



Arrest

nr. 236 213 van 29 mei 2020
in de zaak RvV X / IX

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat C. KAYEMBE-MBAYI
Rue Quevry 63
6238 CHARLEROI

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IXde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Congolese (D.R.C.) nationaliteit te zijn, op 9 januari 2020 heeft ingediend om de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 29 november 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9 ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond wordt verklaard.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 4 mei 2020, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 26 mei 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken M. MILOJKOWIC.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KIWAKANA, die loco advocaat C. KAYEMBE-MBAYI verschijnt voor de verzoekende partij, en van advocaat M. DUBOIS, die verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 11 oktober 2019 dient verzoekster een aanvraag in op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Op 29 november 2019 verklaart de gemachtigde de aanvraag ongegrond. Dit is de bestreden beslissing:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 11.10.2019 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

L., B. (...) (R.R.: (...))
(ook gekend als: L., B. (...); °X)
Geboren te Kinshasa op X
Nationaliteit: Congo (Dem. Rep.)
Adres: (...)

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

Reden:

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

Er werden medische elementen aangehaald voor L., B. (...), die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 28.11.2019 in gesloten omslag).

Derhalve

1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of
2) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft.
Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

Dat in het verzoekschrift ook argumenten worden aangevoerd welke geen betrekking hebben op de medische toestand van betrokkene (verzoekster verklaart dat ze enige tijd ononderbroken in België verblijft en samenwoont met een Belg). Dat met de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 duidelijk een onderscheid werd aangebracht in twee verschillende procedures, m.n. ten eerste het artikel 9ter als een unieke procedure voor in België verblijvende personen met een medische aandoening, ten tweede het artikel 9bis voor in België verblijvende personen, die menen te beschikken over buitengewone omstandigheden, en die om humanitaire redenen een verblijfsmachtiging wensen te verkrijgen.

Dat de hier ingeroepen niet-medische elementen buiten de medische context van artikel 9ter vallen en dat derhalve in dit verzoek aan deze niet-medische argumenten geen verder gevolg kan worden gegeven.

Gelieve eveneens bijgevoegde gesloten omslag aan L., B. (...) te willen overhandigen.

Verzoekster maakt reeds het voorwerp uit van een inreisverbod van 2 jaar (bijlage 13sexies), aan haar betekend op 21.06.2019."

2. Onderzoek van het beroep

2.1. Verzoekster voert een enig middel aan:

"TOELICHTING VAN DE INGEROEPEN MIDDELEN TEGEN DE BESLISSING

Op de enige manier:

- Schending van het beginsel van behoorlijk bestuur
- Schending van de artikelen 2 en 3 van de wet van 07/29/1991 betreffende de formele motivering van administratieve handelingen en van artikel 62 van de wet van 12/15/1980 op toegang tot het grondgebied, verblijf, vestiging en de vervreemding van buitenlanders
- Schending van het rechtsbeginsel volgens welke het bestuursorgaan moet beslissen door kennis te nemen van alle relevante elementen van de zaak

IN DAT:

De tegenpartij de volgende redenen gaf: « cfr. Beslissing »

TERWIJL :

I.-Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 bepaalt dat :

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

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.

De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vast gesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift [dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag]2vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

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

§ 2. Bij zijn aanvraag toont de vreemdeling zijn identiteit voorzien in § 1, eerste lid, aan door middel van een identiteitsdocument of een bewijselement dat voldoet aan volgende voorwaarden :

1° het bevat de volledige naam, de geboorteplaats en -datum en de nationaliteit van betrokkene;

2° het is uitgereikt door de bevoegde overheid overeenkomstig de wet van 16 juli 2004 houdende het Wetboek van internationaal privaatrecht of de internationale overeenkomsten betreffende dezelfde materie;

3° het laat toe een fysieke band vast te stellen tussen de titularis en de betrokkene;

4° het is niet opgesteld op basis van loutere verklaringen van de betrokkene.

