



Arrest

nr. 266 272 van 5 januari 2022
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat A. Dominique en J. BRAUN
Mont Saint-Martin 22
4000 LIÈGE

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door 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 31 augustus 2021 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 8 juli 2021 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ongegrond wordt verklaard en houdende een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13).

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 16 september 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 8 oktober 2021.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken N. VERMANDER.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. BRAUN, die *loco* advocaat D. ANDRIEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat M. MISSEGHES, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 16 september 2019 dient de verzoekende partij een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

1.2. Op 1 oktober 2019 neemt de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie een beslissing waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf vermeld in punt 1.1. ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard. Tegen voormelde beslissing dient de verzoekende partij een beroep in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad).

1.3. Bij arrest nr. 254 753 van 20 mei 2021 vernietigt de Raad de beslissing vermeld in punt 1.2.

1.4. Op 6 juli 2021 stelt de ambtenaar-geneesheer een medisch advies op.

1.5. Op 8 juli 2021 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie een beslissing waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf vermeld in punt 1.1. ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing waarvan de motieven luiden als volgt:

"Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 16.09.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

(...)

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

Reden:

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

Er werden medische elementen aangehaald voor N.S. (...), die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 06.07.2021 in gesloten omslag).

Derhalve

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

Wij herinneren eraan dat de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken enkel een advies dient te geven over de medische aspecten, gestaafd door een medisch attest (zie in dit verband het Arrest RvS 246385 van 12.12.2019). Bijgevolg kan in het kader van dit advies geen rekening worden gehouden met gelijk welke interpretatie, extrapolatie of andere verklaring van de verzoeker, zijn raadsman of elke andere persoon buiten de medische wereld betreffende de medische situatie (ziekte, evolutie, mogelijke complicaties...) van de zieke persoon.

We herinneren eraan dat artikel 9ter bepaalt dat "de vreemdeling samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen overmaakt aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft". Het is derhalve aan de aanvragers om elk document dat zij van plan zijn neer te leggen, rechtstreeks aan de Dienst Vreemdelingenzaken toe te zenden, als onderdeel van hun 9ter-aanvraag. Onze administratie is immers "niet verplicht de aanvraag van de verzoeker aan te vullen met stukken die binnen andere procedures zijn ingediend of die als bijlage bij een beroep zijn gevoegd " (RW n°203976 van 18/05/2018).

Gelieve eveneens biagevoegde gesloten omslag aan N.S. (...) te willen overhandigen."

1.6. Op 8 juli 2021 neemt de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie een beslissing houdende een bevel om het grondgebied te verlaten. Dit is de tweede bestreden beslissing waarvan de motieven luiden als volgt:

“De heer, die verklaart te heten:

(...)nationaliteit : (...) Kameroen

(...)wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen², tenzij hij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,

(...)binnen 30 dagen na de kennisgeving

(...) REDEN VAN DE BESLISSING:

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

(...) Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft hij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: betrokkene is niet in het bezit van een geldig paspoort en/of een geldig visum.”

2. Over de rechtspleging

Aan de verzoekende partij werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van de verwerende partij om de kosten van het geding ten laste van de verzoekende partij te leggen.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een enig middel voert de verzoekende partij de schending aan van artikel 3 van het Europees Verdrag tot Bescherming van 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), van artikel 5 van de richtlijn 2008/115/EU van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie 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 (hierna: de Terugkeerrichtlijn), van de artikelen 7, 9^{ter} en 62 van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991), van de rechten van verdediging, van het recht op een doeltreffende voorziening in rechte, van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van de zorgvuldigheidsplicht. De verzoekende partij meent ook dat er sprake is van een manifeste appreciatiefout.

De verzoekende partij licht haar enig middel toe als volgt:

“a. Eerste grief : onvoldoende motivatie

Volgens 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 niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. 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).

Enerzijds met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen in Kameroen, bestaat de beslissing 9^{ter} uit een dubbele motivering: het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer en de Medcoi-databank (« MedCOI Belgian desk on Accessibility, Country Fact Sheet : Cameroon, Last update : 01.03.2016 »). 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 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, fut-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 libelle 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'énervé 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 attaques, consulter le dossier administratif, ne répond pas aux exigences rappelées au point 2.4 ».

In dezelfde zin, zien ook Uw arrest nr. 229.733 van 3 december 2019.

In casu concludeert de ambtenaar-geneesheer van de verwerende partij dat de medische zorgen en behandeling toegankelijk zijn uitsluitend op basis van een aanvraag Medcoi. Het medisch verslag waarop de bestreden beslissing verwijst, bevat echter noch de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCoi. Daarnaast worden de artsen die bijdragen aan de Medcoi-databank beschermd door anonimiteit. Daarom zijn noch verzoeker noch Uw Raad in staat om de beweringen van de verwerende partij te verifiëren.

Bovendien wat de beschikbaarheid van zorgen betreft, worden in de beslissing uittreksels uit de MedCOI-databank geproduceerd, maar wordt de naam van de instellingen waar de zorgen beschikbaar zouden zijn, noch het publieke of private karakter van deze instellingen vermeld. Dit zegt niets over de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorgen.

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.

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: "Betrokkene legt geen persoonlijke bewijzen voor die aantonen dat deze algemene informatie op zijn individuele situatie van toepassing zou zijn. Het EHRM heeft geoordeeld dat de eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (...) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (...)" (medisch advies, p.4).

De ambtenaar-geneesheer baseert zich echter op even algemene informatie om Uw Raad ervan te overtuigen dat de zorgen die nodig zijn voor het overleven van Meneer N. (...) in Kameroen beschikbaar en toegankelijk zijn. Bovendien in het arrest Paposhvili v. België van 13 december 2016 heeft het Europees Hof voor de Rechten van de Mens geoordeeld dat: « L'évaluation du risque allégué doit faire l'objet d'un contrôle rigoureux (Saadi, précité, § 128, Su fi 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).

Ook in een vergelijkbare zaak (waarin precies dezelfde argumenten werden gebruikt door de tegenpartij), heeft Uw Raad geoordeeld dat: « S'agissant du fait que la requérante n'aurait pas démontré que sa situation individuelle serait comparable à la situation générale, le Conseil estime que dès lors que la requérante a démontré nécessiter le suivi par un psychiatre et qu'elle a invoqué la pénurie de psychiatres en Irak, reconnue par ailleurs par le médecin-conseil, elle a suffisamment démontré les liens entre sa situation personnelle et cette situation générale en Irak puisque rien au dossier administratif ne permet de penser que la requérante, malgré la pénurie de psychiatres, parviendrait à consulter un tel médecin spécialiste. Il revenait au médecin-conseil de motiver valablement son avis à cet égard et d'indiquer la raison pour laquelle, en raison de sa situation personnelle, la requérante ne souffrirait pas de cette pénurie et pourrait avoir accès au suivi par un psychiatre.

En ce qui concerne le motif selon lequel "la CEDH a considéré qu'une simple possibilité de mauvais traitements en raison d'une conjoncture instable dans un pays n'entraîne pas en soi une infraction à l'article 3 (voir; CEDH affaire Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni, 30 octobre 1991, § 111) et que, lorsque les sources dont elle dispose décrivent une situation générale, les allégations spécifiques d'un requérant dans un cas d'espèce doivent être corroborées par d'autres éléments de preuve (voir : CEDH 4 décembre 2008, Y./Russie, § 9 ; CEDH 28 février 2008, Saadi/Italie, § 131 ; CEDH 4 février 2005, Mamatkulov en Askarov/Turquie, § 73 ; CEDH 26 avril 2005, Muslim/Turquie, § 68). Arrêt n° 74 290 du 31 janvier 2012 », le Conseil estime qu'il constitue une réponse générale usitée et limitée dans le cadre de l'article 3 de la CEDH, sans donner des éléments de réponse aux éléments soulevés par la requérante dans sa demande d'autorisation de séjour, lesquels sont corroborés par des documents joints à cette demande.

Il ressort de ce qui précède que l'avis du médecin-conseil et, partant, la décision attaquée sur lequel elle est fondée ne peuvent être considérés comme adéquatement et suffisamment motivés quant à l'accessibilité du suivi par un psychiatre » (RvV - arrest nr. 235.461 van 21 april 2020).

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

b. Tweede grief: schending van het recht om gehoord te worden

De ambtenaar-geneesheer concludeert dat de pathologie waaraan Meneer N. (...) 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., C277/11, 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, KhaledBoudjlida, §§ 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 N. (...) 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_9t_er_-2016.pdf).

c. 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 N. (...) 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'étrangerrisque 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 Elmi 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 Ta 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° 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).

In tegenstelling tot wat de verwerende partij beweert, blijkt uit verschillende en betrouwbare bronnen dat de zorgen die Meneer N. (...) 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.

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 N. (...) voorgeschreven geneesmiddelen in Kameroen beschikbaar zijn. In de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project staat dat echter uitdrukkelijk vermeld dat: « Bij het zoeken naar beschikbaarheid is de verstrekte informatie beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling in het land van herkoms » (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 serieusheid 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.

- *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 l'OMS, 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 Noordwestelijke 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/do](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/cmr_hno_2019_vf_light.pdf)

[cuments/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 (DMU- SR). 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 IST, 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): « 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 œuvre 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 SH/ 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 N. (...) nodig heeft

Ten eerste volgens de ambtenaar-geneesheer van de verwerende partij: "Biktarvy is niet beschikbaar. Gezien er geen reden voor omschakeling meegedeeld is wordt een andere therapie die analoog aan biktarvy (bictegavir is vervangen door efavirenz) is onderzocht namelijk de atripla waarmee betrokkene jaren gunstig evolueerde" (medisch advies, p.2).

Biktarvy en Atripla zijn echter verschillende medicijnen: "Atripla (efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate) and Biktarvy (bictegavir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide) are antiviral medications used to treat HIV, which causes acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). (...)

Side effects of Atripla that are different from Biktarvy include drowsiness, trouble concentrating, vomiting, gas, upset stomach, skin discoloration (such as small spots/freckles, darkening of the palms of the hands/soles of the feet), and changes in the shape or location of body fat (especially in your arms, legs, face, neck, breasts, and waist). (...)

Atripla (efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate) is an antiviral medication that treats HIV, which causes acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Atripla is not a cure for HIV or AIDS. (...)

Biktarvy (bictegavir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide) is a three-drug combination of a human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) integrase strand transfer inhibitor (INSTI), and two HIV-1 nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), and is indicated as a complete regimen for the treatment of HIV-1 infection in adults who have no antiretroviral treatment history or to replace the current antiretroviral regimen in those who are virologically suppressed (HIV-1 RNA less than 50 copies per mL) on a stable antiretroviral regimen for at least 3 months with no history of treatment failure and no known substitutions associated with resistance to the individual components of Biktarvy » (RxList, « Atripla vs. Biktarvy », 11 november 2019, beschikbaar op: <https://www.rxlist.com/atrilpa-vs-biktarvy/drugs-condition.htm>).

De door de ambtenaar-geneesheer voorgestelde alternatieve geneesmiddelen werden nooit op de patiënt uitgetoetst en zijn lichaam kan ze misschien niet verdragen. In een 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 à l'égard 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 tonen verschillende onderzoeken aan dat HIV-behandeling met antiretrovirale middelen om verschillende redenen een zeer hoog faalpercentage heeft: « Il faut suivre, accompagner et motiver le patient tout au long de son traitement. On peut utiliser les outils et technologies disponibles pour améliorer ce suivi ». Telle est la principale recommandation retenue par des chercheurs au terme d'une étude sur l'efficacité des traitements antirétroviraux (ARV) au Cameroun. Cette étude dont les résultats ont été publiés en août 2018 révèle que le traitement du VIH/sida par l'utilisation des ARV connaît un taux d'échec élevé dans le pays. (...)

A en croire Avelin F. Aghokeng, chercheur à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et auteur principal de l'étude, "cette contreperformance peut être associée à un accompagnement médical insuffisant, en particulier la faible disponibilité des outils permettant de mieux suivre l'évolution du traitement et ainsi intervenir rapidement pour l'améliorer". Dans un entretien accordé à SciDev.Net, ce dernier explique que la mesure régulière de la quantité de virus dans le sang (charge virale) est l'un de ces outils souvent indisponibles et qui est, de son point de vue, encore très peu accessible au Cameroun du fait de son coût pour le patient.

"L'absence de ces outils limite l'action du personnel médical pour mieux suivre les patients, ce qui conduit à des échecs virologiques sous silence, qui vont évoluer vers un développement de la résistance au traitement", poursuit Avelin F. Aghokeng.

"Dans un contexte de pauvreté et de ressources limitées, cela peut rapidement s'amplifier, comme nous l'avons observé dans les zones rurales", conclut-il. (...)

Une démarche qui n'a pas manqué de mettre à nu de nombreuses disparités. En zones rurales, outre l'absence d'outils de suivi du traitement, "il faut ajouter le manque de personnel médical, les distances souvent très importantes entre les domiciles et le centre de santé, les difficultés programmatiques (rupture en stock de médicaments)", souligne le chercheur. (...)

Les travaux dirigés par Avelin F. Aghokeng rejoignent une autre étude, publiée le 4 septembre dernier par la revue The Lancet.

Cette étude dirigée par Raph L Hamers constate que "après 15 ans d'intensification du traitement ARV, l'augmentation continue de la résistance aux médicaments anti-VIH dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire constitue une menace croissante pour la riposte au VIH, avec le potentiel d'accroître la mortalité, l'incidence du VIH et les coûts".

A en croire Anton Poznaik, les causes de cette résistance sont multiples, la principale étant le non-respect de la posologie. "Ce qui signifie que la personne avait oublié de prendre un traitement, qu'elle ne voulait pas le prendre, qu'elle ne pouvait pas se le payer, qu'elle avait du mal à aller à la clinique ou qu'il y a eu des effets qui l'ont amenée à arrêter le traitement", explique-t-il.

Le président de LIAS ajoute que des problèmes de programmation tels que des ruptures de stock et des lignes d'approvisionnement sont également parmi les causes de la résistance aux ARV.

En tout état de cause, conclut l'étude publiée dans The Lancet, "pour atteindre les objectifs mondiaux de l'Onusida, des stratégies renforcées sont nécessaires pour améliorer la qualité des services de traitement antirétroviral et la durabilité des schémas thérapeutiques disponibles et pour lutter contre la résistance".

En ce qui concerne le cas spécifique du Cameroun, Avelin F. Aghokeng indique que "distribuer simplement les ARV ne suffit pas".

"Les programmes nationaux de prise en charge doivent aussi s'améliorer, en prenant davantage en compte toutes les régions du pays, les zones urbaines et rurales, en réduisant les ruptures de stock de médicaments et réactifs. Et pour cela il faut une mobilisation permanente", suggère en outre le chercheur » (Sci Dev Net, « Cameroun : le taux d'échec des ARV interpelle les autorités », 14 septembre 2018 (beschikbaar op: <https://www.scidev.net/afrique-sub-saharienne/vih-sida/actualites/cameroun-taux-echec-arv-interpelle-autorites.html>)).

Ten slotte blijkt uit de MedCOI database dat: « the shortage of reagents for HIV test and lack of medication, notably Cotrimoxazole, have been reported in 2014. Also, the 2013 U.S. President's

Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) report states that in the country there is insufficient storage capacity and weak organization. "Most of the weaknesses identified are general problems of the public supply system in Cameroon, and are not exclusive to the supply chain of HIV/AIDS related products, (p. 11) (...)

