

Arrest

nr. 268 195 van 14 februari 2022
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat K. VERSTREPEN
Rotterdamstraat 53
2060 ANTWERPEN

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie

DE VOORZITTER VAN DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Angolese nationaliteit te zijn, op 29 november 2021 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 27 september 2021 waarbij een aanvraag om, met toepassing artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard.

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 december 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 31 januari 2022.

Gehoord het verslag van voorzitter G. DE BOECK.

Gehoord de opmerkingen van advocaat J. SCHELLEMANS, die loco advocaat K. VERSTREPEN verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat S. VAN ROMPAEY, die loco advocaat D. MATRAY verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekster diende, bij aangetekend schrijven van 18 augustus 2021, een aanvraag in om, met toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet), tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd.

1.2. De gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie nam op 27 september 2021 de beslissing waarbij verzoeksters aanvraag om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd ongegrond wordt verklaard. Deze beslissing is gemotiveerd als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 18.08.2021 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

[G.F.D.G.] [...]

nationaliteit: Angola

[...]

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

Reden(en) :

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

Er werden medische elementen aangehaald door [G.F.D.G.] die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 24.09.2021)

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.”

Dit is de bestreden beslissing.

2. Over de rechtspleging

Aan verzoekster werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van verweerder om de kosten van het geding te haren laste te leggen.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. Verzoekster voert in een enig middel de schending aan van de artikelen 3 en 13 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 de artikelen 9ter en 62 van de Vreemdelingenwet, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991), van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel, van het redelijkheidsbeginsel, van de rechten van verdediging en van artikel 41 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie van 7 december 2000 (hierna: het Handvest van de grondrechten).

Zij verschaft de volgende toelichting:

“1. Algemeen

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet dat "de in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoonst overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde."

In het kader van deze bepaling is een onderzoek nodig naar de vraag of er voor de ziekte van de verzoeker een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst.

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet is ruimer maar omhelst ook artikel 3 EVRM, dat elke onmenselijke of vernederende behandeling verbiedt. Onder de gezamenlijke lezing van artikel 3 EVRM en artikel 13 EVRM is een gedegen onderzoek van alle relevante stukken die kunnen wijzen op een onmenselijke of vernederende behandeling verplicht.

Het bestaan van een reëel gevaar van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling wordt beoordeeld op grond van de omstandigheden waarvan de verwerende partij kennis had, of had moeten hebben, op het ogenblik van de bestreden beslissing (EHRM 4 december 2008, Y t. Rusland, §81; EHRM 20 maart 1991, Cruz Varas e.a. t. Zweden, §§ 75-76; EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah e.a. t. Verenigd Koninkrijk, §107).

Samen gelezen met het recht op een effectief rechtsmiddel vervat in artikel 13 van het EVRM vereist artikel 3 van het EVRM dat verwerende partij een zo nauwkeurig mogelijk onderzoek doet van de gegevens die wijzen op een reëel risico van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling (EHRM 21 januari 2011, M.S.S. t. België en Griekenland, §§ 293 en 387).

De motiveringsplicht gebiedt verwerende partij hier omtrent motieven op te nemen. Zo stelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in EHRM, 11 juli 2000, Jabari t. Turkije, § 50 het volgende:

"Pour la Cour, compte tenu de la nature irréversible du dommage susceptible d'être causé en cas de réalisation du risque de torture ou de mauvais traitements et vu l'importance qu'elle attache à l'article 3, la notion de recours effectif au sens de l'article 13 requiert, d'une part; un examen indépendant et rigoureux de tout grief aux termes duquel il existe des motifs sérieux de croire à l'existence d'un risque réel de traitements contraires à l'article 3 et, d'autre part, la possibilité de faire surseoir à l'exécution de la mesure litigieuse. (...)"

Het Hof bevestigt dit principe in het arrest EHRM, 21 januari 2011, M.S.S. t. België en Griekenland, § 387:

"Tout en reconnaissant qu'il s'agit là d'une évolution qui va dans le sens de l'arrêt Conka précité (§§ 81-83, confirmé par l'arrêt Gebremedhin précité, §§ 66-67), la Cour rappelle qu'il ressort également de la jurisprudence (paragraphe 293 ci-dessus) que le grief d'une personne selon lequel son renvoi vers un pays tiers l'exposerait à des traitements prohibés par l'article 3 de la Convention doit faire l'objet d'un contrôle attentif et rigoureux et que la conformité avec l'article 13 implique, sous réserve d'une certaine marge d'appréciation des Etats, que l'organe compétent puisse examiner le contenu du grief et offrir le redressement approprié."

Het zorgvuldigheidsbeginsel verplicht elk bestuur om een "beslissing op een zorgvuldige wijze voor te bereiden. De beslissing dient te steunen op een correcte feitevinding. Het bestuur dient zo nodig voldoende te informeren om met kennis van zaken een beslissing te nemen." (A. MAST en J. DUJARDIN, Overzicht van het Belgisch Administratief Recht, 13e druk, Brussel, 1994, p. 53)

Voorts is het arrest van het EHRM van 13 december 2016, Paposhvili t. België (GK), nr. 41738/10, par. 183) relevant in voorliggende zaak.

Het EHRM heeft verhelderd in het Grote Kamer arrest van Paposhvili t. België dat onder uitzonderlijke gevallen, niet alleen worden begrepen situaties van verwijdering van ernstig zieke personen waar er sprake is van een onmiddellijk en nakend levensgevaar, maar dat ook ernstig zieke personen bij wie er ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot

gevolg of een aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland dienen begrepen te worden.

Wat betreft het vereiste onderzoek onder artikel 3 EVRM dient volgens het EHRM de impact van de verwijdering van een persoon te worden beoordeeld door een vergelijking te maken van de gezondheidstoestand voor de verwijdering en hoe deze zou evolueren na de transfer naar het ontvangende land. Het risico op een schending van artikel 3 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 is 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 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 op de noodzaak om de kosten van medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk, en de reisafstand tot de benodigde zorgen bij dit toegankelijkheidsonderzoek in rekening te nemen (par 190):

"181. The Court concludes from this recapitulation of the case-law that the application of Article 3 of the Convention only in cases where the person facing expulsion is close to death, which has been its practice since the judgment in N. v. the United Kingdom, has deprived aliens who are seriously ill, but whose condition is less critical, of the benefit of that provision. As a corollary to this, the case-law subsequent to N. v. the United Kingdom has not provided more detailed guidance regarding the "very exceptional cases" referred to in N. v. the United Kingdom, other than the case contemplated in D. v. the United Kingdom.

182. In the light of the foregoing, and reiterating that it is essential that the Convention is interpreted and applied in a manner which renders its rights practical and effective and not theoretical and illusory (see Airey v. Ireland, 9 October 1979, § 26, Series A no. 32; Mamatkulov and Askarov v. Turkey [GC], nos. 46827/99 and 46951/99, § 121, ECHR 2005-1; and Hirsi Jamaa and Others v. Italy [GC], no. 27765/09, § 175, ECHR 2012), the Court is of the view that the approach adopted hitherto should be clarified.

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

186. In the context of these procedures, it is for the applicants to adduce evidence capable of demonstrating that there are substantial grounds for believing that, if the measure complained of were to be implemented, they would be exposed to a real risk of being subjected to treatment contrary to Article 3 (see Saadi, cited above, § 129, and F.G. v. Sweden, cited above, § 120). In this connection it should be observed that a certain degree of speculation is inherent in the preventive purpose of Article 3 and that it is not a matter of requiring the persons concerned to provide clear proof of their claim that they would be exposed to proscribed treatment (see, in particular, Trabelsi v. Belgium, no. 140/10, § 130, ECHR 2014 (extracts)).

187. Where such evidence is adduced, it is for the authorities of the returning State, in the context of domestic procedures, to dispel any doubts raised by it (see Saadi, cited above, § 129, and F.G. v. Sweden, cited above, § 120). The risk alleged must be subjected to close scrutiny (see Saadi, cited above, § 128; Sufi and El mi v. the United Kingdom, nos. 8319/07 and 11449/07, § 214, 28 June 2011; Hirsi Jamaa and Others, cited above, § 116; and Tarakhel, cited above, § 104) in the course of which the authorities in the returning State must consider the foreseeable consequences of removal for the individual concerned in the receiving State, in the light of the general situation there and the individual's personal circumstances (see Vilvarajah and Others, cited above, § 108; El-Masri, cited above, § 213; and Tarakhel, cited above, § 105). The assessment of the risk as defined above (see paragraphs 183-84) must therefore take into consideration general sources such as reports of the World Health

Organisation or of reputable non-governmental organisations and the medical certificates concerning the person in question.

188. As the Court has observed above (see paragraph 173), what is in issue here is the negative obligation not to expose persons to a risk of ill-treatment proscribed by Article 3. It follows that the impact of removal on the person concerned must be assessed by comparing his or her state of health prior to removal and how it would evolve after transfer to the receiving State.

As regards the factors to be taken into consideration, the authorities in the returning State must verify on a case-by-case basis whether the care generally available in the receiving State is sufficient and appropriate in practice for the treatment of the applicant's illness so as to prevent him or her being exposed to treatment contrary to Article 3 (see paragraph 183 above). The benchmark is not the level of care existing in the returning State; it is not a question of ascertaining whether the care in the receiving State would be equivalent or inferior to that provided by the health-care system in the returning State. Nor is it possible to derive from Article 3 a right to receive specific treatment in the receiving State which is not available to the rest of the population.

190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, § 55, and *Tatar*, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see *Karagoz v. France* (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001: *N. v. the United Kingdom*, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein: and *E.O. y. Italy* (dec.), cited above).

191. Where, after the relevant information has been examined, serious doubts persist regarding the impact of removal on the persons concerned - on account of the general situation in the receiving country and/or their individual situation - the returning State must obtain individual and sufficient assurances from the receiving State, as a precondition for removal, that appropriate treatment will be available and accessible to the persons concerned so that they do not find themselves in a situation contrary to Article 3 (on the subject of individual assurances, see *Tarakhel*, cited above, § 120). "

In het arrest nr. 187 083 van 19 mei 2017 merkt Uw Raad nog op dat niet meer dienstig kan verwezen worden naar de enigszins gedateerde rechtspraak van het EHRM, nu arrest Paposhvili t. België een nieuw licht doet schijnen op de toepassing van artikel 3 EVRM bij ernstig zieke migranten.