De vreemdeling kan eveneens zijn identiteit aantonen door verschillende bewijselementen die, samen genomen, de constitutieve elementen van de identiteit bepaald in het eerste lid, 1°, bevatten op voorwaarde dat elk bewijselement minstens voldoet aan de voorwaarden voorzien in het eerste lid, 2° en 4°, en minstens één van de elementen voldoet aan de voorwaarde voorzien in het eerste lid, 3°.

De verplichting om zijn identiteit aan te tonen is niet van toepassing op de asielzoeker wiens asielaanvraag niet definitief werd afgewezen of die tegen deze beslissing een overeenkomstig artikel 20 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, toelaatbaar cassatieberoep heeft ingediend en dit tot op het ogenblik waarop een verwerpingsarrest inzake het toegelaten beroep is uitgesproken. De vreemdeling die van deze vrijstelling geniet, toont dit uitdrukkelijk aan in de aanvraag.

§ 3. De gemachtigde van de minister verklaart de aanvraag onontvankelijk :

1° indien de vreemdeling zijn aanvraag niet indient per aangetekende brief bij de minister of zijn gemachtigde of wanneer de aanvraag niet het adres van de effectieve verblijfplaats in België bevat;

2° indien, in de aanvraag, de vreemdeling zijn identiteit niet aantoonst op de wijze bepaald in § 2 of wanneer de aanvraag het bewijs voorzien in § 2, derde lid, niet bevat;

3° indien het standaard medisch getuigschrift niet wordt voorgelegd bij de aanvraag of indien het standaard medisch getuigschrift niet beantwoordt aan de voorwaarden voorzien in § 1, vierde lid;

4° indien de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde in een advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk;

5° in de gevallen bepaald in artikel 9bis, § 2, 1° tot 3°, of wanneer de ingeroepen elementen ter ondersteuning van de aanvraag tot machtiging tot verblijf in het Rijk reeds werden ingeroepen in het kader van een vorige aanvraag tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van de huidige bepaling met uitzondering van de elementen die werden aangehaald in het kader van een aanvraag die als onontvankelijk werd beoordeeld op basis van artikel 9ter, §3, 1°, 2° of 3°, en met uitzondering van de elementen aangehaald in eerdere aanvragen waarvan afstand werd gedaan].'

§ 4. De vreemdeling wordt uitgesloten van het voordeel van deze bepaling, wanneer de minister of zijn

gemachtigde van oordeel is dat er ernstige redenen zijn om aan te nemen dat de betrokkene handelingen gepleegd heeft bedoeld in artikel 55/4.

§ 5. De in § 1, vijfde lid. vermelde deskundigen worden benoemd door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

De Koning stelt de procedureregels vast bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en bepaalt eveneens de wijze van bezoldiging van de in het eerste lid vermelde deskundigen.

§ 6. Artikel 458 van het Strafwetboek is van toepassing op de gemachtigde van de minister en de leden van zijn dienst, wat betreft de medische gegevens waarvan zij in de uitoefening van hun ambt kennis krijgen.

§ 7. De aanvraag om machtiging tot verblijf in het Rijk bedoeld in dit artikel, afgelegd door een vreemdeling die toe gelaten of gemachtigd werd tot een verblijf van onbepaalde duur, wordt, wanneer zij nog in behandeling is bij de Dienst Vreemdelingenzaken ambtshalve zonder voorwerp verklaard, tenzij de vreemdeling, binnen een termijn van zestig dagen te rekenen vanaf het inwerkingtreden van deze bepaling of vanaf de overhandiging van de titel waaruit het onbepaald verblijf blijkt, bij een aangetekende brief aan de Dienst Vreemdelingenzaken, de voortzetting van de behandeling vraagt.

§ 8. De aanvraag om machtiging tot verblijf in het Rijk wordt louter beoordeeld op grond van de laatst ingediende aanvraag die bij een aangetekende zending werd overgezonden aan de minister of aan zijn gemachtigde. De vreemdeling die een nieuwe aanvraag indient wordt geacht afstand te doen van de eerder ingediende hangende aanvragen. »

De ontvankelijkheid van dit verzoek.

