 » (medisch advies, pp. 3-4). De IOM heeft onlangs echter een financieringsoproep gelanceerd om de intern ontheemden en terugkerende Kameroeners te helpen, aangezien de vraag naar hulp te groot is. « Cameroon Humanitarian Response Plan 2019 - Requested 2,800,000 \ Received: 900,000 \ Percentage funded: 32% » (IOM, « Cameroon 2019 - Humanitarian Compendium », <https://humanitariancompendium.iom.int/node/2339/appeals-print/>).

*In het licht van deze elementen kon de tegenpartij, zonder een manifeste appreciatiefout te begaan of de artikelen 9 ter van de wet van 15 december 1980 en 3 EVRM te schenden, niet besluiten dat Meneer A. rekening houdend met zijn gezondheidstoestand en de specifieke follow-up die hij nodig heeft, niet aan onmenselijke en vernederende behandeling zou worden onderworpen in geval van zijn terugkeer naar Kameroen.”*

De verzoekende partij toont niet aan dat zij financiële steun nodig zal hebben van de overheid om haar medische kosten te betalen, los van een verzekering. Evenmin toont zij aan dat zij genoodzaakt is een privé-verzekering af te sluiten. Zoals zij stelt, is niet iedereen in Kameroen sociaal verzekerd. Zij toont niet aan dat zij niet zelfredzaam is en arbeidsongeschikt. Zij kan buigen op de steun van haar familie waaronder van haar echtgenote en meerderjarig kind(-eren), en op hulp van het IOM. Derhalve is het betoog over de sociale zekerheid in het herkomstland niet dienstig. Verder toont zij evenmin aan dat de corruptie die voorhanden is in het herkomstland haar van de nodige zorgen zal onthouden.

Waar de verzoekende partij voorhoudt dat het zeer moeilijk zal zijn om werk te vinden, gelet op de hoge werkloosheid in haar land, heeft de verzoekende partij nog het voordeel zich te kunnen laten bijstaan door het IOM, integendeel met veel anderen in het herkomstland. Het is niet omdat het IOM een oproep doet om gelden te verkrijgen dat het IOM geen bijstand verleent.

Voor het overige verwijst de Raad naar het gestelde onder punt 3.6.

De verzoekende partij toont evenmin aan dat de bestreden beslissing een risico op een schending van artikel 3 van het EVRM zou veroorzaken, gelet op het arrest *Paposhvili t. België* van 13 december 2016 (zie ook punt 3.4.) en de aandoeningen waaraan de verzoekende partij lijdt.

3.8. De verzoekende partij toont niet aan dat de bestreden beslissing kennelijk onredelijk is, niet op een correcte feietenvinding steunt of geen correcte beoordeling heeft zodat de materiële motiveringsplicht niet is geschonden.

De bestreden beslissing gaat niet gepaard met een verwijderingsmaatregel zodat de verzoekende partij de schending van artikel 7 van de Vreemdelingenwet en van artikel 5 van de Richtlijn 2008/115 /EG niet dienstig kan aanvoeren. Deze onderdelen zijn onontvankelijk.

Verder toont de verzoekende partij niet aan op welke wijze zij geen recht op een doeltreffende voorziening in rechte heeft.

3.9. De Raad besluit dat alle onderdelen van het aangehaalde middel, zo ontvankelijk, ongegrond zijn.

#### 4. Korte debatten

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

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

#### **Enig artikel**

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op veertien december tweeduizend eenentwintig door:

mevr. M. BEELEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken.

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

M. BEELEN