1. In concreto

Vooreerst wenst verzoekster op te merken dat aan de ernst van haar aandoening en de nood aan een degelijke behandeling ervan, niet wordt getwijfeld. De arts-adviseur stelt namelijk in de conclusie van haar advies dat: "[...] dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt".

Desondanks meent men dat er geen bezwaar is tegen een terugkeer naar Angola, omdat deze behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Angola. Het onderzoek naar deze zorgen is echter op verschillende vlakken fundamenteel gebrekkig.

2.1. De beschikbaarheid van de medische zorgen werd beoordeeld aan de hand van drie aanvragen uit de MedCOI-databank. In de bestreden beslissing werden vervolgens delen uit deze databank gekopieerd en geplakt.

Wat opvalt is dat voor elke medische behandeling wel de beschikbaarheid werd gekopieerd, maar niet de locatie waar deze behandeling precies beschikbaar zou zijn. De instelling waar deze behandeling beschikbaar zou zijn, werd telkens doelbewust weggelaten.

Op 19 november 2021 vroeg verzoeksters raadsvrouw dan ook een volledige kopie van de stukken waarop het medisch advies gebaseerd werd. De hoogdringendheid werd duidelijk aangegeven.

Op 24 november 2021 stuurde verzoeksters raadsvrouw een herinnering aan verwerende partij, zowel aan de dienst openbaarheid van bestuur, als aan de dienst medische regularisaties zelf.

Intussen trachtte zij verwerende partij ook verschillende malen telefonisch te bereiken om het dossier te verkrijgen, doch zonder succes.

Tot op heden heeft verzoekster echter geen kopie ontvangen van de stukken waarop het medisch advies gebaseerd is.

Dit maakt een schending uit van de motiveringsplicht en van artikel 41 van het Handvest van de Grondrechten van de EU, en werd reeds in 2016 in een rapport van de federale Ombudsman aangekaart:

“Door enkel het nummer van het verzoekschrift MedCOI in de aan de vreemdeling meegedeelde beslissing te vermelden om de beschikbaarheid van de medische behandeling in het land van herkomst te verantwoorden, handelt de Medische Sectie niet op transparante wijze. De bestemming van de beslissing is niet in staat om de redenen te begrijpen.”

Het afdoende karakter van de motivering houdt in dat de motieven pertinent moeten zijn, wat wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moeten hebben, en dat ze draagkrachtig zijn, wat wil zeggen dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te schragen. De belangrijkste bestaansreden van de motiveringsplicht bestaat erin dat de betrokkene in de beslissing de motieven moet kunnen aantreffen derwijze dat kan worden nagegaan of de overheid zich bediend heeft van redenen die in feite en in rechte juist zijn, of de overheid die gegevens correct heeft beoordeeld, en of ze op die gronden redelijkerwijze tot haar beslissing is kunnen komen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is een annulatieberoep tegen de beslissing in te dienen (RvSt., 18 januari 2010, nr. 199.583; RvSt., 11 december 2015, nr. 233.222).

Artikel 41 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie voorziet in een recht op behoorlijk bestuur, waarbij wordt gesteld dat eenieder het recht heeft dat zijn zaken onpartijdig, billijk en binnen een redelijke termijn door de instellingen en organen van de Unie worden behandeld, en dat de betrokken instanties daarbij de plicht hebben om hun beslissingen met redenen te omkleden.

In deze context is de rechtspraak van het Hof volgens dewelke de doeltreffendheid van de door artikel 47 van het Handvest gewaarborgde rechterlijke toetsing vereist dat de belanghebbende kennis kan nemen van de gronden waarop het jegens hem genomen besluit is gebaseerd, hetzij door lezing van het besluit zelf, hetzij doordat de redenen hem op zijn verzoek worden meegedeeld (HvJ 17 maart 2011, C-372/09 en C-373/09, Peñarroja Fa, pt. 63; HvJ 17 november 2011, C-430/10, Gaydarov, pt. 41), uitermate relevant.

Dit is immers een conditio sine qua non teneinde hem de mogelijkheid te bieden zijn rechten onder zo goed mogelijke omstandigheden te verdedigen en met volledige kennis van zaken te beslissen of hij er baat bij heeft om zich tot de bevoegde rechter te wenden, en teneinde deze laatste ten volle in staat te stellen om de wettigheid van het betrokken nationale besluit te toetsen (HvJ 15 oktober 1987, C-222/86, Heylens e.a., pt. 15; HvJ 3 september 2008, C-402/05 P en C-415/05 P, Kadi en Al Barakaat International Foundation, pr. 337; HvJ 17 november 2011, C-430/10, Hristo Gaydarov, pt. 41; HvJ 20 september 2011, T-461/08 Evropaiki Dynamiki, pt. 122). (In M. MAES en A. WIJNANTS, Het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie: een nieuwe speler in het vreemdelingenrecht (deel 2), T. Vreemd. 2016, nr. 2, 167).

Artikel 41.2 van het Handvest bevat ook het recht van eenieder om toegang te krijgen tot het dossier hem betreffende, met inachtneming van het gerechtvaardigde belang van de vertrouwelijkheid en het beroeps- en het zakelijke geheim.

Verzoekster heeft geen toegang gekregen tot de volledige, ongecensureerde stukken uit het dossier, waardoor ze niet in staat was om tijdig op effectieve manier een beroep voor te bereiden en op te stellen.

Dit vormt een schending van de rechten van de verdediging en de hierboven vermelde rechtsartikelen en beginselen van behoorlijk bestuur.

2.2. Ondergeschikt dient te worden opgemerkt dat het onderzoek van verwerende partij, voor zover bekend voor verzoekster, op verschillende vlakken tekortschiet.

2.2.1. In het medisch advies wordt gesteld dat er een verbetering zou zijn van de mentale gezondheidszorg in Angola. De psychiatrische afdelingen binnen de gezondheidsinstellingen zouden gereorganiseerd zijn, en een geïntegreerd mentaal gezondheidszorgnetwerk zou op alle niveaus van de gezondheidspiramide geïmplementeerd zijn in de zes provincies van het land.

Aangezien Angola een land is met achttien provincies, is het onduidelijk of deze informatie effectief betrekking heeft op Angola, minstens of de hervormingen waarvan sprake ook in elke provincie van het land werden uitgerold.

Bovendien gaat verwerende partij met deze analyse volledig voorbij aan de realiteit, die niet zo rooskleurig is dan verwerende partij ze voorstelt. Uit alle beschikbare informatie blijkt namelijk dat de daadwerkelijk aanwezige gezondheidszorg om verschillende redenen zeer beperkt is.

Zoals reeds aangehaald in het verzoekschrift blijven de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorgen in het algemeen een groot struikelblok in Angola. De overheidsuitgaven voor gezondheidszorg zijn één van de laagste ter wereld, en zijn ook erg laag in vergelijking met andere landen met hetzelfde of zelfs een lager BBP.

Dit wordt o.a. ook bevestigd in een recent rapport van Asylos:

"There is no public health coverage, though state functionaries or employees in the oil sector; for example, benefit from health insurance. The majority of people, however, have to pay for health services, often in advance. Public hospitals are underfunded and under-staffed, and private hospitals extremely expensive.

This is because public expenditure on health care is among the continent's lowest. While the 2017 budget was introduced with claims that social expenditure had been raised - which it had, nominally, to 38.3% of government spending - health care expenditures stood at 6.15% of social expenditures, which in conjunction with the inflation rate and overall spending cuts signify a reduction in real spending of 18% over 2014.

Accordingly, the Angolan health care system is ill-equipped to provide basic services or deal with any public health crisis, as evidenced by a major yellow fever outbreak in 2016 - the first in 30 years. The high mortality which ensued was largely a result of low vaccination rates, poor sanitation, weak diagnostic capacities, and ineffective and insufficient treatment. " (stuk 2)

Angola heeft ook regelmatig te kampen met een dramatisch tekort aan medicijnen. Daarnaast is er veel corruptie van de overheid met betrekking tot het verdelen van medicijnen:

"Crippled by 27 years of civil war, healthcare improved after the conflict ended in 2002 as the oil-fueled economy surged and new hospitals and clinics were built. But experts say the country failed to develop a robust system for buying and distributing medicines, or training doctors and nurses.

When the price of oil tumbled in 2014, the economy stalled and the government slashed spending, exposing cracks in the public health service and leaving the population at risk.

(...) Poorer residents in Luanda frequently say they have to pay for medication that should be free at public hospitals. The cost means patients often cut their treatment short, increasing the risk of resistant strains developing.

(...) However, senior medical professionals working in the system said the situation had got worse since Lourenço's new government was appointed. They described severe delays in decision-making and project approvals since Lutucuta took charge in October.

They described flaws in the way drugs, that are not supplied by international agencies, are procured and distributed.

Sources said purchases at the local level were not in enough bulk to secure competitive prices while the central procurement system, known as CECOMA, lacked the information and budget to keep the system fully supplied. Drugs also often go missing, they said.

According to one former government source, the Ministry of Health has estimated that half the drugs it buys do not reach their intended destination. " (stuk 6)

"Angola has one of the highest child mortality rates in the world. According to the Children's Rights and Emergency Relief Organization (UNICEF), one in five children in Angola does not survive to age 5. Almost 3,000 people died from malaria, predominantly children, in the first quarter of the year - a much higher number than in previous years - because among other reasons, the healthcare system ran out of basic malaria medicines. " (stuk 7)

"One of us always has to be outside because sometimes the hospital staff come out with a prescription and we have to go and buy medicine because the hospital has run out.

Others told me that the cost of medicine is very high. A vitamin capsule can fetch up to 2,000 kwanza (\$12;£9).

They're even asked to buy basic goods like gloves and syringes. " (stuk 4)

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is het tekort aan medicijnen in Angola chronisch. Meer dan 50% van de bevolking heeft geen toegang tot gezondheidszorg. De kwaliteit laat te wensen over, en de publieke gezondheidszorg kan de grote vraag niet aan.

Er zijn voorts veel te weinig kwaliteitsvolle en getrainde artsen in Angola:

"In regards to human resources for health, Angola faces a number of difficulties in relation to capacity building at both the institutional and human resource levels, also a consequence of the prolonged period of civil war. In addition to the shortage of health workers, the country has a limited number of health training institutions and insufficient Qualified staff to oversee the training and development of recently Qualified professionals. Despite the Angolan government's efforts to tackle these problems, "curricula and teacher training are inadequate and the lack of funding for teaching material and support constitute obstacles to qualified training".