(...) according to the Cameroon WHO's 2012 Country Office Rapport, Cameroon faces an acute shortage in terms of quantity and quality of human resources. In a general way, specialist practitioners (like orthopaedic and cardiac surgeon, urologists, cardiologist, pneumologists, psychiatrists, oncologists, rheumatologists, ophthalmologists, dermatologists, infectious disease specialists, ENT, anesthetists, obstetricians and geriatricians) are underrepresented in the country. And despite the fact that the mortality rate is 782 deaths per 100 000 live births, there are less than 50 midwives in the country. Note that there are also few lab technicians and nurse-anaesthetists in Cameroon, (pp. 12-13) (...)

A report published in 2014 states that despite the increase in the number of HIV management structures, the National Strategic Plan for HIV/AIDS target has not been reached. In 2013, 65% of the eligible health facilities provided healthcare to PLWAIDS, while it was expected that 80% would. Only 60.8% of the health districts have at least one PLWAIDS management structure. This national coverage hides disparities between the country regions. Far North, North and West regions have a lower coverage rate. (p. 31) (...)

A 2012 report on the follow-up of the HIV/AIDS Policy Declaration gives information about drug shortage problem in Cameroon regarding treatments for opportunistic diseases. Also a 2014 report states that there has been a shortage of ARV drugs and laboratory reagents in 2013. This has also been confirmed by the contact CM5, who added that obsolete technical platforms and unequipped HIV management units complicate the access to healthcare for PLWAIDS (p. 32) (...)

According to contact CM1, viral load test, which costs 10 000 FCFA, should be done once a year. However, this test is not accessible to everyone in the country. Contact CM3, on the contrary, declares that a viral load lab test costs 40 000 FCFA in public facilities ». (p. 33) (Country Fact Sheet : Cameroon - MedCOI Belgian desk on Accessibility, 1 maart 2016).

Ten derde heeft Meneer MUMVI de bijstand van een psycholoog nodig. Volgens the Babungo Integrated Mental Health Care zal het echter heel moeilijk zijn om een psychologische opvolging in Kameroen te hebben: « 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 des 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 » .

Volgens de Strategie 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_ianvier.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 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/countrv/africa/cameroon-health-insurance- pacific-prime-international/>).

Toegankelijkheid van de nodige behandeling in Kameroen

Ten eerste zal Meneer N. (...) geen financiële steun van de Kameroense autoriteiten krijgen om zijn medische kosten te betalen. Inderdaad 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)^o: "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/herkunftslander/afrika/kamerun/190215-kam-accses-](https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/afrika/kamerun/190215-kam-accses-soins-medicaux.pdf)

[soins-medicaux.pdf](https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/afrika/kamerun/190215-kam-accses-soins-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 Beschikbaar op: <https://www.voanews.com/africa/cameroon-doctors-overwhelmed-patients> 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. 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 janvier 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 Bertelsmann 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 (Bertelsmann 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 UNS, 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/herkuntftslaender/afrika/kamerun/190215-kam- accés-soins-medicaux.pdf>).

Deze informatie wordt bevestigd door de MedCOI-databank: « The health system is mostly financed by the national budget, households, local authorities, NGOs, private health insurances and external partners. Total health expenditure in both public and private health sector is low (5.01%) in Cameroon. The public resources allocated to health represents only 1.5% of the GDP. "Out of the US\$61 per Cameroonian spent on health in 2010, the Government contributed only US\$ 17 (i.e. 28 percent — of which US\$ 8 were provided by international donors)."

The cost of health care is largely borne by households. With around 70% of out-of-pocket health expenditure supported by the families, the country has one of the highest levels of direct payments from the users relative to total health expenditure in all of Sub-Saharan Africa. 73 Health services are financed by the patient's salary (53%), by their savings (25%), by the sale of personal property (16%) and/or by borrowing money (between 4% and 8%).

The insufficient health care human resources, poverty, the low coverage of mutual health insurance and the lack of legal framework regarding health coverage are the principal obstacles to healthcare access in Cameroon. 75 Poor public expenditure on health translates into comparatively bad health services, (pp. 14-15)

As said before, in Cameroon there is no unemployment insurance scheme. (...)

The working population of the country is estimated at 6 million people, therefore the social protection coverage rate is only of around 14.3%. This means that 85.7% of workers do not have any social security coverage. Regarding old age benefits, less than 5% of the concerned population had a pension in 2010. (p. 25)

The public social protection regime has for a long time notoriously been overextended, poorly managed, under-performing, and in the past has often been plundered as a slush fund for the government. In recent years, some progress in management practices has been made.

Informal institutions exist to compensate for the weakness of the welfare regime, "but they are limited in scope and quality. In rural areas, social risk is still largely absorbed by "traditional" family-based relationships of solidarity. This system is crumbling in the cities. Sometimes there is an equivalent coverage through informal savings associations (tontines) or through the solidarity of church congregation. " (...)

In Cameroon, healthcare expenses are largely borne by households and risk-pooling mechanisms are quasi non-existent.¹³² For instance, figures say that less than 10% of civil servants have a healthcare coverage ». (p. 26) (Country Fact Sheet : Cameroon - MedCOI Belgian desk on Accessibility, 1 maart 2016).

Volgens de ambtenaar-geneesheer : « In Kameroen hebben patiënten met HIV gratis toegang tot de nodige zorgen » (medisch advies, p. 5). Uit de MedCOI databank blijkt dat: « However, in a subsequent

email the contact CM1 claims that only ARVs are for free in the country and that each patient has to pay the opportunistic infections treatment. On this issue, the contact CM3 also states that co-trimoxazole, a drug to prevent opportunistic diseases, is given for free to PLWAIDS. Treatment of tuberculosis is also free of charge. According to this contact laboratory tests fees are paid by the patient, even if the patient is eligible to free care, (p. 31) (...)

The price of a HIV/AIDS screening test is fixed at 500 FCFA. Since non-eligible persons do not have free access to ARVs, the first CD4 test, which determines whether a person is eligible for free treatment, is paid by the patient. The contact CM1 states that the average cost of a CD4 test is 20 000 FCFA. 169 However, the contact CM3 claims that a CD4 test costs 12 800 FCFA in a public facility in Douala and Yaoundé, and 16 000 in a private facility, (p. 32) (...)

Another source states that "in Cameroon the costs of examinations biological monitoring of HIV infection are governed by DECISION No. 0858/MSP/CAB DU 14/09/2009, amending and supplementing certain provisions of Decision No 26 0617/MSP/CAB August 2008 fixing the subsidized price of the package's balance sheet orientation, preoperative treatment and biannual follow-up of people living with HIV / AIDS in Cameroon. "171 According to the article 3 of this decision the subsidized diagnosis' cost is 2 500 FCFA and it is of 500 FCFA for pre- therapeutic balance. 172 Article 4th mentions that "the cost of monitoring biological balance remains at 3 000 FCFA per patient per semester." However, the organization Treatment Access Watch provides a list of ARV structures that overcharge patients for tests and examinations.174 According to another source, 40.7% of the HIV management centres have charged additional fees in 2013 ». (p. 33) (Country Fact Sheet : Cameroon - MedCOI Belgian desk on Accessibility, 1 maart 2016).

Bovendien 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-access-program>): « 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/afrika/kamerun/190215-kam-access-soins-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 TOMS, 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).

In dezelfde zin, volgens de MedCOI databank : « In Cameroon, "[t]he state health care system is similarly overextended, and has been compromised significantly by corruption. "66 The corruption in the health sector manifests itself in several ways: the misappropriation of health equipment for private purposes; pressure from pharmaceutical companies on healthcare actors for the selection of their products; parallel selling of medication; illicit sale of out of date or non-registered products; corruption in the awarding of public contracts; extortion of money from sick person for health services supposed to be free of charge; price list kept secret, etc.

For instance, a common corruption practice in hospitals is when a healthcare staff requests a benefit in exchange for any medical act. 68 About this issue, a press article has denounced in May 2015 that AIDS patients were victims of corruption in Cameroon ». (pp. 13-14) (Country Fact Sheet : Cameroon - MedCOI Belgian desk on Accessibility, 1 maart 2016).

Ten tweede in tegenstelling tot wat de ambtenaar-geneesheer beweert, zal Meneer N. (...) 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) : « 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 UNS, le taux de pauvreté est passé de 29 à 37,5 pourcents entre 2010 et 2016. Selon des économistes et des statisticiens consultés par l'ICG, 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 situa- tion 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 februari 2019

(beschikbaar op : <https://www.osar.ch/assets/herkunftslander/afrika/kamerun/19Q215-kam-acces-soins-medicaux.pdf>).

Ten slotte worden seropositieven in Kameroen sterk gediscrimineerd: « (...) Dans son numéro de décembre 2019 à mars 2020, le journal Afrique Renouveau (revue africaine d'information) confirme que les personnes vivant avec le VIH au Cameroun, pays « où le taux de prévalence est le plus élevé d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale », sont « victimes d'une stigmatisation générale. (...) »

Aucune loi ne protège les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination (...).

Le sida continuant d'être considéré comme une 'maladie de la honte', beaucoup de personnes infectées par le virus préfèrent cacher leur statut (...). Bien que la situation s'améliore, le SIDA est toujours considéré comme une pathologie relevant de la sorcellerie. (p.3)(...)

L'article d'Afrique Renouveau estime que « la stigmatisation liée au SIDA est un grand problème de santé publique, car elle complique le suivi des patients et le suivi du traitement; des patients risquent de ne pas venir se faire soigner ou tester. Lorsque des personnes ont subi des discriminations dans un centre de traitement, elles ne voudront pas y revenir ». (p. 4)(...)

« Les PVVIH subissent très souvent avec impuissance la discrimination et la stigmatisation, car celles-ci tirent leur origine dans la peur et la honte. En effet, sans tenir compte des autres modes de transmission, les PVVIH sont considérées par la société comme étant sexuellement immorales. Elles ne peuvent même pas revendiquer leurs droits en justice de peur d'être reconnues comme atteintes du VIH ». (p. 5) (...)

Un rapport de 2018 du département d'Etat américain (USDOS) confirme qu'au Cameroun, les personnes séropositives souffrent toujours de discrimination et sont isolées de leurs familles, et plus largement de la société dans son ensemble. Le phénomène s'explique par un manque d'éducation sur le sujet, (p. 6) (...)

Bon nombre de personnes porteuses du VIH/SIDA au Cameroun souffrent de la discrimination, une pratique courante dans les milieux professionnels et dans les institutions de service, comme les banques, les compagnies d'assurance et les hôpitaux, (p. 7) (...)

Dans le milieu de l'entreprise privé il est impensable d'assumer sa séropositivité. La personne va être rejeté. Quand la maladie est découverte, on commence à lui chercher des problèmes dans le but de la faire renvoyer ou partir» (p. 8) (OFPPA, Cameroun - Discrimination des personnes séropositives, 11 februari 2020, beschikbaar op: https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/2002cam_discrimination_des_personnes_seropositives.pdf).

Ten derde als het medisch rapport van de ambtenaar-geneesheer aangeeft dat « Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene in Kameroen geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. Tijdens zijn interview d.d. 20.03.2019, in het kader van zijn asielprocedure, verklaarde hij immers dat zijn ouders nog in Kameroen wonen » (medisch advies, pp. 5-6), 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)

« Met betrekking tot de familie en sociale contacten in het herkomstland waarop de verzoekende partij zou kunnen terugvallen, gaat de verwerende partij niet in op het betoog van de verzoekende partij dat geen individueel en concreet onderzoek werd gevoerd. De verwerende partij meent dat het geenszins

kennelijk onredelijk is om op basis van de informatie waarnaar de ambtenaar-geneesheer verwijst en het gebrek aan informatie die het tegengestelde aantoon, vast te stellen dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de verzoekende partij niemand meer zou hebben in haar herkomstland om op terug te vallen. De verwerende partij gaat ook in dit verband voorbij aan het feit dat het de ambtenaar-geneesheer is die ervan uitgaat dat de verzoekende partij kan terugvallen op sociale contacten en familie, en dat hij dan ook concreet en individueel moet onderbouwen dat dit inderdaad het geval is. Zelfs al kan worden aangenomen dat het niet kennelijk onredelijk is te stellen dat de verzoekende partij nog familie en kennissen in Bangladesh heeft, maakt de verwerende partij nog steeds niet duidelijk op grond waarvan het kennelijk redelijk is van de ambtenaar-geneesheer om zonder meer te veronderstellen dat deze personen in staat zouden zijn om bij te dragen in de (zoals reeds herhaaldelijk aangegeven, onbekende) kosten van de noodzakelijke zorgen en opvolging » (RvV - arrest nr. 223.805 van 9 juli 2019).

Bovendien mag de verwerende partij niet geldig aanvoeren dat Meneer N. (...) (afkomstig uit het noordwesten van Kameroen) enerzijds voordeel kan halen uit de opvang van zijn familie, maar anderzijds van hem kan verlangen dat hij zich vestigt in een ander deel van het land waar hij niemand kent. Alle in de MedCOI-databank opgenomen instellingen bevinden zich echter in Yaoundé (Franstalige regio van Kameroen).

Ten vierde volgens de ambtenaar-geneesheer, « Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat hem 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, p. 6). De IOM heeft 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 N. (...), 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.”

3.2. Vooreerst merkt de Raad op dat de verzoekende partij in het enig middel niet uiteenzet waarom of op welke wijze de bestreden beslissing artikel 5 van de Terugkeerrichtlijn, artikel 7 van de Vreemdelingenwet of het recht op een doeltreffende voorziening in rechte schendt. Dit onderdeel van het enig middel is dan ook niet ontvankelijk.

3.3. De in artikel 62 van de Vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 neergelegde uitdrukkelijke motiveringsplicht heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing.

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

De plicht tot uitdrukkelijke motivering houdt evenwel niet in dat de beslissende administratieve overheid de motieven van de gegeven redenen van de beslissing moet vermelden. Zij dient dus niet “verder” te motiveren, zodat derhalve de uitdrukkelijke motivering niet inhoudt dat de beslissende overheid voor elke overweging in haar beslissing “het waarom” of “uitleg” dient te vermelden.

Tevens dient te worden opgemerkt dat indien een beslissing gemotiveerd is met algemene overwegingen of zelfs een voorbeeld zou zijn van een stereotiepe, geijkte en gestandaardiseerde

motivering, dit louter feit op zich alleen nog niet betekent dat de bestreden beslissing niet naar behoren gemotiveerd is.

3.3.1. De Raad stelt vooreerst vast dat het bestreden bevel om het grondgebied te verlaten duidelijk de determinerende motieven aangeeft op grond waarvan dit bevel is genomen. De beslissing motiveert dat aan de verzoekende partij een bevel wordt gegeven om het grondgebied te verlaten binnen de dertig dagen na kennisgeving op grond van artikel 7, eerste lid, 1° van de Vreemdelingenwet omdat de verzoekende partij in het Rijk verblijft zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten, waarbij wordt verduidelijkt dat zij niet aantoonde dat zij in het bezit is van een geldig paspoort en/of een geldig visum.