De aanvraagster levert een kopie van haar Congolese paspoort. (Stuk 1)

II - Uitzonderlijke omstandigheden

Onder uitzonderlijke omstandigheden moet worden verstaan omstandigheden die verhinderen dat een vreemdeling die zich in België bevindt, tijdelijk zijn land van herkomst bezoekt om de formaliteiten te vervullen die nodig zijn voor het indienen van een aanvraag voor een verblijfsvergunning. (EG, 19 oktober 1998, arrest nr. 76500, EG, 6 juli 2001, arrest nr. 97528).

Het medisch onderzoek van de aanvrager kan niet in Congo worden uitgevoerd met het risico van verslechtering van haar gezondheidstoestand.

Gezien de pathologieën waaraan ze is onderworpen, kan ze niet terugkeren naar de Belgische diplomatieke of consulaire post van haar land om een visum aan te vragen voor meer dan drie maanden. (EG 28 augustus 1996, arrest nr. 61217, arrest nr. 98.252 van 10.08.2001).

Bovendien geeft de medische verklaring van haar arts een diagnose van de pathologieën die de aanvrager heeft geleden, de risico's die de aanvrager loopt en de gezondheidszorg die ze nodig heeft.

Dat het belangrijk is erop te wijzen dat de aanvraagster sinds 2010 lijdt aan deze verschillende pathologieën, zoals blijkt uit de bijgevoegde documenten; (Stuk 2)

Gezondheidszorg die niet kan worden voortgezet in het land van herkomst. Bovendien is de voorgestelde behandeling medisch en voor het leven.

Dit is wat we lezen over gezondheidszorg in de DRC: « Concernant la possibilité d'accessibilité des soins et des suivis dans le pays d'origine.

Attendu qu'une jurisprudence bien connue de la partie adverse énonce : « le traitement inhumain ou dégradant ne doit pas toujours avoir pour origine un acte humain ou intentionnel émanant d'autorités étatiques ou des personnes privées mais peut également résulter de facteurs matériels indépendants de la responsabilité des autorités du pays d'origine, à savoir la situation sanitaire et socio-économique du pays de renvoi ne permettant pas d'y garantir les soins médicaux adéquats » (D.B « chronique de jurisprudence : Droit des étrangers - Droits fondamentaux de la personne », RDE, 1999, p. 155 et ss)

Qu'il ressort des informations sur le pays du requérant que la situation sanitaire ne permet de garantir les soins médicaux adéquats ;

En effet, non seulement ces pathologies sont ignorées de la population mais aussi leur prise en charge est problématique, l'accès aux soins de santé étant limité.

Que c'est à tort que la partie adverse affirme que les soins requis sont disponibles au Congo. Son médecin conseil se borne à changer le traitement du requérant en lui soumettant sous un traitement par

substitution tout en affirmant de la disponibilité des soins au Congo auprès de spécialistes et faisant allusion aux différentes mutuelles de santé sans preuve probante.

La question qui se pose est celle de savoir si le requérant a réellement accès aux dits soins. Agée de 70 ans, le requérant ne peut plus travailler et n'est donc pas salarié. L'accès aux soins de santé est par conséquent impossible pour le requérant faute des moyens. Sur le plan tant pharmaceutique que médical ou même la possibilité de faire partie d'une mutuelle demande de l'argent, ce qui est compliqué pour le requérant. En outre, s'il y avait autant de facilité que prétend la partie adverse pourquoi les organismes internationaux de santé affirment-ils le contraire ?