"The training of sufficient, qualified healthcare professionals is recognized as a significant problem for Angola."

"Another key issue in Angola's health care system is the lack of trained healthcare professionals. During the Angolan Civil War, many child soldiers were used for guerilla warfare. Forcefully recruited at an early age, these children did not receive any education during the war. Many of the soldiers who were lucky to survive did return home after years of fighting, but they lacked the skills and education needed to pursue careers. Nearly an entire generation's capacity to contribute positively to society was lost, a loss that disproportionately damaged the healthcare system. This "Lost Generation" found itself relying heavily on international organizations for medical care immediately following the war; the strikingly low supply of trained professionals meant few healthcare facilities were well equipped to handle the need."

"Several quality-related issues undermine the Angolan health sector, leading to significant impacts on health care outcomes, particularly for poor communities and rural areas. As already noted, the lack of national protocols, combined with the limited technical capacity at the local level result in the ineffective use of referrals across the levels of the health system. Quality is further hampered by the very limited supply of trained health staff: the number of doctors and nurses per capita has been declining, and about 85 percent of doctors are concentrated in regional and general hospitals in Luanda and provincial capitals. While nurses can provide primary care effectively, community healthcare workers could supplement the health sector's limited human resources in the short run.

Specifiek met betrekking tot mentale gezondheidszorg zijn de volgende cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie bijzonder relevant. Er zijn slechts 0.06 psychiaters, 0.66 verpleegkundigen, 0.18 psychologen, en 0.01 spraaktherapeuten per 100,000 inwoners. Ambulante mentale gezondheidszorg, zoals verzoekster krijgt en nodig heeft, is niet beschikbaar. Voor residentiële zorg zijn er 3 hospitalen beschikbaar. Een zelfmoordpreventiestrategie bestaat niet (stuk 5). Deze zorgwekkende cijfers weerspiegelen de daadwerkelijke situatie van de ondermaatse gezondheidszorg in Angola.

Hoewel mentale gezondheid inderdaad is opgenomen in het nationale gezondheidsplan, geven verschillende bronnen aan dat de beschikbaarheid van de behandeling zeer beperkt is, o.a. door onvoldoende professionals en middelen:

- "It does not exist - at least while the largest survey (general census of the population) started in May 2013 will not be completed - notable data about people suffering from psychological, neurological or related problems to use of psychoactive substances. The few hospital records point out, however, a tendency to increase. In demonstrating indicators on non-communicable diseases and mental disorders, the World Health Organization (WHO) indicates that morbidity among patients treated at health establishments with diseases of mental health correspond to ¼ of the total.

The rising trend results from the strong impact on mental health from exposure to war, alcohol abuse, domestic violence and the stress of modern life, particularly in urban areas. The assistance to these patients is still very limited, with care only offered in the tertiary level of attention, in most cases. (..)

- Much of the information requested for the WHO 2011 Mental Health Atlas was unavailable in relation to Angola. However, statistics that were provided indicated there were only 2 mental health outpatient facilities and 2 mental health hospitals (0.01 per 100,000 population) and a total of 5 beds in mental health hospitals (0.03 per 100,000 population). There were 0.02 psychiatrists and 0.03 psychologists per 100,000 of population. (..)

- Les soins psychiatriques sont limités en Angola. Le manque de personnel qualifié porte préjudice à leur qualité et à leur accessibilité. Une experte de l'Angola stipule expressément que les soins psychiatriques sont négligés. L'infrastructure laisse à désirer et il y a trop peu de personnel capable de traiter avec compétence les nombreux patient-e-s qui ont besoin d'aide. » (stuk 2)

"Mental health is not part of [the Angolan] primary health care system. Actual treatment of severe mental disorders is not available at the primary level. There is no facility in the primary level due to the lack of a mental health policy. Regular training of primary care professionals is not carried out in the field of mental health. There are no community care facilities for patients with mental disorders. This inadequacy of community facility is due to lack of training of personnel."

Door de moeilijkheden om medische zorg te verkrijgen, zoekt men vaak toevlucht tot 'traditionele helers':

« L'experte de l'Angola part du principe qu'il y a des possibilités de suivi psychologique chez des médecins privés, mais que le coût en est extrêmement élevé. Dans la plupart des cas, les familles cherchent de l'aide auprès de guérisseurs traditionnels, car les traitements sont plus abordables et les guérisseurs n'ont pas de listes d'attente.

"I visited the compound-cum-church of Avo Kitoko, a prominent, governmentregistered traditional healer. He says he has the power to identify and deliver people from bad spirits. [...] Stepping inside Mr Kitoko's "clinic" was like entering Bedlam. Many of the so-called patients were chained to the walls and floor. A boy of 15 had been shackled here since January. There were nursing mothers, women and children. Many, we were told, had mental health problems - "sickness" caused by evil spirits. In a darkened room, six men were chained to the walls and floor. A fight broke out over food. One man tried to stab another with a shard of glass. " (stuk 2)

Met slechts 0.06 psychiaters, 0.18 psychologen en 0.01 spraaktherapeuten per 100.000 inwoners, stelt verzoekster zich de vraag hoe hieruit kan worden geconcludeerd dat de zorgen die zij nodig heeft voor haar beschikbaar zullen zijn in Angola. Minstens dient hieruit te worden geconcludeerd dat de noodzakelijke zorgen niet toegankelijk zijn voor verzoekster.

Het advies van de arts-adviseur stelt dat deze bronnen slechts van algemene aard zijn, en niet bewijzen dat verzoekster effectief geen toegang zou hebben tot de nodige zorgen.

Bovenstaande informatie is echter afkomstig uit betrouwbare bronnen, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, waar verwerende partij zich nota bene zelf op beroept in de bestreden beslissing.

Bovendien blijkt nergens uit de informatie van verwerende partij dat bovenstaande cijfers en analyse niet correct zouden zijn.

Verwerende partij stelt integendeel zelf dat de mentale gezondheidszorg versterkt dient te worden, vooral op primair niveau, en lijkt in de bestreden beslissing ook toe te geven dat eigenlijk enkel zorg wordt aangeboden op tertiair niveau, en dit quasi uitsluitend in het ziekenhuis in de hoofdstad Luanda.

Verwerende partij heeft dan ook volledig nagelaten om de daadwerkelijke beschikbaarheid van de noodzakelijke gezondheidszorgen voor verzoekster te onderzoeken. Hiermee handelt zij kennelijk onzorgvuldig en in strijd met bovenvermelde rechtsbeginselen.

Daarbij dient te worden opgemerkt dat verwerende partij twee onderdelen van verzoeksters behandeling ook volledig buiten beschouwing heeft gelaten: het middel Sedistress, en de benodigde spraaktherapie.

2.2.2. Verzoekster heeft voorts herhaaldelijk opgemerkt dat zij niet 'gewoon' afkomstig is uit Angola, maar uit Cabinda. Dit is een enclave binnen de Democratische Republiek Congo en grenst bijgevolg niet aan de rest van het land Angola.

Hoewel verwerende partij de locatie van de beschikbare zorgen bewust heeft verborgen in de bestreden beslissing, lijkt zij zelf te erkennen dat deze voornamelijk in Luanda worden aangeboden. Dit blijkt ook uit de beschikbare landeninformatie, zoals hierboven reeds uiteengezet.

In het advies van de arts-adviseur wordt eveneens aangegeven dat verzoeksters ouders nog in Angola wonen, dus dat zij bij haar (familiaal) netwerk terecht kan voor opvang en dagelijkse ondersteuning. Verwerende partij weet dat dit netwerk (als dit al bestaat, cf. infra) zich ook in Cabinda bevindt.

Desondanks werd er met geen woord gerept over de moeilijkheden om vanuit Cabinda de nodige zorgen te krijgen. Nochtans zou het absoluut niet evident zijn voor verzoekster om naar Luanda te reizen.

De rijafstand tussen Cabinda en Luanda is 776 kilometer. Vooropgesteld dat verzoekster een eigen wagen zou hebben, zou zij in totaal 24 uur moeten rijden voor een afspraak met haar psychiater (12 uur heen en 12 uur terug). Verzoekster heeft echter geen eigen wagen in Angola, waardoor haar totale reistijd meerdere dagen in beslag zou nemen.

Bovendien houdt een verplaatsing naar Luanda eveneens een internationale grensovergang met zich mee. Verzoekster zou de Democratische Republiek Congo moeten doorkruisen, en bijgevolg tweemaal grenscontroles en douane moeten passeren, met alle administratieve en wettelijke formaliteiten die daarmee gepaard gaan.

De verplichting om een visum aan te vragen, meerdere dagen onderweg te zijn en overnachtingen te betalen, zal ook het kostenplaatje van de behandeling aanzienlijk verhogen.

Verzoeksters psychische problemen zijn chronisch, dit wil zeggen dat zij voor de rest van haar leven een behandeling zal nodig hebben. Zij zal minstens wekelijks moeten langsgaan bij een psychiater of psychologe, en zal bijgevolg geen andere keuze hebben dan ofwel haar behandeling stop te zetten, ofwel in Luanda te gaan wonen, zonder familiaal of ander netwerk. Niet alleen is dit onbetaalbaar voor verzoekster, bovendien blijkt uit de medische stukken in het dossier dat verzoekster enkel degelijk kan functioneren mits een goede omkadering.

Indien verzoekster al een familiaal netwerk zou hebben in Cabinda, heeft zij hier in de praktijk niets aan. Zij zal niet én bij hen terecht kunnen én tegelijk behandeld kunnen worden in Luanda. Ten slotte beschikken zij niet over de financiële middelen om in verzoeksters levensonderhoud te voorzien, zeker niet indien zij in Luanda zou moeten gaan wonen.

Er kan aldus niet redelijkerwijze van verzoekster worden verwacht dat zij zich in Luanda vestigt, waarschijnlijk op straat, enkel om in de buurt te zijn van een psychiatrisch ziekenhuis. Verzoekster zal dus geen andere keuze hebben dan haar behandeling stop te zetten.

Waar het advies van de arts-adviseur ten slotte nog vermeldt dat "het feit dat een behandeling moeilijk toegankelijk zou zijn omwille van logistieke, praktische of geografische redenen is op zich geen doorslaggevend element (arrest 46553/99 van 15 februari 2000 van het EHRM, de zaak SCC vs Zweden of arrest 17868/03 van 22 juni 2004 van het EHRM, de zaak Ndangoya vs Zweden)", dient te

worden opgemerkt dat de aangehaalde rechtspraak dit nergens poneert. Dit is integendeel een conclusie die verwerende partij zelf trekt.