3.3.2. In de eerste bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag, namelijk artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Ook de feitelijke overwegingen worden weergegeven. Zo wordt er gemotiveerd dat het aangehaalde medisch probleem niet kan worden weerhouden als grond om een verblijfsmachtiging te bekomen in toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Onder verwijzing naar een advies van een ambtenaar-geneesheer van 6 juli 2021 wordt gesteld dat de medische elementen niet weerhouden konden worden en dat derhalve uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat de verzoekende partij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar leven of haar fysieke integriteit, en evenmin aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in haar land van herkomst of het land waar zij gewoonlijk verblijft.

3.3.3. Het advies van de ambtenaar-geneesheer waarnaar uitdrukkelijk wordt verwezen, werd – in gesloten omslag – samen met de bestreden beslissing aan de verzoekende partij ter kennis gebracht. Het maakt dan ook integraal deel uit van de motivering van de bestreden beslissing. De motivering in het advies moet dus eveneens voldoen aan de motiveringsplicht die op de bestuurshandelingen rust.

Het advies luidt als volgt:

*“Geachte heer
(...)Nationaliteit: Kameroen (...)*

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 16.09.2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

Standaard Medisch getuigschrift d.d. 29-07-2019 van Dr. Lecomte met de volgende informatie: o Gekend met HIV sinds 2013 in Kameroen, (27-09-2019 in Slovenië) met behandeling met Atripla o Regelmatige controle noodzakelijk

Schrijven van klinisch psycholoog d.d. 04-07-2019: uitgebreide schets van de voorgeschiedenis , vooral de tocht tot in België door verschillende Europese landen

Schrijven d.d. 15-03-2019 van UMC Utrecht met benadrukken dat betrokkene zijn behandeling strikt dient te volgen

Uit de aangeleverde documenten kunnen we heden besluiten dat betrokkene , een man van heden 43 jaar afkomstig uit Kameroen lijdt aan HIV met nood aan regelmatige controle en behandeling met Atripla= efavirnez/emtricitabine/tenofovir disoproxil

Gezien de attesten reeds dateren van 2019 wordt een update gevraagd.

Een recent SMG d.d. 25-06-2021 van Dr. Rossi. internist, werd ons overgemaakt met de volgende informatie: Gekend met HIV , diagnose in Kameroen in 2013, sinds 2019 in België Actuele therapie: Biktarvy sinds 12-09-2019

We besluiten dat de toestand van betrokkene actueel gunstig evolueert onder therapie met Biktarvy= biktgravir, Emtricitabine en Tenofovir. Een reden voor de overschakeling werd niet meegedeeld.

Er is mogelijks nood aan ondersteuning door een psycholoog maar concrete bewijzen worden heden niet aangereikt.

Er is geen tegenindicatie tot reizen vermeld.

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

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

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

- Aanvraag MedCOI van 04.09.2019 met het unieke referentienummer 12701
Aanvraag MedCOI van 25.06.2021 met het unieke referentienummer 14909

(...)

Biktarvy is niet beschikbaar Gezien er geen reden voor omschakeling meegedeeld is wordt een andere therapie die analoog aan biktarvy (bitegravir is vervangen door efavirenz) is onderzocht namelijk de Atripla waarmee betrokkene jaren gunstig evolueerde:

Availability of medical treatment

*Source BMA 12701
Information Provider Local doctor
Priority Normal (14days)
Request Sent 13/08/2019
Response Received 04/09/2019*

*Gender Female
Age 36
Country of origin Cameroon*

1. In het kader van het MedCOI-project (Medical Country of Origin information) zij het MedCOI-4-projectteam en het EASO (...) MedCOI-team verantwoordelijk voor het verzamelen van informatie over de beschikbaarheid van medische behandelingen in de landen van herkomst. Deze informatie wordt opgeslagen in een niet-openbare databank toegankelijk voor de Europese lidstaten en de projectpartners (Noorwegen + Zwitserland). Het MedCOI-project is een initiatief van het "Bureau Medische Advisering (BMA)" van de Nederlandse Immigratie- en Naturalisatiedienst en wordt momenteel gefinancierd door AMIF (Fonds voor Asiel, Migratie en Integratie) en EASO.

Disclaimer: Bij het zoeken naar beschikbaarheid is de verstrekte informatie beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling in het land van herkomst. Dit document heeft immers niet de bedoeling exhaustief te zijn. Er wordt geen informatie verstrekt over de toegankelijkheid van de behandeling. De informatie wordt met grote zorg verzameld. De MedCOI-4 en EASO MedCOI-projectteams stellen alles in het werk om binnen een beperkt tijdsbestek nauwkeurige transparante en actuele informatie te verstrekken. Aan de inhoud kunnen geen rechten, zoals medische aansprakelijkheid, worden ontleend.

Het MEDCOI-project definieert dat :

- een medische behandeling wordt geacht beschikbaar te zijn wanneer deze op het moment van onderzoek voldoende aanwezig is in het land van herkomst in ten minste één bepaalde (openbare of particuliere) medische instelling.
- een geneesmiddel wordt geacht beschikbaar te zijn wanneer het in principe is geregistreerd in het land van herkomst en daar wordt gedistribueerd in apotheken, drogisterijen of andere plaatsen waar geneesmiddelen kunnen worden verkocht. Het geneesmiddel wordt ofwel geproduceerd ofwel geïmporteerd in het land van herkomst en er is geen bevoorradingsprobleem voor het gevraagde geneesmiddel op het moment van het onderzoek.

Er zij aan herinnerd dat de antwoorden die in het kader van het MedCOI-project worden gegeven, niet bedoeld zijn om exhaustief te zijn (zie Disclaimer), De beschikbaarheid in het land van herkomst beperkt zich dus gezinszins tot de genoemde structuren.

De MedCOI-projectteams ontvangen informatie uit de volgende bronnen:

Lokale artsen die in het land van herkomst werken:

Deze artsen zijn geselecteerd door ambtenaren van het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken of door het EASO MedCOI- team op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria: beschikken over 6 jaar ervaring als arts, betrouwbaar zijn, beschikken over een professioneel medisch netwerk in het land van herkomst, wonen en werken in het land, beschikken over taalvaardigheid en over meer praktische criteria, zoals het beschikken over communicatiemiddelen en voldoende tijd om aanvragen te verwerken. De identiteit van deze lokale artsen, die in het kader van het MedCOI-project zijn gecontracteerd, wordt om veiligheidsredenen beschermd. Hun persoonlijke gegevens en CV's zijn bekend bij de MedCOI projectteams. De exacte specialisatie van deze artsen is niet relevant. Het is namelijk hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst, een selectie criterium om te worden ingehuurd, dat er toe doet. Zo kunnen ze vragen beantwoorden over elke medische specialisatie Internationale SOS (Blue Cross Travel) :

Dit is een toonaangevend internationaal bedrijf dat medische hulp en veiligheidsdiensten verleent. Het heeft kantoren in meer dan 70 landen en een wereldwijd netwerk van 27 ondersteuningscentra, 31 klinieken en 700 externe locaties. International SOS (BCT) is contractueel verplicht om informatie te verstrekken over de beschikbaarheid van medische behandeling in landen over de hele wereld. Meer informatie over deze organisatie is te vinden op de internationale SOS-website: <https://www.internationalsos.com/>.

De medische informatie die door lokaal gecontracteerde artsen en International SOS (BCT) wordt verstrekt, wordt vervolgens geëvalueerd door de artsen van de MedCOI-projectteams.

Medication Atripla (efavirenz + emtricitabine + tenofovir disoproxil)

Medication Group Infections: HIV ; antiretrovirals: combinations

Type: Alternative Medication

Availability Available

Opvolging:

Availability of medical treatment

Source AVA 14909

Information Provider Local doctor

Priority Normal (14days)

Request Sent 24/06/2021 00:00:00

Response Received 25/06/2021 00:00:00

Gender Female

Age 50

Country of Origin Cameroun

Required treatment according to case description Outpatient treatment and follow up by a HIV specialist

Availability Available

Required treatment according to case description Laboratory research HIV: Viral load

Availability Available

Required treatment according to case description Laboratory research HIV: CD4 count

Availability Available

De noodzakelijke medische opvolging is beschikbaar.

In het kader van de opvolging door een psycholoog in het verleden wordt de beschikbaarheid van psychologische ondersteuning onderzocht:

Availability of medical treatment

Source AVA 14909

Information Provider Local doctor

Priority Normal (14days)

Request Sent 24/06/2021 00:00:00

Response Received 25/06/2021 00:00:00

Gender Female
Age 50
Country of Origin Cameroun

Required treatment according to case description Outpatient treatment and follow up by a psychologist
Availability Available

Required treatment according to case description Outpatient treatment and follow up by a psychiatrist
Availability Available

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de opvolging in kader van de HIV en de behandeling met Atripla beschikbaar is in Kameroen. Zo nodig is de psychologische ondersteuning ook beschikbaar.

Vanuit het standpunt van beschikbaarheid van de medische zorg is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar Kameroen.

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

Betrokkene toont niet aan dat hij geen toegang heeft tot de benodigde zorg in het land van herkomst.

Verzoeker haalt aan dat de gezondheidszorg in Kameroen ernstige tekorten kent, dat er sprake is van corruptie en dat er armoede en werkloosheid heerst onder de bevolking. Hij verwijst hierbij naar enkele algemene bronnen. Betrokkene legt geen persoonlijke bewijzen voor die aantonen dat deze algemene informatie op zijn individuele situatie van toepassing zou zijn. Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68). Bovendien dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan 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 bestaat uit een publiek luik, een privésector en de sector van de traditionele geneeskunde en is op drie niveaus georganiseerd. Op het centrale niveau zijn er de algemene en centrale ziekenhuizen, waar het overgrote deel van medische zorgen beschikbaar is. Op het tussenniveau zijn er de regionale ziekenhuizen waar ook algemene heelkunde, pediatrie, hemodialyse en gynaecologische zorgen beschikbaar zijn. Tenslotte zijn er op het perifere niveau de district- en sub-district ziekenhuizen voor kleine

chirurgische ingrepen, vaccinaties en andere eerstelijns hulp.² Er wordt gewerkt met een systeem van doorverwijzing, waarbij men eerst langs gaat bij een primair niveau en naargelang de aard van nood aan zorgen, wordt doorverwezen naar een meer gespecialiseerd niveau.

Er is geen specifiek gezondheidscircuit voor Kameroense burgers, die terugkeren vanuit het buitenland. Bij ziekte, gaat de patiënt gewoon naar de gezondheidsstructuur van zijn keuze.

Betrokkene lijdt aan HIV. De strijd tegen HIV/AIDS vormt een prioriteit voor de Kameroense overheid. Kameroen begon in 2011 met een effectief 5-jaren plan, waarmee het met een brede aanpak de strijd wilde aangaan met HIV/AIDS. Men wilde onder meer de preventie rond HIV verbeteren, de drempel tot de behandeling ervan verlagen, steun bieden aan mensen die besmet zijn en tot een betere samenwerking komen tussen de overheid, de privésector en de NGO's. Het nieuwe strategische plan voor 2014-2017 wilde het aantal nieuwe infecties met 50% reduceren, de levenskwaliteit van mensen met HIV verbeteren door de socio-economische impact op het leven van besmette personen te verminderen en via een verbeterde coördinatie tot een meer gestructureerde aanpak van de ziekte komen.

In 75% van de gezondheidsdistricten zijn er HIV/AIDS-gezondheidscentra, die over een geschikte infrastructuur beschikken.

In Kameroen hebben patiënten met HIV gratis toegang tot de nodige zorgen. Het criterium om gratis toegang te hebben tot de antiretrovirale behandeling is dat men HIV-positief is en dat de CD4-waarde tot 350 of lager is gezakt. Echter, mensen die reeds tot in fase 3 of 4 van de ziekte zijn geëvolueerd, krijgen deze behandeling ook, los van wat de CD4-waarde zou zijn.

Elke persoon die gediagnosticeerd wordt met HIV/AIDS wordt doorverwezen naar een HIV/AIDS gezondheidscentrum. Hier wordt de diagnose bevestigd en wordt een CD4-test uitgevoerd. Wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, heeft hij gratis toegang tot ARV-behandeling en tot psychologische steun.

Het gratis beleid wat betreft de aanpak van HIV/AIDS wordt gefinancierd door de Kameroense overheid in samenwerking met internationale partners zoals The Global Fund to fight AIDS, TBC and Malaria, the UNITID fund, the Bill Gates Foundation, The CDC Atlanta, The Bill Clinton Foundation, etc.

Bewustmakingscampagnes van nationale en internationale NGO's en de gratis toegang tot behandeling zorgen ervoor dat het stigma rond HIV afneemt.

Betrokkene haalt aan dat er regionale verschillen zijn wat betreft de toegankelijkheid van de zorgen. Op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet dient vast te staan dat, indien het een ziekte betreft die dermate ernstig is dat zij valt onder het toepassingsgebied van deze bepaling, er een adequate behandeling mogelijk is in het land van herkomst, niet in de regio van herkomst in het betreffende land. In die zin is de vraag van welke streek betrokkene precies afkomstig is, is niet doorslaggevend. Het volstaat dat wordt vastgesteld dat de behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, waaronder inbegrepen dat van betrokkene redelijkerwijze moet kunnen verwacht worden dat hij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeeft waar hij een behandeling kan verkrijgen.

Verzoeker is 43 jaar oud en legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor. Uit zijn asielrelaas blijkt dat hij in het verleden heeft gewerkt als medewerker in de sector van tweedehands motoronderdelen. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die alsnog gepaard zouden gaan met de noodzakelijke hulp.

Overigens lijkt het onwaarschijnlijk dat betrokkene in Kameroen geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie hij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar en/of voor (tijdelijke) financiële hulp. Tijdens zijn interview d.d. 20.03.2019, in het kader van zijn asielprocedure, verklaarde hij immers dat zijn ouders nog in Kameroen wonen.

Niets verhindert betrokkene derhalve om terug te keren. Het staat hem 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 Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand 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)."

Een eenvoudige lezing van dit medisch advies leert dat hierin uitgebreid wordt ingegaan op de ingeroepen gezondheidsproblemen van de verzoekende partij. Er wordt gemotiveerd voor de beide toepassingsgevallen van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet. Kort gesteld worden de medische stukken die de ambtenaar-geneesheer in ogenschouw heeft genomen opgesomd, wordt de gezondheidssituatie van de verzoekende partij geduid en wordt vermeld dat een tegenindicatie tot reizen niet wordt vermeld en dat er vanuit het standpunt van beschikbaarheid van zorg geen tegenindicatie is voor terugkeer naar het thuisland Kameroen. Er wordt tevens toegelicht waarom de voor de verzoekende partij als noodzakelijk weerhouden medische zorgen, behandeling en opvolging voor haar toegankelijk zijn in Kameroen. De ambtenaar-geneesheer heeft toegelicht op basis van welke gegevens hij tot deze vaststellingen is gekomen, met verwijzing naar de gehanteerde bronnen. Deze motivering kan als pertinent en draagkrachtig worden beschouwd. Uit de uiteenzetting van het middel blijkt ook dat de verzoekende partij op de hoogte is van de motieven in het advies van de ambtenaar-geneesheer.