En effet, Dans une interview accordée à la radio onusienne MONUSCO par le docteur Jean baptiste Sondji, spécialiste en santé publique et ancien ministre de la Santé, le taux d'accès aux soins de santé en RDC oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007 et actualisée en 2009. En clair, plus de 30 millions des Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité. A côté de ces chiffres, il faut ajouter le délabrement des infrastructures sanitaires, construites pour la plupart à l'époque coloniale et peu après l'accession de la RDC à l'indépendance. <http://radiookapi.net/tag/acces-aux-soins-de-sante-en-rdc/>

Un rapport des médecins sans frontières, de 2011 considère que la situation sanitaire en RDC reste critique. En effet, des décennies de conflits et un manque d'investissement de la part du gouvernement ont entravé l'accès aux soins de santé primaire pour la population de la République démocratique du Congo (RDC). Des épidémies se sont propagées tandis que le traitement vital de certaines maladies a été négligé.

Le manque d'investissement dans le système de santé se traduit par un manque d'infrastructures et de personnel médical correctement formé, à travers le pays. Alors que les besoins médicaux sont énormes, les gens doivent se démerer pour accéder au niveau le plus élémentaire des services de santé.

<http://www.msf-azg.be/fr/nouvelle/r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo-situation-toujours-critique>.

Deux responsables de Médecins du monde qualifient la situation sanitaire en RDC de désastreuse.

La quasi-totalité des organismes internationaux de santé estiment que la situation sanitaire au Congo est toujours critique, / l'accès aux soins de santé étant limité par manque d'investissement du gouvernement et l'état de guerre qui a duré plus d'une décennie. <http://www.msf.fr/actualite/diaporamas/rdc-situation-sanitaire-toujours-critique>.

Le dernier bilan a été dressé lors de la célébration jeudi 10 octobre 2013 de la Journée mondiale de la vue et de la Journée mondiale de la santé mentale. On y a relancé la question de l'exécution efficiente du Plan national de développement sanitaire 2011-2015 (PNDS) appelé à résoudre 32 « problèmes prioritaires » pour sa réussite.

Que dans ce rapport, on fait aussi état de la disponibilité, de l'accessibilité financière des populations aux médicaments et soins de santé :

La disponibilité du médicament dans les formations sanitaires n'est pas garantie même dans les formations sanitaires couvertes par le SNAME. Cette situation est due, d'une part, à la faiblesse du chiffre d'affaires de la FEDECAME et, d'autre part, à la baisse constante du chiffre d'affaires due à la non-fidélisation des formations sanitaires qui préfèrent des médicaments moins chers quelle que soit leur qualité. L'insuffisance de régulation du secteur pharmaceutique contribue à alimenter cette question.

L'accessibilité financière des populations aux médicaments de qualité n'est pas garantie du fait de la pauvreté (plus de 70% des Congolais vivent avec moins d'1 USD par jour) et de l'absence de mécanismes de partage de risque. L'inexistence de la définition des besoins du pays en médicaments favorise la non-maîtrise du secteur par le gouvernement. epotentialonline.com/site2/index.php?option=com_content&view=article&id=3317:les-32-problemes-prioritaires-du-plan-national

Dit is een recent overzicht en de situatie blijft ongewijzigd.

Dit fragment toont de "catastrofale" situatie van de DRC, ondanks alles wat is gedaan om de beschikbaarheid van gezondheidsdiensten te vergroten.

Als gevolg hiervan, mede vanwege de ernst van de medische aandoeningen van de klager, de tijd die zij zal moeten wachten op een visum en het gebrek aan infrastructuur en effectieve medische behandeling in haar land. Oorspronkelijk zijn de uitzonderlijke omstandigheden te vinden die het voor de aanvrager onmogelijk maken zich bij de Belgische diplomatieke of consulaire post van haar land te melden om een visum voor meer dan drie maanden aan te vragen.

De arts van de aanvrager, Dr. Jan Verschuere, heeft als diagnose gesteld bij de aanvrager:

1) Een spinaal kanaalstenose

Wat is een spinaalkanaalstenose ?