Deze stelling wordt zelfs expliciet tegengesproken in latere arresten van het Hof. Zo oordeelde het EHRM onder meer in het arrest Paposhvili (nr. 41738/10, 13 december 2016):

"190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, § 55, and *Tatar*, cited above, §§ 47-49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see *Karagoz v. France* (dec.), no. 47531/99. 15 November 2001; *N. v. the United Kingdom*, cited above, §§ 34-41, and the references cited therein; and *E.O. v. Italy* (dec.), cited above). "

Het EHRM stelt expliciet dat de kostprijs van de medicatie en behandeling, het bestaan van een sociaal of familiaal netwerk en de afstand die moet worden afgelegd om de behandeling te krijgen, in rekening moeten worden gebracht bij de beoordeling van de verenigbaarheid van een verwijdering met artikel 3 EVRM.

Verwerende partij deed echter niets van dit alles. Zoals hierboven aangetoond heeft zij volledig nagelaten om verzoeksters daadwerkelijke woonplaats en afstand naar de noodzakelijke zorgen in rekening te brengen bij de beoordeling. Daarenboven is ook de verwijzing naar een familiaal netwerk niet dienstig. Verzoekster zal gedwongen worden om haar behandeling stop te zetten, of in Luanda te gaan wonen, wat zij zonder enige ondersteuning zal moeten doen. Het al dan niet hebben van een familiaal netwerk is echter een groot verschil in het licht van de mogelijkheden en draagkracht van verzoekster, zoals ook blijkt uit bovenvermelde rechtspraak.

Verwerende partij geeft uitdrukkelijk toe in de bestreden beslissing dat zij niet het nodige gewicht hecht aan deze elementen van verzoeksters situatie. Zij gaat volledig voorbij aan de realiteit, en handelt daarmee kennelijk onredelijk, onzorgvuldig en in strijd met al bovenvermelde wetsbepalingen.

2.2.3. In het standaard medisch getuigschrift werd o.a. aangegeven dat een terugkeer naar Angola een ernstige verslechtering van haar gezondheidstoestand met zich zou meebrengen, net omdat Angola de plaats is waar het grootste deel van haar trauma's zich hebben voorgedaan.

Zo stelt haar behandelend psychiater: "Elle avait repris un traitement à base de Sertraline 50 et de Sedistress 200 qui commençait à la stabiliser quand elle a reçu une mauvaise nouvelle le 13-11-2020 qui l'a fait s'effondrer, faire une tentative de suicide en ingérant de l'Eau de Javel et l'ont fait partir dans une errance pathologique. Il a été très difficile de pouvoir recréer un climat de sécurité autour d'elle ».

Het slechte nieuws waarvan sprake, was het arrest van uw Raad (nr. 243 189 van 03/11/2020) waarbij haar de vluchtelingenstatus en de subsidiaire beschermingsstatus werd geweigerd. Hoewel dit zo voorzichtig mogelijk werd aangebracht, was het nieuws dat verzoekster moest terugkeren naar Angola, de rechtstreekse aanleiding van een zelfmoordpoging door het drinken van javel.

Dit maakt wederom duidelijk dat de vrees om terug te moeten keren naar Angola gelinkt is aan en een rechtstreekse impact heeft op verzoeksters psychische problematiek en haar mentaal welzijn, zoals ook in het verzoekschrift én in quasi alle medische en psychologische attesten die aan het dossier werden toegevoegd, werd aangegeven.

Een terugkeer naar Angola zal een aanzienlijke verslechtering van haar symptomen met zich meebrengen, met significante suïciderisico's tot gevolg. Dit geldt in het bijzonder aangezien een groot deel van de behandeling met een vertrouwde omgeving en vertrouwde omkadering te maken heeft.

Desondanks werd ook hierover geen enkele motivering opgenomen in de bestreden beslissing.

2.2.4. Daarnaast wenst verzoekster nogmaals te verwijzen naar de zeer beperkte beschikbaarheid in Angola van de psychische zorgen die zij nodig heeft, en alle bijkomende obstakels die specifiek voor haar bestaan om deze zorgen te verkrijgen.

Indien verzoekster zou moeten terugkeren naar Angola, zou dit een zeer zware impact hebben op haar mentale gezondheidstoestand, met een erg hoog suïciderisico. Verzoekster is dermate fragiel dat zij niet in staat is om zelf de verantwoordelijkheid te dragen voor het zoeken naar psychische hulp in een stad die zij niet kent, zonder enige omkadering en zonder vertrouwen dat zij bij personen zal terechtkomen die het goed met haar voorhebben.

Gelet op de lange wachttijden en de zeer beperkt beschikbare zorg, is er echter een reëel risico dat verzoeksters behandeling niet, minstens niet onmiddellijk, zal kunnen worden voortgezet in geval van terugkeer naar Angola.

In die context zal het slecht aflopen indien er geen garanties zijn dat verzoekster bij terugkeer naar Angola onmiddellijk wordt opgenomen in een psychiatrische instelling, die haar degelijk zal ondersteunen én met wie verzoekster eveneens op korte termijn een vertrouwensband kan opbouwen.

Verwerende partij legt deze verantwoordelijkheid volledig bij verzoekster, terwijl uit het dossier duidelijk blijkt dat zij niet in staat is om deze loodzware verantwoordelijkheid te dragen. Verzoeksters toestand is dermate ernstig dat zij niet in staat is om zelf ziekenhuizen te zoeken, te wachten tot zij geholpen kan worden en te begrijpen of geloven dat zij zich beter zal voelen met deze zorg.

Ook in België wordt zij nauwlettend in de gaten gehouden door haar sociaal assistenten, psychologe en psychiater. Men verzekert zich ervan dat zij haar medicatie neemt, dat alles wel goed gaat met haar, en bij gebeurtenissen die een zware impact hebben op haar, wordt zij permanent telefonisch of in persoon opgevolgd door een heel team van professionals die voor haar klaarstaan. Dit is niet uit welwillendheid, maar uit pure noodzaak, omdat zij weten hoe verzoekster functioneert en waartoe zij in staat is.

Verzoekster kan ook in België niet zonder omkadering. Zij kan haar eigen therapie niet zelfstandig regelen of opvolgen, en zij kan al helemaal niet op eigen houtje in Luanda wonen, of om de paar dagen de tocht ondernemen vanuit Cabinda.

In het arrest Paposhvili oordeelde het EHRM dat wanneer er gereede twijfel bestaat over de impact van de verwijdering op de betrokkenen, de verwijderende staat individuele en voldoende waarborgen moet verkrijgen dat de noodzakelijke behandeling beschikbaar en toegankelijk zal zijn, om een schending van artikel 3 EVRM te vermijden (§191). Dergelijke garanties ontbreken in casu echter volledig.

2.2.5. Het advies van de arts-adviseur vat vervolgens samen hoe de gezondheidszorg in Angola functioneert. De primaire zorgen worden aangeboden in lokale posten en dokterspraktijken. Secundaire en tertiaire (complexe) zorgen worden enkel in ziekenhuizen gegeven. In de openbare sector zouden medische zorgen en medicijnen op al deze niveaus volledig gratis zijn.

Hoewel de publieke gezondheidszorg in theorie gratis is, zijn er zo veel hindernissen om toegang te krijgen tot deze gratis zorgen dat de lokale (midden -en hogere klasse) bevolking zich genooddaakt voelt om voor privé-zorgen te opteren:

“Although free public healthcare is a right defined by the constitution, the lack of doctors and rural access to hospitals means that most middle-class Angolans rely on private clinics. For those who live outside Luanda’s (Angolan capital) metropolitan area, access to reliable healthcare is even more scarce.”

De gratis gezondheidszorgen zijn dus slechts een illusie omdat de bevolking er in de praktijk weinig tot geen toegang tot heeft. Bovendien is er een hoog percentage van out-of-pocket betalingen voor gezondheidszorgen, dit zijn betalingen die rechtstreeks uit eigen zak van de patiënten komen. Dit percentage is sinds 2009 meer dan verdubbeld in Angola, namelijk van 15% naar 37%. Dit percentage is zo hoog als 76 % op het platteland omwille van de beperkte bevoorrading van medicijnen. Hierdoor geraakt de al zo arme bevolking in aanzienlijke financiële moeilijkheden bij een gezondheidsvooral.

In een rapport van de Wereldbank worden enkele andere beperkingen van de toegang tot het Angolese gezondheidssysteem opgesomd, namelijk de ongelijke toegang voor gezondheidsdiensten- en middelen tussen de hoofdstad en het platteland, de beperkte administratieve en technische capaciteit op lokaal niveau, en het gebrek aan communicatie tussen de verschillende administraties:

- "The inadequate supply of health services and inputs, particularly medicines, in poor communities and rural areas is likely to be the most important constraint to utilizing health care services. The share of out-of-pocket spending on pharmaceuticals is as high as 76 percent in rural areas due to the limited supply of drugs.
- (...) In the immediate aftermath of the war, the country embarked on a process of "déconcentration", which involved the administrative decentralization of the public health system (Sistema Nacional de Saude, SNS). The SNS encompasses the Ministry of Health (MOH); Provincial Governments with their Provincial Health Directions and Provincial Hospitals; and the Municipal Administrations which run the Municipal Health Directions, Municipal Hospitals and Health Care Units and Posts. (...). However, the limited administrative and technical capacity at the local level remains a constraint to tackle the challenges imposed by the decentralization process.
- (...) The ratio of health facilities to population was estimated at 0.5 per 10,000 people in 2010, with disparities between urban and rural areas: 24 percent of the rural population had access to a public health center or clinic within a two km radius, compared to 63 percent of the urban population.
- (...) The service delivery failures are symptomatic of a fundamentally dysfunctional health system, highlighting the need for more effective and efficient primary health care service delivery. While municipal directors are involved in developing, implementing and supervising annual health plans, limited communication with the MOH constrains more informed technical decisions at the local level. Spending execution at the municipal level is high but spending does not always go for the intended purposes: health posts and municipal hospitals are not necessarily functional, health care professionals' classifications are outdated, complicating effective deployment across health centers, and delays and absenteeism of staff are frequent. " (stuk 3)

Uit bovenstaande blijkt dat de Angolese gezondheidszorg dus niet universeel is. De - geringe - beschikbare en kwaliteitsvolle medische zorgen zijn slechts toegankelijk voor een zeer kleine minderheid van de bevolking met genoeg financiële middelen.