3.3.4. De verzoekende partij betoogt dat er met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorgen in Kameroen een dubbele motivering is, met name het medisch verslag van de ambtenaar-geneesheer en de MedCOI-databank. De verzoekende partij verwijst vervolgens naar rechtspraak van de Raad van State met betrekking tot motivering door verwijzing en naar het arrest nr. 213 722 van 11 december 2018 van de Raad en meent dat (het vermelden in het medisch advies van) de conclusie van het onderzoek van de antwoorden op de genoemde aanvragen in de MedCOI niet in overeenstemming is met de wet van 29 juli 1991. Zij wijst in die zin ook op arrest nr. 229 733 van 3 december 2019. De verzoekende partij betoogt dat *in casu* de verwerende partij concludeert dat de medische zorgen en behandeling toegankelijk zijn uitsluitend op basis van aanvragen MedCOI, dat het medisch verslag waarnaar de bestreden beslissing verwijst de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCOI niet bevatten, dat daarnaast de artsen die bijdragen aan de MedCOI-databank beschermd worden door anonimiteit, dat daarom noch de verzoekende partij noch de Raad in staat is om de beweringen van de verwerende partij te verifiëren. Bovendien, zo stelt de verzoekende partij betreffende de beschikbaarheid van de zorg, worden in de beslissing uittreksels uit de MedCOI geproduceerd, maar wordt de naam van de instellingen waar de zorgen beschikbaar zouden zijn, noch het publiek of private karakter van deze instellingen vermeld, dat dit niets zegt over de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorgen.

3.3.4.1. De Raad wijst er vooreerst op dat de verwerende partij in de eerste bestreden beslissing verwijst naar het medisch advies van 6 juli 2021 dat onder gesloten omslag in bijlage wordt gevoegd.

Een motivering door verwijzing naar een uitgebracht advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel te voldoen aan bepaalde voorwaarden. Vooreerst moet de inhoud van het stuk waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende zijn gemotiveerd en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgetreden door de verwerende partij (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734).

De verzoekende partij betwist niet dat zij in het bezit is gesteld van het advies en dit haar samen met de bestreden beslissing, onder gesloten omslag, ter kennis is gebracht. Er kan ook worden aangenomen dat het advies van de ambtenaar-geneesheer in de bestreden beslissing wordt bijgetreden.

De Raad stelt voorts vast dat de ambtenaar-geneesheer de aandoening van de verzoekende partij niet betwist. Hij oordeelde wel dat de noodzakelijke medische behandelingen beschikbaar en toegankelijk zijn in Kameroen.

De ambtenaar-geneesheer vermeldt in het medisch advies, meer bepaald in het onderdeel betreffende de beschikbaarheid van bepaalde zorgen en medicatie, bepaalde documenten van de MedCOI alsook de voor het dossier van de verzoekende partij relevante informatie uit deze documenten. Het komt de Raad voor dat de motieven aldus in het medisch advies zelf worden weergegeven, met bronvermelding van het onderzoek waaruit de in het medisch advies weergegeven feitelijke vaststellingen blijken. De

verzoekende partij kan dan ook niet gevolgd worden waar zij lijkt te menen dat de ambtenaar-geneesheer in het medisch advies enkel de conclusie van de raadpleging van de feitelijke gegevens weergeeft, nu de feitelijke vaststellingen uit de onderzoeken van de MedCOI (waarop de conclusie is gebaseerd) uit het medisch advies zelf blijken. De bronnen, met name de MedCOI-documenten, dienen zich alsdan in het administratief dossier te bevinden, wat *in casu* ook het geval is.

Zelfs in de hypothese dat de verwijzing naar de MedCOI-documenten een motivering door verwijzing betreft, wijst de Raad erop dat niet aangetoond wordt dat deze gebrekkig is. De Raad wijst erop, betreffende de beschikbaarheid van de medicatie en de behandelingen, dat in het medisch advies de relevante stukken benoemd worden, hun vindplaats aangegeven wordt, hun voorwerp en kort de inhoud uiteengezet worden. Er wordt gesteld dat de informatie waarnaar verwezen wordt gevoegd werd in het administratief dossier van de betrokkene, dat het informatie betreft afkomstig uit de MedCOI-databank die niet publiek is, dat het een aanvraag MedCOI van 4 september 2019 met uniek referentienummer 12701 en een aanvraag MedCOI van 25 juni 2021 met uniek referentienummer 14909 betreffen waarbij de relevante informatie uit deze documenten betreffende de beschikbaarheid van de medische opvolging, behandelingen en medicatie wordt weergegeven. De Raad stelt vast dat deze documenten zich in het administratief dossier bevinden. Voorts wordt gemotiveerd dat uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de opvolging in het kader van de HIV en de behandeling met Atripla beschikbaar is in Kameroen, dat zo nodig ook psychologische ondersteuning beschikbaar is. Het voorwerp en de inhoud van de stukken waarnaar verwezen wordt, worden dus kort uiteengezet in het medisch advies. Wanneer – zoals *in casu* het geval is – de informatie waarnaar verwezen wordt, is opgenomen in het advies, volstaat het dat in het kort het voorwerp en de inhoud van het stuk worden vermeld, zonder dat het nodig is het stuk *in extenso* over te nemen of het als bijlage te voegen. Immers, de formele motiveringsplicht heeft als bestaansreden dat de rechtsonderhorige zou weten waarom een te zijnen opzichte genomen ongunstige beslissing werd genomen en dit, onder meer, teneinde hem in staat te stellen eventueel op nuttige wijze daartegen op te komen. Hiertoe volstaat dat duidelijk, maar desnoods bondig, in de bestreden beslissing zelf wordt aangegeven op welke gronden zij berust (RvS 29 juni 1993, nr. 43.526; RvS 30 juni 1993, nr. 43.596). Nu duidelijk blijkt dat de verzoekende partij op de hoogte is van de inhoud van de desbetreffende stukken door de korte beschrijving in het bestreden advies, stond het de verzoekende partij vrij in het kader van huidig beroep zich hiertegen te verweren.

In zoverre de verzoekende partij met betrekking tot het toegankelijkheidsonderzoek betoogt dat (het vermelden in het medisch advies van) de conclusie van het onderzoek van de antwoorden op de genoemde aanvragen in de MedCOI niet in overeenstemming is met de wet van 29 juli 1991 en betoogt dat de verwerende partij concludeert dat de medische zorgen en behandeling toegankelijk zijn uitsluitend op basis van aanvragen MedCOI, dat het medisch verslag waarnaar de bestreden beslissing verwijst de reproductie van de relevante uittreksels uit de geraadpleegde MedCOI niet bevat en dus meent dat ook bij het toegankelijkheidsonderzoek gemotiveerd werd door verwijzing en het medisch advies aldus een reproductie van de relevante uittreksels moest bevatten, kan zij niet gevolgd worden. Immers blijken uit het medisch advies zelf alle gegevens en informatie waarop de verwerende partij zich gesteund heeft om te besluiten dat de nodige medicatie en medische behandelingen toegankelijk zijn voor de verzoekende partij in het land van herkomst. De documenten die vermeld worden betreffen enkel bronvermeldingen en geen motivering door verwijzing. Immers wordt niet enkel verwezen naar de informatie die relevant is voor het toegankelijkheidsonderzoek, doch wordt de relevante informatie ook expliciet opgenomen in het medisch advies, dat aan de verzoekende partij ter kennis werd gebracht. De Raad stelt vast dat de documenten waarnaar wordt verwezen in de bronvermelding in het medisch advies, zich in het administratief dossier bevinden. De verzoekende partij kon aldus aan de hand van het medisch advies en de gegevens van het administratief dossier van alle elementen kennis nemen die haar zouden toelaten de vaststellingen te verifiëren en eventueel te weerleggen.

3.3.4.2. De verzoekende partij stelt, betreffende de beschikbaarheid van de zorg, dat in de beslissing uittreksels uit de MedCOI worden geproduceerd, maar dat noch de naam van de instellingen waar de zorgen beschikbaar zouden zijn, noch het publiek of private karakter van deze instellingen worden vermeld, dat dit niets zegt over de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorgen.

Wat betreft de geografische en financiële toegankelijkheid van de zorg wordt in het advies gemotiveerd onder de toegankelijkheid van de zorgen. Voor de bespreking van de geografische en financiële toegankelijkheid en de kritiek van de verzoekende partij hierop verwijst de Raad naar de bespreking onder punten 3.11.1 en 3.12.

De verzoekende partij licht niet toe waarom de ambtenaar-geneesheer gehouden was in het medisch advies de naam en het karakter van de instelling weer te geven. Voorts lijkt de verzoekende partij met haar betoog voorbij te gaan aan het feit dat de gebruikte MedCOI-informatie deels wordt geciteerd in het medisch advies van 6 juli 2021 en verder terug te vinden is in het administratief dossier, zodat zij kan nagaan in welke instelling(en) de zorgen beschikbaar zijn en wat het karakter van deze instelling(en) is. Immers blijkt deze informatie wel degelijk uit de MedCOI-documenten waarnaar verwezen wordt in het medisch advies en die zich in het administratief dossier bevinden. De verzoekende partij kan door raadpleging van het administratief dossier ook kennis nemen van deze informatie.

3.3.4.3. De verzoekende partij maakt verder niet duidelijk waarom zij noch de Raad de vaststellingen in het medisch advies niet zou kunnen verifiëren omdat de artsen die bijdragen aan de MedCOI-databank beschermd worden door anonimiteit. Bovendien wordt in de eerste voetnoot in het advies het volgende uiteengezet: *“Lokale artsen die in het land van herkomst werken: Deze artsen zijn geselecteerd door ambtenaren door het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken of door het EASO MedCOI-team op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria: beschikken over 6 jaar ervaring als arts, betrouwbaar zijn, beschikken over een professioneel medisch netwerk in het land van herkomst, wonen en werken in het land, beschikken over taalvaardigheid en meer praktische criteria, zoals het beschikken over communicatiemiddelen en voldoende tijd om aanvragen te verwerken. De identiteit van deze lokale artsen, die in kader van het MedCOI-project zijn gecontracteerd, wordt om veiligheidsredenen beschermd. Hun persoonlijke gegevens en CV's zijn bekend bij de MedCOI projectteams. De exacte specialisatie van deze artsen is niet relevant. Het is namelijk hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst, een selectie criterium om te worden ingehuurd, dat er toe doet. Zo kunnen ze vragen beantwoorden over elke medische specialisatie.”* En ook: *“De medische informatie die door lokaal gecontacteerde artsen en international SOS (BCT) wordt verstrekt, wordt vervolgens geëvalueerd door de artsen van de MedCOI-projectteams”*. Nu de ambtenaar-geneesheer de informatie verkregen van deze artsen in het kader van het MedCOI-project waarop hij zich steunt verkort heeft opgenomen in het medisch advies, kan de verzoekende partij deze ook toetsen aan de informatie zoals deze haar is gekend of haar ter beschikking staat.

3.3.5. De verzoekende partij wijst verder nog op zeer algemene wijze op de informatie inzake de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgen in Kameroen zoals zij deze, in een zoals zij voorhoudt zorgvuldige studie, voorafgaand aan het nemen van de beslissing heeft aangebracht, maar zonder concreet aan te geven dat omtrent enig aspect in dit verband ten onrechte geen (verdere) motivering is opgenomen.

3.3.6. De verzoekende partij betoogt voorts nog dat de ambtenaar-geneesheer haar tegenwerpt dat zij geen persoonlijke bewijzen aanbrengt dat de algemene informatie op haar individuele situatie van toepassing zou zijn maar dat de ambtenaar-geneesheer zich op even algemene informatie baseert om de Raad ervan te overtuigen dat de zorgen die voor haar nodig zijn in Kameroen beschikbaar en teogankelijk zijn, waarna zij wijst op het arrest Paposhvili en benadrukt dat de overheid de voorzienbare gevolgen moeten nagaan van een verwijdering voor de betrokkene in het land van herkomst, rekening houdend met de algemene situatie en de omstandigheden eigen aan het geval, en meent dat de verwerende partij haar beslissing niet rechtsgeldig heeft gemotiveerd.

Echter blijkt uit de motieven van het medisch advies dat de ambtenaar-geneesheer de beschikbaarheid is nagegaan van de specifiek voor de verzoekende partij benodigde zorgen alsook de toegankelijkheid ervan waar hij zich niet beperkt heeft tot het weergeven van de algemene gezondheidssituatie in het land van herkomst, doch eveneens specifiek voor het geval van de verzoekende partij heeft gemotiveerd dat zij lijdt aan HIV, waarna hij uiteen zet dat de strijd tegen HIV/aids een prioriteit vormt voor de Kameroense overheid, dat in 75% van de gezondheidsdistricten er HIV/aids-gezondheidscentra zijn die over een geschikte infrastructuur beschikken, dat elke persoon die gediagnosticeerd wordt met HIV/aids wordt doorverwezen naar een HIV/aids-gezondheidscentrum, dat hier de diagnose bevestigd wordt en een CD4-test wordt uitgevoerd en dat wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, hij gratis toegang heeft tot ARV-behandeling en tot psychologische steun, dat het gratis beleid wat betreft de aanpak van HIV/aids gefinancierd wordt door de Kameroense overheid in samenwerking met internationale partners, dat bewustmakingscampagnes van nationale en internationale NGO's en de gratis toegang tot behandeling ervoor zorgen dat het stigma rond HIV afneemt. Daarnaast wordt er ook specifiek voor wat betreft de financiële toegankelijkheid van de zorgen voor de verzoekende partij op gewezen dat zij 43 jaar is en geen bewijs

van algemene arbeidsongeschiktheid voorlegt alsook dat uit haar asielrelaas blijkt dat zij in het verleden gewerkt heeft als medewerker in de sector van de tweedehands motoronderdelen.

De verzoekende partij kan *in casu* dan ook geenszins gevolgd worden waar zij zou wensen voor te houden dat de verwerende partij zich beperkt heeft tot het onderzoek van de algemene situatie en de omstandigheden eigen aan haar geval buiten beschouwing heeft gelaten.

3.3.7. Met betrekking tot de door de verzoekende partij aangevoerde rechtspraak van de Raad kan het volstaan op te merken dat in de continentale rechtstraditie arresten geen precedentswaarde hebben en dat de verzoekende partij niet aantoont dat de feitelijke omstandigheden die aanleiding gaven tot de door haar geciteerde arresten identiek zijn aan deze in voorliggende zaak. Het voldaan zijn aan de formele motiveringsplicht dient voor elke voorliggende zaak afzonderlijk te worden nagegaan (cf. RvS 15 januari 2020, nr. 246.625; RvS 25 januari 2019, nr. 13.148 (c)).

3.3.8. De verzoekende partij toont niet aan dat en om welke redenen de eerste bestreden beslissing, samen gelezen met het medisch advies, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht. De motieven van deze bestreden beslissing, samen gelezen met het medisch advies, alsook de motieven van het bestreden bevel kunnen er op eenvoudige wijze in worden gelezen, zodat de verzoekende partij er kennis van heeft kunnen nemen en heeft kunnen nagaan of het zin heeft deze beslissingen aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover zij in rechte beschikt.

3.3.9. Een schending van de uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals vervat in artikel 62, §2 van de Vreemdelingenwet en in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 wordt niet aangetoond.

3.4. Waar de verzoekende partij de eerste bestreden beslissing inhoudelijk bekritiseert, dient het middel te worden onderzocht vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht.

Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht is de Raad niet bevoegd 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 bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet in onredelijkheid tot haar besluit is gekomen.

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheidsplicht legt de overheid onder meer op om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 november 2012, nr. 221.475).

Bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn.