Een spinaal kanaalstenose staat ook wel bekend als een ruggenmergvernaauwing. In principe kan een vernaauwing overal in de wervelkolom optreden, maar de meest voorkomende plaatsen zijn de nek en de lage rug. Slijtage (of degeneratie) van de wervelkolom is een normaal proces dat bij iedereen in meerdere of mindere mate plaatsvindt. Bovendien hebben sommigen van bij de geboorte (= congenitaal) een nauwer wervelkanaal dan anderen. In de loop van het slijtageproces verdikken de gewrichtsbanden (ligamenten) tussen de wervels. Tegelijkertijd vergroten (verbreding en afplatting) de kleine facetgewrichtjes aan de achterzijde van de wervels die dakpansgewijs de verbinding tussen de wervelbogen vormen. Door deze slijtage wordt de ruimte voor de zenuwwortels steeds kleiner, vooral in het gootje waar de zenuwwortels het wervelkanaal verlaten. Soms draagt een uitpuilende tussenwervelschijf (hernia) nog wat aan de vernaauwing bij.

Klachten en symptomen van de spinaalkanaalstenose

De klachten bij vernaauwing van het wervelkanaal in de nek en bij vernaauwing in de lage rug zijn verschillend:

Vernauwing in de nek: cervicale spinaal kanaalstenose

Doordat er druk wordt uitgeoefend op het ruggenmerg kunnen symptomen zowel aan de armen als aan de benen optreden. Vaak is er sprake van voosheid, prikkelende gevoelens, krachteloosheid of een onzekere gang. Dikwijls treden er ook stoornissen op van de fijne motoriek in de handen waarbij het sommige patiënten opvalt dat ze frequenter dingen laten vallen. Soms treden er ook prikkelingen bij sterk voorover- of achteroverbuigen van het hoofd omdat daarbij de ruimte rond het ruggenmerg in het wervelkanaal nog verder verkleint.

Vernauwing in de lage rug: lumbale spinaal kanaalstenose

Onderaan in de rug is er geen ruggenmerg meer en lopen alleen nog de zenuwwortels naar beide benen. De symptomen worden veroorzaakt door druk op deze wortels en kunnen daardoor erg lijken op die van een hernia. Meestal is er hier, in tegenstelling tot een hernia, sprake van pijn in beide benen, vaak optredend of verergerend bij het stappen. Bij het gaan treedt pijn op, soms ook een doof gevoel en/of krachtsvermindering. In rust, vooral in wat gebogen houding, hurkend of zittend, verdwijnt de pijn dan weer vrij snel. Dit komt omdat juist bij het gaan de natuurlijke kromming van de wervelkolom (de lordose) toeneemt en daardoor de ruimte in het wervelkanaal afneemt. Bij bukken of hurken neemt de kromming af en wordt de vernaauwing weer wat minder.

De behandeling van een spinaalkanaalstenose

OPERATIE: LAMINECTOMIE (In de lage rug)

Wanneer het wervelkanaal erg vernauwd is, wordt een laminectomie uitgevoerd. Hierbij wordt de wervelboog (lamina) achteraan het wervellichaam verwijderd en worden de duraalzak en de zenuwen vrijgemaakt. Er dient nadien geen versteviging uitgevoerd te worden door middel van wervelschroeven omdat door deze ingreep de stabiliteit van de wervelzuil bewaard blijft. Er komt ook geen ander materiaal ter vervanging van het bot dat achteraan wordt weggenomen.

Het doel van deze ingreep is het verbeteren van de pijn in de benen.

Bij een laminectomie (wegname van de wervelboog), wordt een verticale insnede gemaakt in het midden van de rug. De lengte hiervan is per persoon verschillend en afhankelijk van het aantal te opereren niveaus. Tijdens de operatie worden de rugspieren losgemaakt van de achterzijde van de wervelboog en opzij geschoven. Vervolgens worden de betreffende wervelbogen gedeeltelijk verwijderd evenals eventuele botwoekering (artrose) of verdikte ligamenten. Er wordt net genoeg bot en ligament verwijderd tot de zenuwen mooi vrij komen te liggen. De spieren worden opnieuw gesloten en vormen voldoende bescherming voor de onderliggende zenuwen. De operatie duurt ongeveer een uur als het om 1 wervelniveau gaat, bij meerdere niveaus duurt de ingreep iets langer.
<https://www.neurochirurgiegroep.be/spinaal-kanaalstenose/>