"The entire healthcare system in Angola has been impacted by a lack of funding and resources, with significant public health issues in recent years, and a lack of medications and some basic supplies, as reported by a variety of sources:

- "There is no public health coverage, though state functionaries or employees in the oil sector, for example, benefit from health insurance. The majority of people, however, have to pay for health services, often in advance. Public hospitals are underfunded and understaffed, and private hospitals extremely expensive.

This is because public expenditure on health care is among the continent's lowest. While the 2017 budget was introduced with claims that social expenditure had been raised - which it had, nominally; to 38.3% of government spending - health care expenditures stood at 6.15% of social expenditures, which in conjunction with the inflation rate and overall spending cuts signify a reduction in real spending of 18% over 2014." (stuk 2)

"2. Costs of health care and insurance in Angola Those hospitals which are equipped with emergency units and necessary services (such as blood transfusion) appear to be private facilities located in the main city of Luanda. The majority of the population cannot afford to be treated in those facilities where payments are made upfront, in cash. There is no state-sponsored health insurance, and health insurance is reserved to the elite.

- "High cost of healthcare: Individuals currently carry the highest burden of healthcare costs. Majority of Angola's workforce work in the informal economy and therefore do not have health insurance. Advanced, referral hospitals are located in Luanda, the capital, or in the neighboring country of Namibia, both of which is a huge distance from most of the rural areas in Angola. " Source: CEML Angola, no date
- "There is adequate care for emergencies in Luanda at a few good 24-hour private clinics operated by general practitioners and on-call specialists. Routine operations are usually performed well in these facilities, and most doctors have a basic understanding of English. Private medical care in Angola is expensive and doctors may expect up-front payment in cash, after which expats would need to seek reimbursement from their insurance company. Companies generally have an arrangement with a local clinic or hospital to ensure adequate care for their expat employees. " Source: ExpatArrivals, no date

- "Private clinics and hospitals generally offer the highest standard of care within the country, providing emergency stabilization care and a range of medical services. Both public and private health care facilities in Angola have shortages of doctors and modern medical equipment. Due to limited health resources and specially trained doctors, patients are usually evacuated to South Africa where state-of-the-art services can be received. Private hospitals offer high standards of care and are owned by large hospital organisations including Medi-Clinic, Life Healthcare, and International SOS. In the event of a medical emergency, air transportation to South Africa will be required. Expats are strongly recommended to obtain a health care plan that includes access to medical services in Angola as well as South Africa. A health care plan should also include cover for emergency medical evacuation services and repatriation to their home country." Source: Pacific Prime, no date

- "Angola doesn't have a government-sponsored health scheme and expats should ensure that they're adequately covered by medical insurance before they arrive. Most companies provide some form of medical insurance plan for their expat staff. As most complicated medical procedures require travel to South Africa or further abroad, expats should ensure that their medical insurance coverage includes medical evacuation and overseas treatment." Source: ExpatArrivals, no date" (stuk 3)

"Poverty remains one of the major causative agents of mental illness. It is notable that poverty and mental health are closely related, implying that people living in poverty are more vulnerable to mental illness, while those with pre-existing mental illness are more likely to become trapped in poverty due to decreased capacity to function optimally. (..)

Traditional healers (including diviners and witchdoctors) and religious leaders (such as priests) provide a significant proportion of the care received by the mentally ill."

"There's another reason why you might be forgiven for thinking this is a private clinic - patients here pay more than \$200 as a down-payment before they can be attended to. A consultation costs almost \$100. These are huge sums for most Angolans.

But Multiperfil is not a private clinic. Built in 2002 with funds from a loan to the Angolan government, part of its revenue still comes from the state.

The clinic was granted special status by former president José Eduardo dos Santos, and is allowed to charge for care, despite being publicly funded. " (stuk 4)

Ten slotte erkent ook verwerende partij zelf dat haar bronnen aangeven dat wel bijdragen worden gevraagd aan de patiënt.

Volgens de Raad van State is het noodzakelijk om ook met financiële barrières rekening te houden:

"Les soins qui doivent être prodigués au requérant peuvent l'être au XXX, pour autant que celui-ci, compte tenu de ce que ce pays ne dispose pas d'un système de sécurité sociale couvrant les soins de santé, dispose de ressources financières suffisantes". (R.v.St. 18 maart 1998, nr. 72.594, RDE 2002 N° 119)

Zoals hierboven aangetoond is het gezondheidssysteem een lege doos in Angola. Het is ook onduidelijk of alle zorgen die verzoekster nodig heeft hierdoor gedekt zouden worden. In ieder geval zijn er in de praktijk erg hoge kosten verbonden aan psychiatrische/psychologische zorg, waardoor men vaak toevlucht zoekt bij traditionele helers.

Verzoekster heeft nood aan psychiatrische, psychotherapeutische zorg en spraaktherapie. Zij moet ook verschillende medicijnen innemen. Mogelijk moet zij in de toekomst opnieuw gehospitaliseerd worden. Een zelfmoordpoging of andere toekomstige behandelingen zijn niet uit te sluiten, zeker niet indien zij wordt teruggestuurd naar de oorsprong van haar problemen.

Verzoekster kan deze kosten niet dragen. Zij kan ook niet rekenen op familie in Angola. Het feit dat haar aandoening mogelijk levenslang aanwezig zal zijn, maakt dat het financieel ondraaglijk is om deze kosten te dragen.

2.2.6. Ten slotte gaat verwerende partij volledig voorbij aan het stigma dat gepaard gaat met mentale gezondheid in Angola:

« L'experte de l'Angola que nous avons contactée ne connaît pas d'ONG soutenant les malades psychiques. La famille étant le meilleur filet de sécurité en Angola, les patient-e-s sont en premier lieu tributaires de l'aide de leurs proches. Celle-ci dépend de l'attitude de la famille à l'égard des problèmes de santé mentale. Sans appui familial, il est très difficile de guérir, car dans ce cas, l'accès aux médicaments pose problème, mais en principe aussi la survie matérielle au quotidien. La personne de contact sur place ne connaît pas non plus d'ONG qui soutienne les malades psychiques. » (stuk 2)

"The official [National Director of Medicine and Equipment Dr Boaventura Moura] was speaking Thursday in Luanda at the opening of the 3rd Conference on Mental Health, on behalf of the State Secretary for Health. According to him, stigma and discrimination are the biggest hindrance to successfully combat this problem. "All of us are likely to have a mental disorder. Anxiety is common to all, said the health official, who called for the need assist those with mental disorder. Boaventura Moura regretted the relatives who often abandon their patients at the Psychiatric Hospital. In order to deal with the situation, he added, the Government is committed to the expansion of mental health services by training more psychologists and psychiatrists. " (stuk 2)

"Social stigma and discrimination were reported as a barrier to employment for people with psychiatric disabilities in six of the eight studies included in the study. Such beliefs can be held by different actors in the individual's environment, including family members and employers or their representatives (e.g. human resource personnel and senior civil servants). "

"Mental illness is a taboo subject that attracts stigma in much of Africa. (..) The stigma linked to mental illness can be attributed to lack of education, fear, religious reasoning and general prejudice. (..)"

Social stigma has meant that in much of Africa mental illness is a hidden issue equated to a silent epidemic. Many households with mentally ill persons hide them for fear of discrimination and ostracism from their communities. Girls from homes known to have mental illness are disadvantaged due to the fact that a history of mental illness severely reduces their marriage prospects. (..)"

Het familiaal netwerk waarop verzoekster in theorie zou kunnen terugvallen, dient aldus danig te worden gerelativeerd.

Bovendien zal het in tegenstelling tot wat verwerende partij beweert ook niet zo evident zijn voor verzoekster om zelf in de kosten van haar medische zorgen te voorzien.

Het klopt dat zij in België een opleiding tot zorgkundige heeft afgerond, en ook (al dan niet als vrijwilliger) gewerkt heeft. De enige reden waarom verzoekster dit kon doen is echter omdat zij in België enorm goed omkaderd wordt. Zij heeft regelmatige afspraken met de psychiater, psycholoog en logopediste, en verblijft nog steeds in hetzelfde opvangcentrum sinds haar aankomst. Zij wordt omringd door vertrouwde sociaal assistenten die het beste met haar voor hebben, en kan zowel telefonisch als in persoon ook beroep doen op haar behandelende medische professionals.

Het is slechts door deze omkadering dat verzoekster erin slaagt om op een relatief oké ritme te werken.

In Angola zal deze omkadering zonder enige twijfel minstens tot op bepaalde hoogte wegvallen. Het is erg waarschijnlijk dat verzoekster niet even goed zal kunnen functioneren bij een terugkeer naar Angola, in het bijzonder gelet op wat hierboven reeds werd uiteengezet.

Daarnaast dient ook hier rekening te worden gehouden met het heersende stigma en bijhorende beperkingen op de arbeidsmarkt.

In die context kan onmogelijk worden verondersteld dat verzoekster gegarandeerd in staat zal zijn om zelf in de erg hoog oplopende kosten van haar medische behandeling te voorzien, zeker gezien ze hiervoor zonder steun van enig netwerk in Luanda moet gaan wonen.

Uit de informatie omtrent het IOM in de bestreden beslissing blijkt daarnaast evenmin dat verzoekster door hen gesteund kan worden om de financiële kosten van haar psychiatrische zorgen (met eventuele opname in een psychiatrisch ziekenhuis) en de dagelijkse medicijnen te dragen.

Uit al het voorgaande blijkt dat verwerende partij een gebrekkig onderzoek voerde naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige zorgen in Angola voor verzoekster.

In deze omstandigheden heeft verwerende partij allerminst op redelijke, afdoende en zorgvuldige wijze onderzocht of verzoekster wel effectief toegang zal kunnen krijgen tot de nodige behandeling. Hierdoor bestaat het risico op een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en artikel 3 EVRM.

Om al deze redenen vindt verzoekster dat de bestreden beslissing niet op afdoende en zorgvuldige wijze gemotiveerd is en bovenstaande wettelijke bepalingen schendt."

3.2.1. De Raad merkt op dat artikel 62 van de Vreemdelingenwet bepaalt dat de administratieve beslissingen met redenen moeten worden omkleed en dat de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 voorzien dat de beslissingen van de besturen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd, dat de motivering de juridische en de feitelijke overwegingen dient te vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat deze motivering afdoende moet zijn.