3.5. De schending van de materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel wordt onderzocht in het licht van de toepasselijke bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, waarvan de verzoekende partij eveneens de schending aanvoert.

Artikel 9ter, §1, eerste lid van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

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

Deze bepaling houdt duidelijk verschillende mogelijkheden in die onafhankelijk van elkaar moeten worden getoetst. Concreet houdt deze bepaling in dat er enerzijds gevallen zijn van een vreemdeling die actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, d.w.z. het ingeroepen risico voor het leven of een aantasting van de fysieke integriteit

moet imminent aanwezig zijn en de vreemdeling is daardoor niet in staat om te reizen. Anderzijds is er het geval van de vreemdeling bij wie er actueel geen reëel risico is voor diens leven of fysieke integriteit en die dus in principe kan reizen maar die, indien er geen adequate behandeling voorhanden is voor zijn ziekte of aandoening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, het risico loopt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Ook al betreft het in dit laatste geval geen acute levensbedreigende ziekte, er is wel een zekere vorm van ernst vereist voor wat betreft de ingeroepen ziekte of aandoening (cf. RvS 5 november 2014, nrs. 229.072 en 229.073).

Artikel 9ter, §1, laatste lid van de Vreemdelingenwet bepaalt verder:

“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 getuigenschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.”

3.6. De Raad benadrukt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische gegevens uitsluitend tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer behoren en het de Raad niet toekomt de (medische) beoordeling van de ambtenaar-geneesheer te betwisten (RvS 15 januari 2014, nr. 10.218 (c)).

3.7. Uit artikel 9ter van de Vreemdelingenwet volgt nog dat het advies van de ambtenaar-geneesheer, waarin deze vaststelt dat de ziekte niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in §1 van deze bepaling, beslissend is voor het ongegrond verklaren van de aanvraag om machtiging tot verblijf.

3.8. De verzoekende partij betwist op zich niet dat de ambtenaar-geneesheer haar huidige gezondheidstoestand correct heeft weergegeven in zijn advies.

Zij stelt enkel op zeer algemene wijze dat de verwerende partij door haar niet te onderzoeken de ambtenaar-geneesheer een zorgvuldig en rigoureuus onderzoek van haar situatie heeft vermeden.

3.8.1. Vooreerst wijst de Raad erop dat de verzoekende partij zich niet dienstig kan beroepen op een schending van artikel 62, §1 van de Vreemdelingenwet en het hoorrecht vervat in deze bepaling.

Voormelde bepaling luidt als volgt :

“§ 1.

Wanneer er wordt overwogen om het verblijf van een vreemdeling die gemachtigd of toegelaten is tot een verblijf van meer dan drie maanden op het grondgebied van het Rijk of die het recht heeft om er meer dan drie maanden te verblijven, te beëindigen of in te trekken wordt de betrokkene hiervan schriftelijk op de hoogte gebracht en wordt hem de mogelijkheid geboden om de relevante elementen aan te voeren die het nemen van een beslissing kunnen verhinderen of beïnvloeden.

Vanaf de ontvangst van het in het eerste lid bedoelde geschrift beschikt de betrokkene over een termijn van vijftien dagen om de relevante elementen schriftelijk over te zenden. Rekening houdend met de omstandigheden eigen aan het geval kan deze termijn worden ingekort of verlengd, indien dat nuttig of noodzakelijk blijkt te zijn voor het nemen van een beslissing.

De in het eerste lid bedoelde verplichting is niet van toepassing in de volgende gevallen :

1° indien redenen van Staatsveiligheid zich daartegen verzetten;

2° indien de bijzondere omstandigheden, eigen aan dit geval, dit in de weg staan of dit verhinderen, omwille van hun aard of ernst;

3° de betrokkene is onbereikbaar.”

De geboden mogelijkheid om relevante elementen aan te voeren is in voormelde bepaling dus enkel voorzien in geval van beslissingen tot intrekking of beëindiging van een verblijfsmachtiging of verblijfsrecht van meer dan drie maanden op het grondgebied. *In casu* blijkt geenszins dat de eerste bestreden beslissing een dergelijke beslissing betreffen.

3.8.2. De hoorplicht vormt evenwel een beginsel van behoorlijk bestuur en dient derhalve door de verwerende partij als dusdanig wel in aanmerking te worden genomen.

In casu dient evenwel te worden opgemerkt dat de eerste bestreden beslissing een antwoord vormt op een verzoek van de verzoekende partij om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd en dat de verzoekende partij de kans had om de vereiste toelichtingen te verstrekken in haar aanvraag en deze met alle nodige stukken te onderbouwen en op die wijze haar standpunt kenbaar maken. De verzoekende partij gaat tevens voorbij aan het feit dat de eerste bestreden beslissing geen eenzijdig door de overheid opgelegde maatregel is, doch een bestuurshandeling die een weigering inhoudt om een door haar gevraagd voordeel te verlenen en een dergelijke beslissing niet is onderworpen aan tegenspraak (RvS 17 september 2001, nr. 98.879; RvS 15 juli 2008, nr. 185.402; cf. ook I. OPDEBEEK, *Beginnelsen van behoorlijk bestuur in Administratieve rechtsbibliotheek*, Brugge, die Keure, 2006, 247), zodat haar uiteenzetting wat dit onderdeel van het middel betreft hoe dan ook niet dienstig is.

De verzoekende partij toont bovendien zelfs niet aan dat zij nog bijkomende nuttige inlichtingen had kunnen verstrekken indien zij zou zijn uitgenodigd voor een onderhoud. Zij betoogt enkel dat de ambtenaar-geneesheer door haar niet te onderzoeken een zorgvuldig en rigoureuus onderzoek van haar situatie heeft vermeden, doch licht niet toe op welke wijze een onderzoek door de ambtenaar-geneesheer had kunnen leiden tot bijkomende nuttige informatie.

3.8.3. De verzoekende partij meent aldus dat de ambtenaar-geneesheer, door haar niet te onderzoeken, heeft afgezien van een zorgvuldig en rigoureuus onderzoek van haar situatie, dat zij geniet van artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, dat het Grondwettelijk Hof in haar arrest nr. 82/2012 van 28 juni 2012 oordeelde dat er geen enkele aanwijzing is dat de wetgever in dit verband heeft willen afwijken van de rechten van de patiënt die zijn vastgelegd in de wet van 22 augustus 2002 en dat de aangestelde ambtenaar-geneesheer verplicht is zich te houden aan de code van de medische ethiek van de Nationale Orde van Geneesheren, met inbegrip van de daarin voorgeschreven regels van onafhankelijkheid en ethiek, dat om dezelfde reden de verwerende partij ook haar zorgvuldigheidsplicht, die inhoudt dat zij zich op afdoende wijze dient te informeren over alle relevante elementen om met kennis van zaken een beslissing te kunnen nemen, negeert.

De in een medische deontologische code geopperde disciplinaire principes, voorschriften en gedragsregels maken geen afdwingbare wetgeving uit, zodat de verzoekende partij zich hierop niet kan beroepen om de onwettigheid van de eerste bestreden beslissing aan te voeren. De Raad kan immers geen wettigheidscontrole uitoefenen inzake een medische deontologische code die een gids of leidraad betreft en disciplinaire gedragsregels omvat en die aldus geen wetgeving of een juridisch bindende norm uitmaakt. Een eventuele niet-naleving van zulke disciplinaire code kan niet tot de onwettigheid van de eerste bestreden beslissing leiden. Dat de ambtenaar-geneesheer overeenkomstig punt B.15. van het aangehaalde arrest nr. 82/2012 van het Grondwettelijk Hof inderdaad gehouden is de Code van medische deontologie (op dat moment nog de Code van geneeskundige plichtenleer) na te leven, doet dan ook niet ter zake in het licht van een beoordeling van de wettigheid van de eerste bestreden beslissing.

Artikel 9ter, §1, laatste lid van de Vreemdelingenwet voorziet dat er een advies wordt verschaft door een ambtenaar-geneesheer die zo nodig de vreemdeling kan onderzoeken of bijkomend advies kan inwinnen van deskundigen. Hieruit blijkt dus geen verplichting. Het is de ambtenaar-geneesheer toegestaan om zich voor zijn advies louter te baseren op de neergelegde medische attesten zonder de vreemdeling zelf te onderzoeken of bijkomend advies van een deskundige in te winnen, indien hij de mening is toegedaan dat hij ook zonder een eigen onderzoek of bijkomend advies een onderbouwd advies kan geven. De Raad herhaalt dat het onderzoek en de appreciatie van de door de vreemdeling aangebrachte medische elementen, inclusief de medische attesten die worden voorgelegd bij de aanvraag, uitsluitend behoren tot de bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer die hierbij volledig wordt vrijgelaten. Het behoort tevens tot de uitsluitende bevoegdheid van de ambtenaar-geneesheer om te oordelen of hij de voorgelegde attesten voldoende acht om een advies te kunnen verstrekken over de in artikel 9ter, §1 van de Vreemdelingenwet vermelde risico's en de mogelijkheden van behandeling in het land van herkomst. Hierbij wijst de Raad er nog op dat niet blijkt dat de ambtenaar-geneesheer de door de behandelende arts gestelde diagnose of de voorgestelde medicatie en behandelingen betwist, minstens toont de verzoekende partij dit niet aan. De verzoekende partij toont dan ook niet aan dat een onderzoek van de verzoekende partij nodig was. De verzoekende partij blijft in gebreke concrete argumenten aan te brengen die kunnen aantonen dat er wel degelijk een noodzaak was om over te gaan tot een persoonlijk onderzoek en maakt in die zin geenszins aannemelijk dat de ambtenaar-geneesheer, door haar niet te onderzoeken, heeft afgezien van een zorgvuldig en rigoureuus onderzoek.

In de mate dat de verzoekende partij in dit verband nog de schending aanvoert van artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, merkt de Raad op dat deze bepaling luidt als volgt: *“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.”* De verzoekende partij maakt met haar betoog en mede gelet op het voorgaande niet aannemelijk dat deze bepaling bij het opstellen van het medisch advies van 6 juli 2021 of bij het nemen van de thans bestreden beslissing werd geschonden.

Gelet op voormelde vaststellingen maakt de verzoekende partij met haar betoog evenmin een schending van de zorgvuldigheidsplicht aannemelijk.

3.8.4. De mening van de federale ombudsman, die in feite wetskritiek betreft, kan voorts geen afbreuk doen aan voormelde vaststellingen.

3.8.5. Gelet op voormelde vaststellingen wordt een schending van de hoorplicht, van de rechten van verdediging en van het zorgvuldigheidsbeginsel niet aannemelijk gemaakt.

3.9. Wat het eerste toepassingsgeval van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet betreft, met name de vraag of er sprake is van een ziekte waardoor de vreemdeling actueel lijdt aan een levensbedreigende ziekte of een aandoening die actueel een gevaar oplevert voor zijn fysieke integriteit, oordeelt de ambtenaar-geneesheer, zo blijkt uit het medisch advies, dat uit de aangeleverde stukken blijkt dat het gaat om een man van 43 jaar afkomstig uit Kameroen die lijdt aan HIV met nood aan regelmatige controle en behandeling met Atripla, dat de toestand van de verzoekende partij actueel gunstig evolueert onder therapie met Biktarvy, dat een reden voor de overschakeling niet werd meegedeeld, dat er mogelijks nood is aan ondersteuning door een psycholoog maar dat hiervoor geen concrete bewijzen worden aangeleverd en dat er geen tegen tegenindicatie tot reizen wordt vermeld.

De verzoekende partij betwist voormelde motieven niet.

3.10. Inzake het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet erkent de ambtenaar-geneesheer verder dat de ziekte-toestand van de verzoekende partij een voldoende ernst heeft om hieronder te vallen en dat er een reëel risico op onmenselijke of vernederende behandelingen kan bestaan indien zij bij een terugkeer naar haar land van herkomst de nodige medische zorgen niet meer kan genieten. Het onderzoek spitst zich dan ook toe op de vraag of de verzoekende partij voor haar gezondheidsproblemen ook de nodige adequate medische zorgen kan verkrijgen in haar land van herkomst. De ambtenaar-geneesheer heeft geoordeeld dat de nodige adequate medische zorgen, behandeling en opvolging voor de verzoekende partij ook beschikbaar en toegankelijk zijn in haar land van herkomst, beoordeling die de verzoekende partij betwist.

3.11. De Raad bespreekt allereerst de kritiek van de verzoekende partij met betrekking tot de vastgestelde beschikbaarheid van de vereiste medische zorgen in haar land van herkomst.

Zoals reeds werd aangestipt, stelt de ambtenaar-geneesheer – met verwijzing naar verschillende documenten van de MedCOI-databank – vast dat opvolging in het kader van de HIV en de behandeling met Atripla beschikbaar is in Kameroen, dat zo nodig ook psychologische ondersteuning beschikbaar is.

3.11.1. De verzoekende partij betoogt dat de ambtenaar-geneesheer, uitsluitend op grond van de informatie in de MedCOI-databank, verklaart dat de medische opvolging en de haar voorgeschreven geneesmiddelen in Kameroen beschikbaar zijn, dat in de disclaimer met betrekking tot het MedCOI-project staat vermeld dat *“Bij het zoeken naar beschikbaarheid is de verstrekte informatie beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling in het land van herkomst”*, dat deze disclaimer aantoont dat het project de beschikbaarheid van de zorgen in het land van herkomst alleen analyseert op basis van informatie die in het algemeen in één zorginstelling wordt verzameld, dat dergelijke informatie twijfels doet rijzen over de serieusheid van deze studie, die bedoeld is om de beschikbaarheid van zorgen op nationaal niveau te beoordelen, dat het feit dat een medisch centrum over de vereiste zorgen beschikt, niet betekent dat deze beschikbaar zijn op het niveau van de nationale vraag.

Het gegeven dat de geleverde informatie is beperkt tot de beschikbaarheid van een medische behandeling in een specifiek ziekenhuis of gezondheidsinstelling, laat evenwel niet toe om de betrouwbaarheid of ernst van deze informatie in vraag te stellen. Het gegeven dat in de MedCOI-

aanvragen veelal enkel wordt verwezen naar de beschikbaarheid van de behandeling in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling betekent trouwens ook geenszins dat deze niet ruimer beschikbaar is. Dit gegeven zoals aangebracht door de verzoekende partij kan hooguit de vraag doen rijzen naar de reële toegankelijkheid van de medische behandeling voor de betrokken vreemdeling. De ambtenaar-geneesheer heeft de toegankelijkheid van de medische zorgen voor de verzoekende partij evenwel afzonderlijk onderzocht, aan de hand van bijkomende bronnen die weliswaar ook veelal afkomstig zijn van de MedCOI-databank maar die zich niet beperken tot de vaststelling van de beschikbaarheid in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en waarin wel degelijk ruimere informatie over de toegankelijkheid van de medische zorgen kan worden teruggevonden. Zo wordt er onder meer op gewezen dat de strijd tegen HIV/aids een prioriteit is voor de Kameroense overheid, dat zij in 2011 begon met een effectief 5-jarenplan, waarmee het met een brede aanpak de strijd wilde aangaan met HIV/aids, dat men onder meer wilde de preventie rond HIV verbeteren, de drempel tot behandeling ervan verlagen, steun bieden aan mensen die besmet zijn en tot een betere samenwerking komen tussen de overheid, de privésector en de NGO's, dat het nieuwe strategische plan voor 2014-2017 het aantal nieuwe infecties wilde reduceren met 50%, de levenskwaliteit van mensen met HIV verbeteren door de socio-economische impact op het leven van besmette personen te verminderen en via een verbeterde coördinatie tot een meer gestructureerde aanpak van de ziekte te komen, dat in 75% van de gezondheidsdistricten er HIV/aids-gezondheidscentra zijn die over een geschikte infrastructuur beschikken, dat elke persoon die gediagnosticeerd wordt met HIV/aids wordt doorverwezen naar een HIV/aids-gezondheidscentrum, dat hier de diagnose bevestigd wordt en een CD4-test wordt uitgevoerd en dat wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, hij gratis toegang heeft tot ARV-behandeling en tot psychologische steun. De verzoekende partij toont niet aan dat zij niet zou kunnen genieten van de beschikbare zorgen en medicatie.

Het betoog van de verzoekende partij vermag de motivering van de ambtenaar-geneesheer inzake de beschikbaarheid van de medische zorgen niet onderuit te halen.

3.11.2. Daarnaast betoogt de verzoekende partij dat Biktarvy en Atripla verschillende medicijnen zijn, dat de door de ambtenaar-geneesheer voorgestelde alternatieve geneesmiddelen nooit op haar uitgetoetst werden en haar lichaam ze misschien niet kan verdragen, waarna zij wijst op verschillende arresten van de Raad. Zij stelt dat de redenering uit de arresten in dit geval volledig van toepassing is aangezien de ambtenaar-geneesheer op geen enkel moment de mogelijkheid en effectiviteit van een dergelijke vervanging van het geneesmiddel heeft aangetoond, dat bijgevolg de verwerende partij haar zorgvuldigheidsplicht heeft geschonden door na te gaan of een medische behandeling beschikbaar was die niet overeenkwam met die van haar, zonder ervoor te zorgen dat een wijziging van haar behandeling passend zou zijn.

De Raad stelt vast dat de ambtenaar-geneesheer vooreerst als actuele medicatie het product weerhoudt dat vermeld wordt op het recentste standaard medisch getuigschrift van 25 juni 2021 met als naam Biktarvy, waarbij zij de beschikbaarheid in Kameroen nagaat en stelt dat Biktarvy niet beschikbaar is in Kameroen. Echter wijst hij er op dat gezien er geen reden voor omschakeling is meegedeeld, waarbij hij er elders in het medisch advies op wijst dat de verzoekende partij in 2019 behandeld werd met Atripla, deze andere therapie waarmee de verzoekende partij jaren gunstig evolueerde en die analoog is aan Biktarvy (bitegravir is vervangen door efavirenz) onderzocht wordt, waarna wordt geconcludeerd dat de behandeling met Atripla beschikbaar is in Kameroen.

De ambtenaar-geneesheer heeft aldus toegelicht waarom hoewel Biktarvy niet beschikbaar is, wel kan geoordeeld worden dat de noodzakelijk geachte behandeling (op vlak van medicatie) beschikbaar is in Kameroen, met name omdat deze medicatie kan vervangen worden door een analoog medicijn dat wel beschikbaar is in Kameroen. De verzoekende partij stelt dat het verschillende medicijnen betreft maar betwist niet dat het analoge geneesmiddelen betreft.

De verzoekende partij toont geenszins aan dat deze vaststelling van de ambtenaar-geneesheer in het licht van de beoordeling conform artikel 9ter van de Vreemdelingenwet foutief of in het individueel geval van de verzoekende partij niet van toepassing is. De Raad wijst er bovendien op dat de verzoekende partij geen medisch stuk aanbrengt waarin de behandelende arts aangeeft dat het gestelde door de ambtenaar-geneesheer niet zou kunnen worden aangenomen.

Conform artikel 9ter, §1, eerste lid van de Vreemdelingenwet kan *“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, (...) een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.”

Artikel 9ter, §1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet bepaalt dat *“de beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.”*

In de memorie van toelichting bij het ontwerp dat tot het voornoemde artikel 9ter van de Vreemdelingenwet heeft geleid, wordt eveneens vermeld dat de appreciatie van de medische attesten waarop de vreemdeling zich steunt wordt overgelaten aan de ambtenaar-geneesheer die een advies geeft aan de gemachtigde, dat de ambtenaar-geneesheer volledig vrij wordt gelaten in haar beoordeling van de medische elementen en dat zij, indien zij dit noodzakelijk acht, het advies van deskundigen kan inwinnen.

Bij het onderzoek naar de mogelijkheid van een “adequate behandeling” mag de ambtenaar-geneesheer nagaan of analogen van de nodige medicatie, *in casu* Biktarvy, beschikbaar zijn in het land van herkomst. Het is niet vereist dat het medicijn zelf als merk of een identiek medicijn met een andere merknaam beschikbaar is. Verder volstaat het dat een werkzame behandeling mogelijk is in het land van herkomst, zonder dat is vereist dat deze behandeling op hetzelfde niveau staat als de behandeling in België. De ambtenaar-geneesheer is derhalve niet verplicht om rekening te houden met eventuele bijwerkingen van equivalente medicijnen, tenzij daardoor geen werkzame behandeling mogelijk zou zijn of de bijwerkingen van die aard zouden zijn dat de verzoekende partij zou worden blootgesteld aan een reëel risico voor haar leven of fysieke integriteit of aan een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling. Door louter te citeren uit een tekst waaruit blijkt wat de neveneffecten van Altripa zijn, toont de verzoekende partij geenszins aan dat een behandeling niet werkzaam is of dat de bijwerkingen van deze analoge medicatie van die aard zouden zijn dat zij zou worden blootgesteld aan een reëel risico voor haar leven of fysieke integriteit of aan een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling. De verzoekende partij haalt verder geen elementen aan waaruit zou kunnen blijken dat in haar specifieke geval de behandeling met een alternatief of equivalent geneesmiddel geen adequate behandeling in de zin van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet zou zijn (RvS 5 juni 2020, nr. 247.716).

Bovendien blijkt uit de voormelde motieven waarom de ambtenaar-geneesheer van mening is dat een analoog geneesmiddel *in casu* passend is voor de verzoekende partij. Hij wijst er immers op dat de verzoekende partij jaren gunstig evolueerde onder therapie met Altripa en dat geen reden voor omschakeling naar Biktarvy werd meegedeeld. De verzoekende partij kan dan ook geenszins dienstig betogen dat de door de ambtenaar-geneesheer voorgestelde alternatieve geneesmiddelen nooit op haar uitgetoetst werden en haar lichaam ze misschien niet kan verdragen en dat de ambtenaar-geneesheer op geen enkel moment de mogelijkheid en effectiviteit van een dergelijke vervanging van het geneesmiddel heeft aangetoond.

Met betrekking tot de door de verzoekende partij aangevoerde rechtspraak van de Raad kan het volstaan op te merken dat in de continentale rechtstraditie arresten geen precedentswaarde hebben.

3.11.3. In het kader van de beschikbaarheid van de nodige behandelingen, gaat de verzoekende partij vervolgens in op het Kameroense verzorgingsstelsel in het algemeen.

In een krantenartikel van 29 januari 2016 wordt gewezen op de erbarmelijke staat van bepaalde hospitalen en ‘dispensaires’, de zwakke medische apparatuur, de bedenkelijke kwaliteit van de voorgeschreven geneesmiddelen alsook de hoge prijs van medicijnen, de ontvangst bij de ziekenhuisdiensten, het gebrek aan drinkwater, elektriciteit en voldoende bedden, discriminaties en het gebrek aan personeel in bijna alle publieke en privé gezondheidsinstellingen in Kameroen. Uit een tekst van de Global health workforce alliance blijkt dat Kameroen een humanitaire gezondheidscrisis doormaakt, waar gesteld wordt, op basis van informatie van 2010, dat er in Kameroen 1,1 dokter en 7,8 verpleegsters zijn voor een bevolking van 10.000 personen. Uit een rapport van 2017/2018 blijkt dat het conflict met Boko Haram gezorgd heeft voor interne migratiestromen wat ook gezorgd heeft voor een

beperkte toegang tot sociale diensten, dat in december 3,3 miljoen mensen, van wie 61% in de “Far North Region”, nood hadden aan humanitaire hulp, inclusief voedsel en medische hulp, dat humanitaire toegang beperkt was door het conflict. Uit een krantenartikel van 25 novembr 2018 blijkt dat Kameroense dokters overweldigd worden door patiënten, dat de dokter-patiënt ratio in rurale gebieden 1 per 50.000 bedraagt in plaats van 1 per 10.000 zoals aanbevolen door de WHO, doch dat in Douala en Yaounde deze standaard wel bereikt wordt, dat in augustus Kameroen meldde dat medische staf hospitalen ontvluchtte in de Engels-sprekende regio's na aanvallen. De verzoekende partij wijst er voorts op dat de Europese Commissie erkent, zo blijkt uit een tekst geupdated op 7 juni 2019, dat Kameroen op drie vlakken een humanitaire crisis kent, dat in de “Far North Region” het Minawao kamp 57.000 vluchtelingen herbergt en dat er rond het kamp nog een geschatte 47.000 vluchtelingen verblijven, terwijl het aantal vluchtelingen in de “East Region” 257.000 bedraagt, dat 70% van de vluchtelingen in de lokale gemeenschappen leeft, daardoor de druk op de toegang tot diensten zoals gezondheidszorg opdrijvend, alsook dat de CICR er in dezelfde zin op wijst dat in 2017 de personen die hun dorpen ontvlucht zijn door geweld voor het grootste deel zijn terechtgekomen in kwetsbare samenlevingen, dat deze situatie weegt op de reeds zeer beperkte middelen van de gastsamenlevingen, dat de toegang tot voedsel, drinkwater en medische zorg, zeer moeilijk is. Vervolgens stelt de verzoekende partij dat de situatie in de gezondheidssector zo dramatisch is dat de Wereldbank besloten heeft een programma te financieren ter verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor vluchtelingen en mensen die in arme gebieden in Kameroen wonen, dat het OSAR in een artikel van 15 februari 2019 de veroudering en het gebrek aan apparatuur, de ongelijke verdeling ervan en het gebrek aan onderhoud van de infrastructuur aan de kaak stelt. Tot slot wijst de verzoekende partij nog op rapporten en bronnen met betrekking tot toegang tot de gezondheidszorg in de Noordwestelijke regio waarvan zij afkomstig is.

De verzoekende partij citeert uit verschillende bronnen en rapporten doch verduidelijkt geenszins uit welke elementen blijkt dat de voor haar benodigde behandeling en medicatie voor haar niet beschikbaar zouden zijn in Kameroen.

De geciteerde bronnen hebben voor het merendeel slechts betrekking op de algemene situatie in Kameroen en gaan niet in op de beschikbaarheid van de concrete zorgen en medicatie die de verzoekende partij nodig heeft. Deze algemene bronnen over de Kameroense algemene gezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg in de Noordwestelijke regio van Kameroen, kunnen geen afbreuk doen aan de MedCOI-informatie waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd. Deze heeft immers specifiek betrekking op de behandeling die de verzoekende partij nodig heeft. Zoals reeds werd aangestipt, stelt de ambtenaar-geneesheer – met verwijzing naar verschillende documenten van de MedCOI-databank – dat Altripa en de nodige opvolging in het kader van HIV beschikbaar is alsook, zo nodig, psychologische ondersteuning beschikbaar is. Door enkel te wijzen op een tekst waarin melding wordt gemaakt van de slechte kwaliteit van medicatie, toont de verzoekende partij geenszins aan dat voor haar geen adequate behandeling beschikbaar is in Kameroen. De ambtenaar-geneesheer heeft ook de toegankelijkheid van de medische zorgen voor de verzoekende partij onderzocht aan de hand van bijkomende bronnen die ook afkomstig zijn van de MedCOI-databank en die zich niet beperken tot de vaststelling van de beschikbaarheid in een welbepaalde kliniek of gezondheidsinstelling en waarin ruimere informatie over de toegankelijkheid van de medische zorgen kan worden teruggevonden. Zo wordt er op gewezen dat in 75% van de gezondheidsdistricten er HIV/aids-gezondheidscentra zijn die over een geschikte infrastructuur beschikken, dat elke persoon die gediagnosticeerd wordt met HIV/aids doorverwezen wordt naar een HIV/aids gezondheidscentrum, dat wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, hij gratis toegang heeft tot ARV-behandeling en tot psychologische steun, dat het gratis beleid wordt gefinancierd door de Kameroense overheid in samenwerking met de internationale partners. Door het enkel aanhalen van algemene informatie over de algemene gezondheidszorg in Kameroen of in de Noordwestelijke regio van Kameroen, weerlegt de verzoekende partij geenszins voormelde informatie over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de specifiek voor haar benodigde zorgen, met name medicatie en opvolging voor HIV en eventueel psychologische ondersteuning. Uit de door de verzoekende partij geciteerde informatie blijkt niet dat de erin vermelde problemen evenzeer betrekking zouden hebben op de HIV/aids gezondheidscentra waarnaar verwezen wordt in het medisch advies van 6 juli 2021. De verzoekende partij toont met haar verwijzingen niet aan dat zij niet terecht kan in de HIV/aids gezondheidscentra, noch dat zij aldaar niet zou kunnen genieten van psychologische ondersteuning indien nodig. Aldus door enkel te citeren uit rapporten, artikels en andere bronnen over de algemene gezondheidstoestand in Kameroen of in een bepaalde regio van Kameroen, weerlegt noch ontkracht de verzoekende partij de motieven van het medisch advies van 6 juli 2021 die wijzen op de beschikbaarheid en toegankelijkheid voor haar van de voor haar benodigde zorgen. De algemene informatie over de Kameroense gezondheidszorg in het algemeen, die melding maakt van meerdere

pijnpunten, doet geen afbreuk aan de MedCOI-informatie die specifiek betrekking heeft op de behandeling die de verzoekende partij nodig heeft en waarop de ambtenaar-geneesheer zich heeft gebaseerd. Het betoog van de verzoekende partij vermag de motivering van de ambtenaar-geneesheer inzake de beschikbaarheid van de medische zorgen niet onderuit te halen.

De Raad stelt ook vast dat veel van de aangehaalde problemen, zoals blijkt uit de teksten of uitdrukkelijk aangehaald door de verzoekende partij, regio-gebonden zijn. Zoals ook wordt aangehaald in het medisch advies, en overigens niet betwist door de verzoekende partij, volgt uit de bewoordingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet dat in beginsel slechts dient vast te staan dat er een adequate behandeling mogelijk is in *“het land van herkomst”* en niet in de regio van herkomst in het betreffende land. In zoverre de verzoekende partij dit zou veronderstellen, dient de ambtenaar-geneesheer niet te onderzoeken of de verzoekende partij in de onmiddellijke omgeving van haar vroegere woonplaats een adequate behandeling voor haar aandoening kan krijgen, doch slechts of deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst of het land waar zij gewoonlijk verblijft, waaronder inbegrepen dat van de verzoekende partij redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat zij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeeft waar de verzoekende partij een behandeling kan verkrijgen. Dat dit *in casu* niet het geval zou zijn, wordt niet aangetoond. De Raad wijst er in dit verband ook nog op dat de ambtenaar-geneesheer heeft vastgesteld dat er geen tegenindicatie tot reizen wordt vermeld en deze vaststelling door de verzoekende partij niet wordt weerlegd.