Deze 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 deze heeft genomen, zodat hij kan beoordelen of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. Het begrip "afdoende", zoals vervat in artikel 3 van de wet van 29 juli 1991, impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing. De Raad stelt vast dat in de bestreden beslissing duidelijk het determinerende motief wordt aangegeven op grond waarvan deze beslissing is genomen. Er wordt, met verwijzing naar artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en een advies van een ambtenaar-geneesheer, immers vastgesteld dat uit het door verzoekster voorgelegde medische dossier niet kan worden afgeleid dat zij lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor haar leven of haar fysieke integriteit of 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. In het advies van de ambtenaar-geneesheer waarnaar in deze beslissing expliciet wordt verwezen en dat samen met deze beslissing aan verzoekster werd ter kennis gebracht en waarvan de inhoud derhalve dient te worden geacht deel uit te maken van de motivering van de bestreden beslissing, wordt verder toegelicht dat uit de aangevoerde medische problemen geen tegenindicatie om te reizen blijkt en dat de vereiste medische zorgen in Angola beschikbaar en toegankelijk zijn. Deze motivering is pertinent en draagkrachtig. Ze laat verzoekster toe om haar rechtsmiddelen met kennis van zaken aan te wenden.

De bemerking van verzoekster dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer in het advies dat deel uitmaakt van de bestreden beslissing niet uitdrukkelijk zou hebben aangegeven op welke precieze locatie(s) de medische zorgen die zij behoeft in Angola kunnen worden verkregen kan geen aanleiding geven tot de conclusie dat de motivering van deze beslissing niet afdoende is. Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet vereist immers dat wordt nagegaan of er een adequate behandeling is in het land van herkomst of het land van gewoonlijk verblijf van de vreemdeling die om medische reden tot een verblijf in het Rijk wenst te worden gemachtigd. De vaststelling in het advies van de ambtenaar-geneesheer dat uit bewijsstukken blijkt dat verzoekster een dergelijke adequate behandeling in Angola kan genieten volstaat dan ook om verzoekster toe te laten te begrijpen waarom in casu werd besloten om haar geen verblijfsmachtiging toe te staan. Verzoekster lijkt bovendien voorbij te gaan aan het feit dat in het advies van de ambtenaar-geneesheer in ieder geval uitdrukkelijk wordt verwezen naar de mogelijkheid om zorgen te genieten in "het psychiatrisch ziekenhuis van Luanda".

Een schending van de formele motiveringsplicht, zoals deze voortvloeit uit artikel 62 van de Vreemdelingenwet en uit de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991, wordt niet aangetoond.

3.2.2. Het betoog van verzoekster dat de rechten van verdediging werden miskend, omdat haar, nadat de bestreden beslissing was genomen, door verweerder geen kopie van het administratief dossier werd overgemaakt, laat de Raad niet toe te oordelen dat de bestreden beslissing zelf door enig gebrek is aangetast. Daarnaast moet erop worden gewezen dat verzoekster, gedurende verscheidene weken, de mogelijkheid werd geboden om inzage te nemen van het administratief dossier dat bij de Raad werd neergelegd en dat zij de kans had om eventuele grieven die zij pas kon ontwikkelen nadat zij kennis had genomen van de stukken van dit dossier ter terechtzitting aan te brengen. Zij heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. Zij kan dan ook niet worden gevolgd in haar betoog dat de rechten van verdediging of artikel 41 van het Handvest van de grondrechten werden geschonden. Er moet daarenboven op worden gewezen dat, conform artikel 51 van het Handvest van de grondrechten, de

bepalingen van dit handvest “zijn gericht tot de instellingen en organen van de Unie met inachtneming van het subsidiariteitsbeginsel en tot de lidstaten, uitsluitend wanneer zij het recht van de Unie ten uitvoer brengen.” Verzoekster maakt evenwel geenszins aannemelijk dat verweerder door de bestreden beslissing te nemen het recht van de Unie ten uitvoer brengt. Er blijkt bijgevolg ook niet dat zij nuttig kan verwijzen naar de bepalingen van artikel 41 van het Handvest van de grondrechten.

3.2.3. Gelet op het voorgaande en het feit dat zij kon beschikken over een gespecialiseerde advocaat die voor haar een uitgebreid verzoekschrift indiende gericht op de schorsing en de vernietiging van de bestreden beslissing kan ook niet worden besloten dat verzoekster niet over een daadwerkelijk rechtsmiddel beschikte en dat artikel 13 van het EVRM werd geschonden.

3.2.4. De door verzoekster aangevoerde schending van de motiveringsplicht als algemeen principe van behoorlijk bestuur – waarmee zij slechts kan doelen op de materiële motiveringsplicht –, dient in casu, samen met de aangevoerde schending van het redelijkheidsbeginsel, te worden onderzocht in het raam van de toepassing van de bepalingen van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet voorziet in twee situaties waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfs-machtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoonst dat een terugkeer op zich naar zijn land van herkomst niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (cf. *Parl.St. Kamer*, 2005-06, nr. 2478/001, 34) en er dus “een onmogelijkheid om te reizen” bestaat (*Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Het betreft hier dus vreemdelingen “die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst” en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid van de Vreemdelingenwet (*Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/008, 9). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat hierbij in regel zal dienen te worden onderzocht of het mogelijk is om een ziekte te laten behandelen in het land van herkomst en of de effectieve toegang tot een behandeling van deze ziekte in het land van herkomst van een vreemdeling voldoende is gegarandeerd (*Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/001, 35 en *Parl.St. Kamer* 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Een dergelijk onderzoek is evenwel niet vereist indien uit de aard van de aandoening zelf – een aandoening die niet ernstig is of die geen behandeling vereist – kan worden afgeleid dat er geen reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling bestaat.

In casu wordt niet betwist dat de door verzoekster aangevoerde problematiek op zich geen beletsel vormt om te reizen. Verzoekster betoogt slechts dat zij in Angola niet zal kunnen beschikken over de vereiste medische zorgen of dat deze voor haar niet voldoende toegankelijk zullen zijn.

Verzoekster voert aan dat er in Angola achttien provincies zijn. Zij toont hiermee niet aan dat de door verweerder aangestelde controlearts verkeerdelijk stelde dat uit een verslag waarover hij beschikt blijkt dat in zes provincies in Angola reeds werd voorzien in een implementatie van een geïntegreerd mentaal gezondheidsnetwerk op alle niveaus van de gezondheidspiramide. Volgens de stukken in het administratief dossier betreft het de provincies Luanda, Cabinda, Benguela, Huila, Malanje en Huambo. Er moet ook nogmaals worden benadrukt dat verweerder de situatie in “het land” van herkomst van verzoekster dient na te gaan. Verzoeksters bemerking dat niet blijkt dat de hervormingen waarvan sprake in de bestreden beslissing in elke provincie in Angola zijn doorgevoerd doet geen afbreuk aan het feit dat vaststaat dat op verschillende locaties in dat land psychische zorgen kunnen worden verstrekt.

Verzoekster zet uiteen dat de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg zeer laag zijn in Angola. Deze bemerking leidt echter niet tot de conclusie dat verweerder verkeerdelijk oordeelde dat de zorgen die zij nodig heeft om te voorkomen dat zij in een onmenselijke of vernederende situatie zou terechtkomen in dat land kan verkrijgen.

Verzoekster licht vervolgens toe dat er algemeen genomen een tekort is aan medicijnen in Angola omdat de overheid er niet in slaagde een degelijk systeem inzake aankoop en verdeling van geneesmiddelen te organiseren. Uit de aan de Raad voorgelegde stukken blijkt evenwel dat de medicijnen die verzoekster nodig heeft, meer specifiek Sertraline, een antidepressivum en Lorazepam, een angst-

remmend middel, in haar land van herkomst kunnen worden aangekocht in een apotheek. Haar verwijzing naar stukken inzake algemene tekorten aan allerhande geneesmiddelen leidt niet tot het besluit dat de specifieke medicatie die haar in België werd voorgeschreven in Angola niet kan worden verkregen. In dit verband is het ook van belang om erop te wijzen dat uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat de directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis te Luanda verklaarde dat er geen probleem was inzake de beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen. De Raad leest in de stukken van het administratief dossier dat er inderdaad ook melding werd gemaakt van het feit dat er in openbare gezondheidscentra soms tekorten zijn aan medicijnen en dat dit te wijten is aan een dysfunctionele bevoorradingsregeling en een gebrekkig stockmanagement, doch hieruit niet kan worden afgeleid dat er een algemeen probleem inzake beschikbaarheid van medicatie bestaat en dat verzoekster de medicatie die zij behoeft, zo nodig, niet via een apotheek kan verkrijgen.

Daarnaast zet verzoekster uitgebreid uiteen dat er in Angola zeer weinig kwaliteitsvolle en getrainde artsen zijn en er ook zeer weinig verpleegkundigen, psychologen, spraaktherapeuten zijn op wie een beroep kan worden gedaan. Het feit dat er in Angola, in verhouding met België, weinig medisch personeel beschikbaar is en verweerder de door verzoekster aangebrachte cijfergegevens in dit verband niet betwist impliceert evenwel niet dat moet worden aangenomen dat gezondheidszorgen er niet kunnen worden verkregen indien deze werkelijk zijn vereist. Verzoekster geeft bovendien zelf aan dat er geen betrouwbare gegevens bestaan inzake het aantal personen in Angola dat aan psychologische, neurologische of hieraan verwante aandoeningen lijdt, zodat niet zonder meer kan worden geconcludeerd dat het beperkt aantal personen dat actief is in de psychische zorgverstrekking niet volstaat om die zorg te bieden die moet voorkomen dat een patiënt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht komt. De mededeling van verzoekster dat vele personen in Angola ervoor opteren om een beroep te doen op traditionele helers omdat zij goedkoper zijn en zij geen wachtlijsten hebben laat hier niet anders over denken.

Uit het gegeven dat verweerder in de bestreden beslissing heeft gemotiveerd dat er in Angola een nationaal plan voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg bestaat waarin het belang van een betere beschikbaarheid van deze zorg op het primaire niveau wordt belicht kan voorts niet worden afgeleid dat verweerder erkent dat er in Angola geen zorgen mogelijk zijn op het primaire niveau, waarmee wordt verwezen naar gezondheidsposten, gemeentelijke hospitalen en dokterspraktijken. De vaststelling dat deze zorgen op dit niveau moeten worden “*versterkt*” laat logischerwijs slechts toe te oordelen dat zij reeds bestaan, doch nog kunnen worden verbeterd en uitgebreid. Verweerder heeft dit trouwens ook verder verduidelijkt door erop te wijzen dat reeds een verbetering van de mentale gezondheidszorg werd bewerkstelligd door een hervorming van de psychiatrische afdelingen binnen de gezondheidsinstellingen op de drie niveaus door te voeren, via een reorganisatie van de diensten, een meer menselijke benadering van patiënten en een focus op rehabilitatie en re-integratie in hun familie en de samenleving en door de implementatie van een geïntegreerd mentaal gezondheidsnetwerk op alle niveaus van de gezondheidspiramide.

Er moet ook worden herhaald dat het feit dat de mogelijkheid tot zorgverstrekking voor personen met een psychische problematiek het meest uitgebreid is in de hoofdstad Luanda en dat het feit dat verzoekster verklaarde voor haar reis naar Europa, met haar ouders, in de provincie Cabinda te hebben gewoond niet wil zeggen dat de zorgen die verzoekster behoeft voor haar in Angola niet beschikbaar of toegankelijk zijn. Zoals reeds gesteld heeft verweerder vastgesteld dat er een verbetering werd bewerkstelligd van de mentale gezondheidszorg in Angola door de implementatie van een geïntegreerd mentaal gezondheidsnetwerk op alle niveaus van de gezondheidspiramide in zes provincies en uit de aan de Raad voorgelegde stukken blijkt dat Cabinda één van deze zes provincies is. Er blijkt daarnaast niet dat verzoekster zich niet zou kunnen vestigen in Luanda, de hoofdstad van haar land, waar er, blijkens de stukken van het neergelegde administratief dossier, verschillende ziekenhuizen zijn die gespecialiseerd zijn in psychische zorgen en waar er ook apotheken zijn waar de nodige medicatie kan worden aangekocht. Inzake de bewering van verzoekster dat zij omwille van het chronisch karakter van haar psychische problemen minstens wekelijks zal moeten langsgaan bij een psychiater of een psychologe kan het volstaan te duiden dat in de door haar aangebrachte stukken niet kan worden gelezen dat een arts zou hebben vastgesteld dat zij met een dergelijke frequentie zou dienen te worden behandeld door een psychiater of een psycholoog. Uit het standaard medisch getuigschrift blijkt daarentegen dat verzoekster gedurende langere periodes geen gebruik maakte van de diensten van een psychiater. Waar zij aanvoert dat uit de medische stukken die zij aanbracht blijkt dat zij enkel kan functioneren mits een goede omkadering moet worden gesteld dat zij niet aanmerkelijk maakt dat zij de nodige omkadering niet kan krijgen in Angola. Er wordt ook niet aangetoond dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer verkeerdelijk zou hebben vastgesteld dat geen attest werd

voorgelegd waaruit een arbeidsongeschiktheid blijkt, zodat kan worden aangenomen dat verzoekster in staat is om middels een tewerkstelling te voorzien in een inkomen om de noodzakelijke medische kosten te betalen. De aan de Raad voorgelegde stukken tonen bovendien aan dat verzoekster, ondanks de in het aangebrachte standaard medisch getuigschrift omschreven ernstige psychische problemen, verscheidene malen werd tewerkgesteld in België en door één van haar werkgevers wordt omschreven als *“een goede werkkraft, toegewijd in haar job en betrokken bij onze werking”*. Het staat ook vast dat verzoekster veel vrijwilligerswerk deed en door de personen die hierdoor met haar in aanraking kwamen wordt aanzien als iemand die van zichzelf gelukkig, vriendelijk en beschikbaar is en dat zij wordt beschouwd als iemand die *“een grote meerwaarde is voor de werking”*. Verweerder heeft er ook op gewezen dat verzoekster een beroep kan doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (hierna: de IOM) om de duurzame terugkeer naar en re-integratie in haar land van herkomst te vergemakkelijken en bijstand kan krijgen in het vinden van inkomensgenererende activiteiten en voor hulp inzake accommodatie. Het feit dat de IOM haar medische kosten zelf niet zal dragen doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om, via de ondersteuning van deze organisatie, zelfvoorzienend te worden. Verzoekster kan dan ook niet worden gevolgd waar zij stelt dat zij in haar land van herkomst genooddakt zal zijn om op straat te overleven en haar behandeling noodgedwongen stop te zetten.

De door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer heeft, gelet op de bewoordingen van het uitgebreide advies, duidelijk onderzocht of verzoekster in werkelijkheid, gelet op de gegevens die haar eigen zijn, toegang heeft tot de vereiste medische zorgen in haar land van herkomst. Verzoeksters opmerking dat het Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) reeds oordeelde dat, bij het onderzoek of een vreemdeling met een medische problematiek het risico loopt in zijn land van herkomst in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen, de kostprijs van de medicatie en de behandeling, het bestaan van een sociaal en familiaal netwerk en de afstand die moet worden overbrugd om zorgen te kunnen genieten in aanmerking moeten worden genomen, geeft geen aanleiding tot de conclusie dat in casu enig dienstig gegeven over het hoofd werd gezien. De door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer heeft in aanmerking genomen dat verzoekster een familiaal netwerk heeft in Cabinda en geoordeeld dat zij ook zonder familiaal netwerk over de nodige zorgen kan beschikken, daar zij in een eigen inkomen uit arbeid kan voorzien. Er werden dan ook geen onoverkomelijke financiële, logistieke, praktische of geografische redenen weerhouden waaruit zou kunnen worden afgeleid dat verzoekster geen toegang tot de nodige medische zorgen zou kunnen krijgen. Bijgevolg kan niet worden vastgesteld dat verzoekster enig belang heeft bij haar bewering dat verweerder de rechtspraak van het EHRM niet correct heeft weergegeven of geïnterpreteerd.

Wat betreft verzoeksters bemerking dat de psychiater die zij consulteerde in een medisch getuigschrift heeft aangegeven dat een verblijf in Angola niet mogelijk is *“omdat dit de plaats is waar het grootste deel van haar trauma's zich hebben voorgedaan”* moet de Raad opmerken dat de problemen die verzoekster stelt te hebben gehad in Angola reeds werden onderzocht en dat werd vastgesteld dat haar relaas niet geloofwaardig is. De Raad dient er tevens op te wijzen dat in het arrest nr. 243 189 van 27 oktober 2020 reeds werd geduid dat *“waar de medische beroepsbeoefenaars zich uitspreken over de (waarachtigheid van de) omstandigheden die aan de basis zouden liggen van verzoeksters psychische gezondheidstoestand, [...] zij echter aan waarheidsvinding [doen], hetgeen niet tot hun bevoegdheden of opdracht behoort”*. Verzoekster kan dan ook niet worden gevolgd in haar stelling dat aangezien de arts die zij raadpleegde de oorzaak van haar psychische problemen toeschreef aan bepaalde gebeurtenissen die zich voornamelijk voordeden in Angola, waarvan reeds werd vastgesteld dat deze niet geloofwaardig zijn, moet worden aangenomen dat zij niet naar dat land kan terugkeren. Er moet worden benadrukt dat het een arts op wie een beroep wordt gedaan om een medisch getuigschrift op te stellen toekomt de vastgestelde gezondheidssituatie van een patiënt weer te geven en te duiden welke medische zorgen hij nodig acht om de vastgestelde gezondheidsproblemen te verhelpen of onder controle te houden, doch dat hierbij dient te worden uitgegaan van objectieve feitelijke vaststellingen en wetenschappelijk onderbouwde standpunten en niet van ongefundeerde aannames of veronderstellingen. De Raad stelt ook vast dat de psychiater die verzoekster raadpleegde in een van zijn medische attesten stelt dat de psychische problemen die hij vaststelde bij verzoekster niet werden gediagnosticeerd in Angola en hiermee schijnbaar het functioneren van de medische instellingen in dat land in vraag wil stellen. Het staat evenwel geenszins vast dat enige gebeurtenis in Angola effectief aan de basis ligt van verzoekster psychische problemen of dat zij reeds dergelijke problemen zou hebben gehad toen zij in dat land verbleef.

Verzoekster voert nog aan dat het feit dat zij vernam dat het beroep dat zij instelde tegen de beslissing van de commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen waarbij haar verzoek om internationale bescherming werd afgewezen werd verworpen door de Raad aan de basis lag van haar

zelfmoordpoging. Zij toont hiermee echter niet aan dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer haar situatie incorrect heeft ingeschat. Deze controlearts stelt het gegeven dat verzoekster psychische problemen heeft en dat zij hiervoor dient te worden behandeld immers niet in vraag. Deze arts stelde vast dat de zorgen die verzoekster nodig heeft ook in Angola kunnen worden verkregen. Er moet bovendien worden opgemerkt dat de zorg en de omkadering die verzoekster in België kreeg het feit dat zij toch een zelfmoordpoging ondernam niet heeft kunnen verhinderen. Integenstelling tot wat verzoekster lijkt te willen stellen kan, mede gezien het voorgaande, niet worden aangenomen dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer meer gewicht had moeten geven aan de mogelijkheid om de zorgen verder te laten zetten in een vertrouwde omgeving en aan het belang van een vertrouwde omkadering.

Verzoekster die vanuit Angola naar Europa reisde, die in België, waar zij niemand kende en initieel ook geen der landstalen machtig was, verschillende administratieve procedures doorliep, die zich inschreef voor taalcursussen, die erin slaagde om gespecialiseerde psychische ondersteuning te krijgen, die werk vond en die ook vrijwilligerswerk deed kan bezwaarlijk voorhouden dat moet worden aangenomen dat zij dermate fragiel is dat zij niet in staat zal zijn om, in het land waar ze opgroeide en waarvan zij de taal spreekt, de verantwoordelijkheid te nemen om, zonder verdere omkadering, hulp te zoeken in een stad die zij niet kent. Er mag ook niet worden vergeten dat verweerder heeft aangegeven dat verzoekster met het oog op haar integratie een beroep kan doen op de IOM en dat zij nog familieleden heeft in Angola.

Nergens blijkt dat verzoekster niet in staat zou zijn om een vertrouwensband op te bouwen met zorgverleners in Angola en aangezien nergens is aangegeven dat verzoekster dient te worden ondergebracht in een psychiatrische instelling is haar stelling dat er geen garantie is dat zij in Angola in een dergelijke instelling zal worden opgenomen niet dienstig.