Bovendien toont de verzoekende partij geenszins aan dat de door haar benodigde zorgen, behandeling en opvolging niet beschikbaar en/of toegankelijk zouden zijn in haar regio van herkomst.

Zelfs indien zou blijken dat een adequate behandeling niet mogelijk is in haar regio van herkomst – wat aldus door de verzoekende partij geenszins wordt aannemelijk gemaakt – kan de Raad enkel vaststellen dat het de verzoekende partij niet verboden is zich te vestigen in een andere regio dan de regio van herkomst. De eerste bestreden beslissing verplicht de verzoekende partij niet terug te keren naar haar regio van herkomst. De verzoekende partij toont niet met concrete argumenten aan dat het voor haar onmogelijk zou zijn zich te vestigen in een andere regio in Kameroen, alwaar de nodige medicatie, opvolging en behandeling voor haar beschikbaar en toegankelijk zijn. In dit licht wijst de Raad erop dat uit de informatie in het administratief dossier blijkt dat het nodige geneesmiddel en de opvolging beschikbaar is in Yaoundé alsook dat psychologische opvolging mogelijk is in Yaoundé. Uit de door de verzoekende partij geciteerde teksten blijkt overigens dat er voldoende artsen zijn in Yaoundé, volgens de WHO-standaard, dat Yaoundé ook een of meerdere nationale ziekenhuizen bevat, de meest uitgeruste van het land en die beschouwd worden als referentiecentrum alsook dat er een gespecialiseerd centrum is met een adequate technische dienst om mentale gezondheidsproblemen te behandelen. De verzoekende partij toont niet aan dat zij in deze ziekenhuizen of centra niet terecht kan om de nodige zorgen te bekomen en evenmin dat het voor haar onmogelijk zou zijn om zich daar te vestigen om de nodige zorgen te krijgen.

3.11.4. Vervolgens gaat de verzoekende partij wel concreet in op de beschikbaarheid van de specifieke zorgen die zij behoeft.

De verzoekende partij betoogt dat verschillende onderzoeken aantonen dat HIV-behandeling met antiretrovirale middelen om verschillende redenen een zeer hoog faalpercentage heeft. De verzoekende partij citeert paragrafen uit een tekst doch licht geenszins toe uit welke elementen blijkt dat de voor haar benodigde behandeling en medicatie niet beschikbaar zouden zijn.

Uit de geciteerde paragrafen in het verzoekschrift blijkt dat wordt verduidelijkt dat dit falen kan geassocieerd worden met een onvoldoende medische begeleiding, met name een zwakke beschikbaarheid van hulpmiddelen die een betere opvolging van de evolutie van de behandeling alsook een snelle tussenkomst om te verbeteren verzekeren. Daarnaast wordt er ook gewezen op weerstand tegen de medicatie omwille van het feit dat personen vergeten een behandeling te nemen of ze niet willen nemen, ze niet kunnen betalen, problemen hebben naar het ziekenhuis te gaan of effecten hebben gekend die ertoe leiden dat ze de behandeling stoppen alsook omwille problemen met de stock en de voorzieningen.

De Raad stelt vooreerst vast dat, zoals blijkt uit het medisch advies, uit recente informatie van 2019 en 2021 van MedCOI blijkt dat Atripla alsook de nodige behandeling en opvolging voor HIV mogelijk is, waardoor aldus kan vastgesteld worden dat de nodige behandeling en opvolging beschikbaar is in het land van herkomst. Door enkel in het algemeen te wijzen op een zwakke beschikbaarheid van

hulpmiddelen die een betere opvolging van de evolutie van de behandeling alsook een snelle tussenkomst om te verbeteren verzekeren, toont de verzoekende partij geenszins aan dat de nodige zorgen voor haar niet beschikbaar zouden zijn. Ook toont zij geenszins aan dat er in haar geval sprake zou zijn van een weerstand tegen medicatie. Bovendien blijkt, voor wat betreft de opmerkingen over problemen met de stock en de voorzieningen, uit de tekst niet dat dit (specifiek) over Kameroen gaat, nog minder dat dit, indien de opmerking ook betrekking heeft op Kameroen, dit zou gelden voor het gehele land.

3.11.5. Voorts verwijst de verzoekende partij naar de MedCOI-database en beperkt zij zich opnieuw tot het louter citeren van enkele paragrafen zonder te verduidelijken uit welke elementen blijkt dat de voor haar benodigde behandeling en medicatie voor haar niet beschikbaar zouden zijn in Kameroen.

Bovendien blijkt de informatie te dateren van 1 maart 2016 en wordt hierin ingegaan op tekorten in stock en op leveringsproblemen van bepaalde medicatie en testen in 2014, op een rapport van 2012 waaruit een ondervertegenwoordiging van gespecialiseerde artsen blijkt, op het bereiken van de doelen voor HIV/aids gezondheidszorg in gezondheidsinstellingen in 2014 en op rapporten van 2012 en 2014 over medicatie tekorten, kosten van de tests en andere problemen betreffende HIV in Kameroen. Met dergelijke informatie die dateert van 2012-2014 toont de verzoekende partij geenszins aan dat de voor haar benodigde medicatie en medische zorgen en opvolging heden niet beschikbaar zijn in Kameroen. De Raad herhaalt dat, zoals blijkt uit het medisch advies, uit recente informatie van 2019 en 2021 van MedCOI blijkt dat Atripla alsook de nodige behandeling en opvolging voor HIV mogelijk is, waardoor aldus kan vastgesteld worden dat de nodige behandeling en opvolging beschikbaar is in het land van herkomst.

3.11.6. Tot slot stelt de verzoekende partij nog dat zij bijstand van een psycholoog nodig heeft, dat het echter heel moeilijk zal zijn om een psychologische opvolging in Kameroen te hebben, waarna zij citeert uit verschillende bronnen.

Vooreerst wijst de Raad erop dat, zo blijkt uit het medisch advies, uit recente informatie van 2021 van MedCOI blijkt dat opvolging door een psychiater en psycholoog mogelijk is, waardoor aldus kan vastgesteld worden dat de nodige behandeling en opvolging beschikbaar is in het land van herkomst.

Betreffende de informatie aangebracht door de verzoekende partij over de problemen in de psychologische en psychiatrische zorg in Kameroen in het algemeen, vooral door het gebrek aan voldoende psychiaters en andere professionelen op het vlak van mentale gezondheid en gebrek aan een nationaal strategisch plan, herhaalt de Raad vooreerst dat uit de informatie van de verzoekende partij ook blijkt dat er in Yaoundé een gespecialiseerd centrum is met adequate technische diensten die mentale gezondheidsproblemen behandelen. Voorts wijst de Raad erop dat de ambtenaar-geneesheer eveneens de reële toegankelijkheid van de medische zorgen voor de verzoekende partij onderzocht heeft aan de hand van bronnen afkomstig van de MedCOI-databank. Zo wordt er op gewezen dat in 75% van de gezondheidsdistricten er HIV/aids-gezondheidscentra zijn die over een geschikte infrastructuur beschikken, dat elke persoon die gediagnosticeerd wordt met HIV/aids doorverwezen wordt naar een HIV/aids gezondheidscentrum, dat wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, hij gratis toegang heeft tot ARV-behandeling en tot psychologische steun, dat het gratis beleid wordt gefinancierd door de Kameroense overheid in samenwerking met de internationale partners. Door enkel bronnen aan te halen waaruit blijkt dat het aantal psychiaters en andere professionelen op het vlak van mentale gezondheid onvoldoende is alsook dat een nationaal strategisch plan ontbreekt, weerlegt de verzoekende partij geenszins voormelde informatie en toont zij geenszins aan dat zij in Kameroen niet zou kunnen beschikken over de nodige psychologische ondersteuning. Zij maakt niet aannemelijk dat er in Kameroen een dermate tekort is aan psychiaters en andere professionelen op het vlak van mentale gezondheid, dat er niet van uitgegaan kan worden dat zij, indien zij dit wenst, toegang zal hebben tot de nodige zorgen. Zij toont met haar verwijzingen niet aan dat zij niet terecht kan in de HIV/aids gezondheidscentra, noch dat zij aldaar niet zou kunnen genieten van psychologische ondersteuning.

3.11.7. Gelet op de voorgaande bespreking stelt de Raad vast dat de verzoekende partij met haar betoog niet aannemelijk kan maken dat de ambtenaar-geneesheer zich in het kader van zijn onderzoek naar de beschikbaarheid van de medische zorgen in het land van herkomst heeft gesteund op onjuiste feitelijke gegevens, of kennelijk onredelijk of onzorgvuldig heeft gehandeld.

3.12. De Raad bespreekt vervolgens de kritiek van de verzoekende partij met betrekking tot de vastgestelde toegankelijkheid van de nodige medische zorgen in het land van herkomst.

3.12.1. De verzoekende partij betoogt in eerste instantie dat zij geen financiële steun van de Kameroense autoriteiten zal krijgen om haar medische kosten te betalen, dat sommige bronnen bekritisieren dat slechts een zeer klein percentage van de Kameroense bevolking sociale bescherming geniet, dat volgens de ambtenaar-geneesheer in Kameroen patiënten met HIV gratis toegang tot de nodige zorgen hebben, dat echter uit de MedCOI databank blijkt dat in een email een contact beweert dat enkel ARV's gratis zijn en dat elke patiënt moet betalen voor behandeling van infecties, dat een ander contact stelt dat een geneesmiddel ter preventie van ziektes, gratis wordt gegeven, dat labtesten betaald worden door de patiënt, zelfs als deze persoon recht heeft op gratis zorg, dat de eerste CD4-test, die bepaalt of een persoon recht heeft op gratis zorg, betaald wordt door de patiënt, dat er ARV-structuren zijn die te veel vragen aan de patiënten voor tests en onderzoek alsook dat in 2013 40,7% van de HIV gezondheidscentra bijkomende kosten werden aangerekend. De verzoekende partij wijst er eveneens op dat er gevallen van corruptie in de gezondheidszorg worden gesignaleerd, dat deze zo wijdverbreid is dat er in 2017 een platform is opgericht om corruptie te bestrijden en meent dat ook informatie in dezelfde zin uit de MedCOI-databank blijkt waar onder meer ook gewezen wordt op een krantenartikel uit mei 2015 waaruit blijkt dat aids-patiënten slachtoffer zijn van corruptie in Kameroen.

Vooreerst stelt de Raad vast dat de verzoekende partij in het geheel niet ingaat op het onderdeel van het medisch advies van 6 juli 2021 dat betrekking heeft op een mogelijk verschil in kwaliteitsniveau van het systeem in België en het systeem in het land van herkomst, zodat zij aan de in dit kader gemaakte vaststellingen geen afbreuk doet.

De verzoekende partij toont met haar algemene verwijzing naar rapporten, artikels en informatie uit de MedCOI-databank waaruit blijkt dat slechts een zeer klein percentage van de Kameroense bevolking sociale bescherming geniet, niet aan dat de specifieke voor haar benodigde opvolging en medicatie niet voor haar (financieel) toegankelijk zouden zijn.

De verzoekende partij slaagt er immers met een dergelijk betoog niet in de motieven die specifiek betrekking hebben op de toegankelijkheid van de voor haar nodige zorgen, met name opvolging in het kader van HIV en de behandeling met Atripla alsook psychologische ondersteuning, te weerleggen of te ontkrachten. In het medisch advies wordt er immers op gewezen dat in 75% van de gezondheidsdistricten er HIV/aids-gezondheidscentra zijn die over een geschikte infrastructuur beschikken, dat elke persoon die gediagnosticeerd wordt met HIV/aids doorverwezen wordt naar een HIV/aids gezondheidscentrum, dat wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, hij gratis toegang heeft tot ARV-behandeling en tot psychologische steun, dat het gratis beleid wordt gefinancierd door de Kameroense overheid in samenwerking met de internationale partners. Met haar uiteenzetting dat slechts een zeer klein percentage van de Kameroense bevolking sociale bescherming geniet en over de problemen in de gezondheidszorg in het algemeen, toont de verzoekende partij niet aan dat voormelde vaststellingen foutief zijn, noch dat de zorgen en medicatie die zij behoeft voor haar niet (financieel) toegankelijk zijn.

Waar de verzoekende partij specifiek ingaat op de motieven van het medisch advies waar gesteld wordt dat in Kameroen patiënten met HIV gratis toegang hebben tot de nodige zorgen, stelt de Raad vast dat er niet zonder meer en in het algemeen kan gesproken worden over een gratis toegang tot alle zorgen voor HIV patiënten. Dit wordt echter ook niet zo gesteld in het medisch advies. Er wordt op gewezen dat er criteria zijn alsook dat de diagnose HIV/aids eerst dient te worden bevestigd in het HIV/aids gezondheidscentrum en dat een CD4-test uitgevoerd moet worden en dat wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, hij gratis toegang krijgt tot ARV-behandeling en tot psychologische steun. Aldus blijkt niet dat de ambtenaar-geneesheer ervan uit is gegaan dat alle onderzoeken naar de criteria voor gratis medische zorg en alle tests en andere behandelingen gratis zijn voor HIV/aids patiënten. Er blijkt daarnaast dan ook dat de ambtenaar-geneesheer de mogelijkheid voor ogen heeft gehad dat de verzoekende partij bepaalde kosten zelf zal moeten dragen, waarbij hij oordeelde dat de verzoekende partij 43 jaar oud is en geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voorlegt en er ook op wijst dat de verzoekende partij in het verleden gewerkt heeft als medewerker in de sector van tweedehands motoronderdelen, dat niets toelaat te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die alsnog gepaard zouden gaan met de noodzakelijke hulp.

Door louter nog te verwijzen naar de corruptie in de gezondheidszorg, toont de verzoekende partij op zich niet aan dat de medische behandeling en opvolging, die voor haar vereist is, niet toegankelijk zou

zijn in Kameroen. Immers, de citaten van de verzoekende partij tonen niet aan dat de corruptie een zodanige omvang heeft, dat hierdoor de verzoekende partij geen aanspraak kan maken op de medische behandeling en opvolging die voor haar vereist is.

3.12.2. In tweede instantie meent de verzoekende partij, onder verwijzing naar verschillende bronnen, dat, in tegenstelling tot wat de ambtenaar-geneesheer beweert, zij moeilijk werk zal kunnen vinden, gezien de bijzonder hoge werkloosheid in Kameroen en wijst zij erop dat de bevolking over het algemeen in armoede leeft en het gemiddelde loon zeer laag is alsook dat seropositieven in Kameroen sterk gediscrimineerd worden.

Uit de door de verzoekende partij geciteerde bronnen – die betreffende de werkloosheid niet gaan om de ganse bevolking in Kameroen noch om de werkloosheidsgraad in het ganse land – blijkt niet dat de jobmogelijkheden dermate beperkt zijn in Kameroen of dat het loon dermate laag is, dat het kennelijk onredelijk is van de ambtenaar-geneesheer te motiveren dat de verzoekende partij 43 jaar oud is en geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voorlegt en er ook op wijst dat de verzoekende partij in het verleden gewerkt heeft als medewerker in de sector van tweedehands motoronderdelen, dat niets toelaat te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die alsnog gepaard zouden gaan met de noodzakelijke hulp. Bovendien wordt er in het medisch advies ook op gewezen dat de verzoekende partij een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomsten genererende activiteiten.