De bewering dat verzoekster in België permanent in het oog wordt gehouden, dat zij wordt begeleid en dat erop wordt toegezien dat zij haar medicatie gebruikt vindt geen duidelijke steun in de aan de Raad voorgelegde stukken waarin, onder meer, kan worden gelezen dat verzoekster op een bepaald ogenblik autonoom besliste om het gebruik van bepaalde medicatie te stoppen en dat zij zelf professioneel actief was in de zorg, wat toch veronderstelt dat zij bepaalde verantwoordelijkheden kon dragen. In tal van medische attesten die verzoekster voorlegde wordt zij afgeschilderd als een zwakbegaafd iemand, die niet kan lezen en schrijven en die een beperkte woordenschat heeft. Deze vaststellingen worden ook vermeld in het standaard medisch getuigschrift dat zij aanbracht, doch de psychiater die dit getuigschrift opstelde erkent dat uit het optreden van verzoekster blijkt dat dit geen correcte diagnose is. De Raad merkt op dat deze vaststellingen ook totaal niet in overeenstemming te brengen zijn met met de verklaringen van haar werkgevers, met de resultaten van testen die in het Nederlands werden afgenomen, met het gegeven dat een van haar docenten noteerde dat *“de communicatie in het Nederlands [goed] verliep [...] in de lessen en tijdens de stages”* en dat zij *“goede resultaten [behaalde] in de theoretische toetsen en examens”* en dat de teamverantwoordelijke in een activiteitencentrum waar verzoekster werkzaam was stelt dat zij *“individuele babbeltjes [doet] met mensen”*. Gelet op de aan de Raad voorgelegde stukken kan niet worden besloten dat de door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer de impact van verwijdering van verzoekster heeft onderschat. Daarenboven moet worden gesteld dat de bestreden beslissing geen beslissing tot verwijdering is en de verwijzing naar rechtspraak omtrent verwijderingsmaatregelen niet dienstig is.

Verweerder heeft aangegeven dat een contactpersoon bevestigde dat in Angola de diensten (consultaties, behandelingen, onderzoeken en hospitalisaties) alsook de medicatie gratis worden aangeboden. Hij heeft echter ook gesteld dat volgens bepaalde bronnen het kan voorvallen dat aan een patiënt soms een bijdrage voor de zorgverlening wordt gevraagd. Hij heeft dus rekening gehouden met de mogelijkheid dat verzoekster een financiële bijdrage zal moeten leveren en heeft, door te verwijzen naar de aanwezigheid van familieleden, de arbeidsbekwaamheid van verzoekster en de mogelijkheid om te worden geholpen door de IOM, uiteengezet waarom hij meende dat dit geen onoverkomelijk probleem is. De uiteenzetting van verzoekster dat gratis gezondheidszorg in Angola een illusie is en dat er veel out-of-pocket betalingen dienen te gebeuren wijzigt hieraan niets.

Verzoekster zet uitgebreid uiteen dat er niet overal in Angola een zelfde toegang tot gezondheidszorg is en dat er verschillen zijn naargelang men in de hoofdstad of op het platteland woont. Op basis van deze uiteenzetting kan niet worden vastgesteld dat verweerder verkeerdelijk stelde dat, gelet op de concrete vaststellingen, de zorg die verzoekster nodig heeft voor haar beschikbaar en toegankelijk is.

Nu er werd vastgesteld dat er in Angola voor verzoekster mogelijkheden bestaan om haar medicamenteuze behandeling verder te zetten en om zich te laten bijstaan door zorgpersoneel is haar bemerking dat het niet kan worden uitgesloten dat zij in de toekomst nogmaals een zelfmoordpoging zal ondernemen, dat zij zal moeten worden gehospitaliseerd of dat zij andere behandelingen zal nodig hebben niet van aard om te kunnen oordelen dat verweerder enige appreciatiefout maakte. Er moet ook worden opgemerkt dat verweerder slechts rekening moet houden met de aandoeningen die werden vastgesteld en de in verband met deze aandoeningen bepaalde behandelingsmogelijkheden en dat hij niet moet onderzoeken of allerlei andere, niet nader omschreven, behandelingen, waarvan niet werd vastgesteld dat deze vereist zijn, beschikbaar en toegankelijk zijn.

Door op algemene wijze te verwijzen naar verslagen waarin wordt aangegeven dat mensen met een psychische stoornis in Afrika vaak worden gestigmatiseerd toont verzoekster niet aan dat zijn niet in staat zou zijn om de medische zorgen die zij nodig heeft te verkrijgen of om actief te worden op de arbeidsmarkt. De Raad neemt hierbij in aanmerking dat de psychische problemen die werden vastgesteld verzoekster voorheen niet verhinderden om te functioneren in de samenleving. Zij slaagde er in om taallessen te volgen, een opleiding tot zorgkundige te voltooien en meermaals werk te vinden. In de door verzoekster aangebrachte stukken die uitgaan van personen die haar in het kader van een arbeidsrelatie leerden kennen wordt er ook geen melding van gemaakt dat haar psychische problemen duidelijk zichtbaar zouden zijn of een weerslag zouden hebben op haar arbeidsprestaties. Verzoekster wordt, zoals reeds gesteld, omschreven als een van nature gelukkig, vriendelijk en beschikbaar iemand, als een vrouw die zich vol enthousiasme inzet, die stipt en veelzijdig is en die bepalend is voor de positieve dynamiek in de groep. In een brief uitgaande van het Rode Kruiscentrum waar zij verbleef wordt zij, door een medewerker die aangeeft haar reeds twee jaar te begeleiden, ook omschreven als een onafhankelijk en bijdehand persoon. Zij kan dan ook niet voorhouden dat verweerder in casu de stigmatisering van personen met een psychische stoornis had dienen te betrekken bij zijn besluitvorming.

De uiteenzetting van verzoekster laat niet toe te concluderen dat de bestreden beslissing is genomen op grond van onjuiste gegevens, op kennelijk onredelijke wijze of met overschrijding van de appreciatiebevoegdheid waarover verweerder of de door hem aangestelde ambtenaar-geneesheer beschikt. Een schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, van de materiële motiveringsplicht of van het redelijkheidsbeginsel blijkt derhalve niet.

3.2.5. Er wordt door verzoekster geenszins aangetoond dat de verwerping van haar aanvraag om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd tot gevolg heeft dat zij wordt gefolterd of onderworpen aan onmenselijke of vernederende behandelingen of straffen. Deze beslissing, die geen verwijderingsbeslissing is, heeft immers niet tot gevolg dat zij niet langer toegang zou hebben tot noodzakelijke medische zorgen in België. Deze beslissing verplicht verzoekster ook niet om zich te begeven naar een land of regio waar zij meent niet de vereiste medische zorgen te kunnen genieten en er blijkt ook niet dat verweerder verkeerdelijk of op kennelijk onredelijke wijze heeft geoordeeld dat niet blijkt dat haar psychische problemen haar verhinderen om te reizen en dat ook in haar land van herkomst de nodige medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn.

Een schending van artikel 3 van het EVRM wordt niet aangetoond.

3.2.6. Het zorgvuldigheidsbeginsel – dat verzoekster ook geschonden acht – legt de overheid de verplichting op haar beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding (RvS 14 februari 2006, nr. 154.954; RvS 2 februari 2007, nr. 167.411). Het respect voor het zorgvuldigheidsbeginsel houdt derhalve in dat de administratie bij het nemen van een beslissing moet steunen op alle gegevens van het dossier en op alle daarin vervatte dienstige stukken.

Verzoekster stelt, onder meer, dat verweerder het feit dat zij het middel Sedistress gebruikt buiten beschouwing heeft gelaten. Dit betoog mist feitelijke grondslag. De door verweerder aangestelde ambtenaar-geneesheer heeft immers duidelijk gesteld dat Sedistress geen geregistreerd geneesmiddel is, doch een plantaardig product en dus niet kan worden beschouwd als een medicijn.

Wat betreft de bemerking dat de door verweerder aangestelde controlearts niets heeft gesteld omtrent het feit dat zij spraaktherapie behoeft kan slechts worden vastgesteld dat in het door haar voorgelegde standaard medisch getuigschrift wordt toegelicht dat een posttraumatische stressstoornis werd vastgesteld en dat nergens in dit getuigschrift kan worden gelezen dat deze psychische problematiek kan worden behandeld door middel van spraaktherapie. In dit medisch getuigschrift wordt door de arts

op wie verzoekster een beroep deed uiteengezet dat een eerste hypothese waarvan hij, op basis van testgegevens, uitging, met name dat verzoekster zwakbegaafd is, niet wordt ondersteund door haar optreden. Deze arts stelde dat verzoeksters slechte score voor bepaalde testen wellicht kan worden verklaard doordat bij haar een taalverwervingsachterstand (dysfasie) werd vastgesteld bij een logopedisch onderzoek. De door verzoekster geconsulteerde geneesheer stelde tevens dat deze dysfasie een verklaring zou kunnen vormen voor een deel van de symptomen en voor de problemen die verzoekster voorheen ondervond in een onaangepaste schoolse omgeving. Hieruit kan niet worden afgeleid dat verzoekster nood zou hebben aan een spraaktherapie om haar psychische problemen die werden aangevoerd te behandelen. Het gegeven dat verweerder schijnbaar geen aandacht heeft geschonken aan het feit dat de behandelende arts meende dat verzoekster baat zou hebben bij een logopedische ondersteuning ter behandeling van deze taal- of leerstoornis impliceert niet dat enig aangevoerd medisch probleem of een dienstige behandelingswijze voor dit probleem over het hoofd werd gezien. Louter ten overvloede dient te worden herhaald dat de vaststelling dat verzoekster een taalverwervingsachterstand zou hebben moeilijk of niet verenigbaar is met de inhoud van talrijke attesten waarin wordt aangegeven dat zij goede resultaten haalde bij opleidingen in België en dat haar werkgevers zeer tevreden waren omtrent haar arbeidsprestaties waarbij veel communicatie was vereist.

Uit de gegevens van het dossier en uit wat voorafgaat blijkt dat de bestreden beslissing op basis van het advies van een controlearts tot stand is gekomen en dat deze arts rekening hield met alle dienstige medische attesten die werden overgemaakt, zodat geen schending van het zorgvuldigheidsbeginsel kan worden vastgesteld.

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

4. Korte debatten

Verzoekster 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 veertien februari tweeduizend tweeëntwintig door:

dhr. G. DE BOECK,

voorzitter

dhr. T. LEYSEN,

griffier

De griffier,

De voorzitter,

T. LEYSEN

G. DE BOECK