Betreffende de discriminatie ten aanzien van seropositieven wijst de Raad er vooreerst op dat in het medisch advies gewezen wordt op het feit dat bewustmakingscampagnes van nationale en internationale NGO's en de gratis toegang tot de behandeling ervoor zorgen dat het stigma rond HIV afneemt. De verzoekende partij betwist deze motieven niet. Voorts blijkt uit de bron die de verzoekende partij citeert, met name een document van OFPRA van 11 februari 2020 over *“Discrimination des personnes séropositives”* in Kameroen, dat er inderdaad sprake is van discriminatie en stigmatisering, doch verduidelijkt de verzoekende partij, behoudens de moeilijkheid om werk te vinden, niet op welke wijze dit voor haar persoonlijk de toegang tot de beschikbare zorgen in de HIV/aids-gezondheidszorg belemmert. Betreffende de moeilijkheid om werk te vinden omwille van de discriminatie van seropositieven stelt de Raad vast dat de verzoekende partij een stuk uit het voormeld document van OFPRA in haar verzoekschrift citeert waarin gesteld wordt dat een goed deel van de bevolking discriminatie ervaart, een praktijk die courant is in onder meer professionele middens en dat het ondenkbaar is in een privébedrijf om seropositiviteit kenbaar te maken, dat de persoon afgewezen zal worden, dat wanneer de ziekte ontdekt wordt men begint problemen te zoeken met als doel de persoon te laten ontslaan of vertrekken. De Raad stelt echter vast dat dit maar een deel van de tekst betreft. Uit het document van OFPRA van 11 februari 2020 over *“Discrimination des personnes séropositives”* in Kameroen, blijkt dat de informatie dat het ondenkbaar is in een privébedrijf om seropositiviteit kenbaar te maken, dat de persoon afgewezen zal worden, dat wanneer de ziekte ontdekt wordt men begint problemen te zoeken met als doel de persoon te laten ontslaan of vertrekken, in wezen een verklaring van één enkele persoon betreft gebaseerd op zijn ervaring. Uit niets blijkt dat een dergelijke verklaring gestaafd is door onderzoek of dat dit betrekking heeft op alle sectoren en geldt voor heel het land. Met het citeren van deze verklaring toont de verzoekende partij dan ook niet aan dat er sprake is van een dermate stigmatisering van en discriminatie tegenover seropositieven in Kameroen dat het niet redelijk is te stellen, niettegenstaande de bewustmakingscampagnes en het afnemen van het stigma rond HIV alsook niettegenstaande het feit dat zij geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voorlegt, dat zij zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die alsnog gepaard zouden gaan met de noodzakelijke hulp. Bovendien het weze herhaald, wordt er in het medisch advies ook op gewezen dat de verzoekende partij een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomstengenererende activiteiten, zoals onder meer het opstarten van kleine zakenprojecten. Uit de beslissing van de commissaris-generaal van 10 maart 2020 blijkt dat de verzoekende partij verklaarde dat zij in het verleden in Bamenda in Kameroen een eigen zaak is opgestart in gebruikte motoronderdelen. De verzoekende partij maakt niet aannemelijk dat zij niet in de mogelijkheid zou zijn dit project of een ander zelfstandig project opnieuw op te nemen, eventueel met de hulp van IOM. In dit kader kan ook nog verwezen worden naar volgende vaststellingen in de voornoemde beslissing van de commissaris-generaal: *“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.”*

3.12.3. Betreffende het motief dat zij terecht kan bij familie voor hulp, betoogt de verzoekende partij, in een derde onderdeel, dat de verwerende partij geen individueel en concreet onderzoek voert naar haar sociale situatie in haar land van herkomst, hetgeen geenszins garandeert dat zij daadwerkelijk voldoende bijstand zal ontvangen om de kosten van haar behandeling, medische follow-up en de vele noodzakelijke medische onderzoeken te dekken, dat in dezelfde zin de Raad al heeft geoordeeld dat de loutere vermelding van de aanwezigheid van het gezin zonder onderzoek van de financiële situatie van het gezin en de bereidheid de verzoekende partij te helpen, niet voldoende is. Zij meent dat de verwerende partij bovendien niet geldig mag aanvoeren dat zij, afkomstig van het Noordwesten van Kameroen, enerzijds voordeel kan halen uit de opvang door haar familie, maar anderzijds van haar kan verlangen dat zij zich vestigt in een ander deel van het land waar zij niemand kent, dat alle in de MedCOI-databank opgenomen instellingen zich in Yaoundé bevinden.

De Raad wijst op de motieven waaruit blijkt dat bepaalde zorgen, zoals de ARV-behandeling en de psychologische ondersteuning, voor HIV-patiënten die aan de criteria voldoen, gratis zijn, alsook dat de verzoekende partij 43 jaar oud is en geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voorlegt en dat de verzoekende partij in het verleden gewerkt heeft als medewerker in de sector van tweedehands motoronderdelen, dat niets toelaat te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die alsnog gepaard zouden gaan met de noodzakelijke hulp en nog dat zij ook een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomstengenererende activiteiten. In die zin is de verwijzing naar de waarschijnlijkheid dat de verzoekende partij terecht kan bij haar familie voor opvang en financiële hulp overtuigend, daar de toegankelijkheid van de zorgen reeds afdoende blijkt uit de overige motieven. Kritiek op een overtuigend motief kan niet leiden tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing.

Ten overvloede wijst de Raad er op dat de verzoekende partij niet aanhaalt, laat staan aan toont, dat haar familie niet in de mogelijkheid en/of niet bereid zouden zijn haar (financieel) bij te staan alsook dat uit het loutere feit dat alle in de MedCOI-databank opgenomen instellingen zich in Yaoundé bevinden niet kan afgeleid worden dat de nodige zorgen niet elders in het land beschikbaar zouden zijn. Zo blijkt immers uit het toegankelijkheidsonderzoek dat in 75% van de gezondheidsdistricten er HIV/aids-gezondheidscentra zijn die over een geschikte infrastructuur beschikken, dat elke persoon die gediagnosticeerd wordt met HIV/aids wordt doorverwezen naar een HIV/aids-gezondheidscentrum, dat hier de diagnose bevestigd wordt en een CD4-test wordt uitgevoerd en dat wanneer de patiënt in aanmerking komt voor het HIV-programma, hij gratis toegang heeft tot ARV-behandeling en tot psychologische steun. Het is aldus niet uitgesloten dat de verzoekende partij in het Noordwesten van Kameroen over de noodzakelijke medicatie en zorgen zou kunnen beschikken, minstens toont zij dit niet aan.

3.12.4. Tot slot betoogt de verzoekende partij dat de ambtenaar-geneesheer verwijst naar het kunnen beroep doen op de IOM, dat de IOM echter onlangs een financieringsoproep heeft gelanceerd om de intern ontheemden en terugkerende Kameroeners te helpen, aangezien de vraag naar hulp te groot is.

In het medisch advies wordt gesteld dat de verzoekende partij een beroep kan doen op het reïntegratiefonds van de IOM, dat is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomstengenererende activiteiten. Ook kan zij bij de IOM terecht voor ondersteuning bij een terugreis en voor huisvesting. De verzoekende partij betwist deze informatie niet, maar wijst erop dat de IOM een oproep lanceerde bij de internationale gemeenschap voor extra fondsen voor Kameroen. Hiermee toont de verzoekende partij echter nog niet aan dat zij bij een terugkeer geen beroep zal kunnen doen op het reïntegratiefonds of de ondersteuning door de IOM.

3.12.5. Ter volledigheid wijst de Raad er nog op dat in zoverre de verzoekende partij in het onderdeel over de beschikbaarheid ingaat op het Kameroense verzorgingsstelsel in het algemeen en in zoverre dit eveneens kan beschouwd worden als kritiek op het toegankelijkheidsonderzoek, in de eerste plaats gewezen kan worden op wat hieromtrent wordt gesteld onder punt 3.11.

Overigens stelt de Raad vast dat de verzoekende partij in haar verzoekschrift niet concreet toelicht uit welke precieze elementen uit de door haar geciteerde informatie blijkt dat zij geen toegang zal hebben tot de voor haar benodigde zorg. Door het louter citeren van algemene informatie, zonder te preciseren welke elementen aantonen dat er voor haar specifiek problemen van toegankelijkheid dreigen, maakt zij geenszins aannemelijk dat de motieven van het medisch advies waaruit de toegankelijkheid voor de verzoekende partij van de voor haar specifiek benodigde zorgen en medicatie blijkt, foutief of kennelijk onredelijk zijn.

3.12.6. De verzoekende partij maakt met haar uiteenzetting niet aannemelijk dat bij de beoordeling van de toegankelijkheid van de medische zorgverstrekking in Kameroen enig aspect ten onrechte niet in rekening is gebracht of nog dat deze beoordeling steunt op onjuiste feitelijke gegevens of op onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze is tot stand gekomen.

3.13. Gelet op de voormelde vaststellingen kan de verzoekende partij niet gevolgd worden in haar kritiek betreffende het motief van de ambtenaar-geneesheer dat de nodige zorgen toegankelijk en beschikbaar zijn in Kameroen, waar zij stelt dat uit verschillende en betrouwbare bronnen blijkt dat de zorgen die zij nodig heeft zeer slecht beschikbaar en toegankelijk zijn of vaak afwezig zijn in Kameroen, dat de verwerende partij dan ook een manifeste appreciatiefout maakt en de in de middelen genoemde bepalingen schendt door te concluderen dat een adequate medische behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Kameroen.

3.14. Besluitend stelt de Raad vast dat de verzoekende partij met haar uiteenzetting niet aantoonst dat de ambtenaar-geneesheer, bij het opstellen van zijn advies, is uitgegaan van een incorrecte feitenvinding of dat hij hierbij kennelijk onredelijk of onzorgvuldig handelde of in strijd met artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet. Zij toont niet aan dat enig concreet gegeven ten onrechte niet in de beoordeling is betrokken. De verzoekende partij maakt dan ook evenmin aannemelijk dat de verwerende partij zich in de bestreden beslissing niet kon steunen op dit medisch advies om te besluiten dat geen verblijfsmachtiging op grond van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet kan worden toegestaan.

3.15. Een manifeste beoordelingsfout of een schending van artikel 9^{ter} van de Vreemdelingenwet of nog van de materiële motiveringsplicht of het zorgvuldigheidsbeginsel wordt niet aangetoond. De beschouwingen van de verzoekende partij laten evenmin toe de schending van enig ander, niet nader omschreven, beginsel van behoorlijk bestuur vast te stellen.

3.16. Artikel 3 van het EVRM bepaalt dat *“Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.”* Deze bepaling bekrachtigt een van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv. EHRM 21 januari 2011, M.S.S./België en Griekenland, § 218).

Er wordt benadrukt dat volgens het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) socio-economische of humanitaire omstandigheden in het land van bestemming enkel aanleiding kunnen geven tot een non-refoulement verplichting in zeer uitzonderlijke omstandigheden waar de humanitaire redenen tegen verwijdering klemmend zijn (EHRM 2 april 2013, nr. 27725/10, Samsam Mohammed Hussein e.a. v. Nederland en Italië (ontvankelijkheidsbeslissing); EHRM 9 april 2013, nr. 70073/10 en 44539/11, H. en B. v. Verenigd Koninkrijk, par. 114). Dezelfde hoge drempel wordt gehanteerd met betrekking tot vreemdelingen die zich beroepen op hun medische toestand en het gebrek aan medische en sociale zorg in het land van terugkeer, waarbij het EHRM oordeelt dat enkel *“in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn”*, een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, N. v. Verenigd Koninkrijk, § 42). Uit de rechtspraak van het Hof volgt dat daarbij allereerst dient vast te staan dat het een medische aandoening betreft die een voldoende ernst heeft, met name een ernstige, van oorsprong natuurlijke fysieke of mentale ziekte die lijden, pijn en een verminderde levensverwachting kan veroorzaken. Het EHRM heeft in zijn arrest Paposhvili t. België van 13 december 2016 (Grote Kamer) verder verduidelijkt dat deze *“zeer uitzonderlijke gevallen”* zich niet enkel kunnen voordoen wanneer er sprake is van een imminente dood, zoals in de zaak D t. het Verenigd Koninkrijk, maar ook in die gevallen waarin bij uitwijzing van een ernstig zieke vreemdeling er substantiële gronden zijn om aan te nemen dat hij of zij, hoewel er geen imminent levensgevaar is, bij gebrek aan beschikbaarheid of toegankelijkheid van een adequate behandeling in het ontvangende land dreigt te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onherstelbare achteruitgang in zijn of haar gezondheidstoestand die resulteert in intens lijden of een ernstige beperking van de levensverwachting. Wat betreft het vereiste onderzoek in het licht van artikel 3 van het EVRM, moet volgens het EHRM de impact van de verwijdering van een persoon worden beoordeeld door een vergelijking te maken van de gezondheidstoestand voor de verwijdering en hoe deze na de transfer zou evolueren in de ontvangende staat. Het risico op een schending van artikel 3 van het EVRM moet worden beoordeeld in het licht van de algemene situatie aldaar en de individuele omstandigheden van de betrokken persoon. Daarbij moet voor elke afzonderlijke zaak worden nagegaan of de zorg, algemeen beschikbaar in de ontvangende staat, in de praktijk voldoende en geschikt is voor de behandeling van de ziekte van de betrokken

persoon om te vermijden dat hij wordt blootgesteld aan een behandeling in strijd met artikel 3 van het EVRM. Tevens moet de mate waarin de betrokken persoon daadwerkelijk toegang heeft tot deze zorg in de ontvangende staat worden onderzocht. In dit kader wijst het EHRM erop dat men bij dit toegankelijkheidsonderzoek oog moet hebben voor de kosten van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk en de reisafstand tot de benodigde zorgen.

In het voorliggende geval blijkt niet dat de vereiste dwingende humanitaire redenen voorliggen.

De verzoekende partij weerlegt de vaststellingen van de ambtenaar-geneesheer niet dat geen medische tegenindicatie om te reizen blijkt en dat een adequate medische behandeling en opvolging voor haar ook beschikbaar en toegankelijk zijn in het land van herkomst. Zoals blijkt uit de voorgaande bespreking moet worden aangenomen dat hierbij een voldoende individueel en grondig onderzoek heeft plaatsgevonden in het licht van zowel de algemene situatie in Kameroen als de persoonlijke situatie van de verzoekende partij. Ernstige geografische of financiële hinderpalen voor het verkrijgen van de voorhanden zijnde en noodzakelijke medische zorgen blijken niet. De verzoekende partij blijft in gebreke aan de hand van concrete argumenten de gedane vaststellingen onderuit te halen. Gelet op de verklaring door de verzoekende partij waar zij wijst op de aanwezigheid van familieleden in Kameroen, zoals blijkt uit de beslissing van het Commissariaat-generaal van 10 maart 2020, blijkt ook geenszins dat zij geen enkel familiaal en sociaal netwerk meer zou hebben in haar land van herkomst.

In de voorliggende omstandigheden kan geen schending van artikel 3 van het EVRM worden vastgesteld.

3.17. Het enig middel is, in de mate dat het ontvankelijk is, ongegrond.

4. Korte debatten

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijf januari tweeduizend tweeëntwintig door:

mevr. N. VERMANDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. C. VAN DEN WYNGAERT ,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

C. VAN DEN WYNGAERT

N. VERMANDER