De evolutie van een spinaal kanaalstenose na een laminectomie

Er zal mogelijks sprake zijn van een pijnverlichting en een afname van de medicatie die de aanvrager zal moeten nemen. (Stuk 2)

❖ Medische geschiedenis (Stuk 3)

1) Hysterectomie (1995)

Er werd bij de aanvrager een hysterectomie uitgevoerd in 1995.

Wat is een hysterectomie ?

Een hysterectomie is een ingreep waarbij de baarmoeder wordt verwijderd. Soms worden ook de eierstokken mee verwijderd.

Waarvoor dient een hysterectomie ?

Met een hysterectomie kunnen bloedingen, myomen of adenomyose definitief behandeld worden. Wel is het niet meer mogelijk nog zwanger te worden.

Hoe verloopt een hysterectomie ?

Voor de ingreep:

- ❖ De klassieke preoperatieve onderzoeken omvatten een raadpleging bij de anesthesist en een bloedafname voor bloedarmoede en bloedstolling.*
- ❖ Voor de ingreep moet u stoppen met bloed verdunnende middelen.*
- ❖ U moet voor de ingreep nuchter zijn.*

De ingreep:

Er zijn verschillende soorten hysterectomieën mogelijk. Uw arts overlegt steeds met u de mogelijke opties en legt uit wat u voor, tijdens en na uw behandeling kunt verwachten.

Vaginale hysterectomie

Dit is de gouden standaardoperatie waarbij geen enkele insnede in de buikholte gemaakt wordt en de baarmoeder volledig langs de vagina wordt verwijderd. Deze ingreep biedt het snelste herstel en kan zelfs in een dagopname verricht worden. De ingreep gebeurt onder locoregionale anesthesie (ruggenprik) of algemene anesthesie.

Laparoscopische hysterectomie

Indien de baarmoeder te groot is voor een vaginale hysterectomie of ze onvoldoende beweeglijk is, maken we met een kijkoperatie (via incisie in de navel) de baarmoeder los om ze vervolgens langs de vagina te verwijderen. De ingreep gebeurt onder algemene anesthesie.

Sommige vrouwen willen om intieme redenen de baarmoederhals bewaren. We bespreken dit individueel met u en zullen uw keuze steeds respecteren. De baarmoeder wordt dan niet via de vagina verwijderd, maar via een kleine opening in de buik met technieken die toelaten om een grote baarmoeder door een kleine opening te verwijderen. Soms maken we ook een klein sneetje achter de baarmoederhals om langs daar de baarmoeder te verwijderen.

Een laparoscopische ingreep voor het verwijderen van de baarmoeder herstelt ook erg snel en de meeste mensen zullen na één overnachting het ziekenhuis verlaten, hoewel ook hier een dagopname niet uitgesloten is.

Abdominale hysterectomie

Bij deze ingreep wordt een insnede in de buik gemaakt (bikini-insnede of middellijnincisie). Vervolgens wordt de baarmoeder langs deze insnede verwijderd. De ingreep gebeurt onder locoregionale anesthesie (ruggenprik) of algemene anesthesie. Het herstel na een abdominale hysterectomie verloopt moeizamer omdat de incisie pijnlijker is. Deze techniek voeren we enkel uit als er geen andere opties zijn en is noodzakelijk bij zeer grote myomen die makkelijk 1 tot 3 kg kunnen wegen.

Hysterectomie met verwijdering van de eierstokken

Vaak wordt gevraagd of we de eierstokken tegelijkertijd mee verwijderen. Wanneer ze geen tekenen van ziekte vertonen, verkiezen we om deze niet mee verwijderen. Eierstokken zijn belangrijke hormoonvormende orgaantjes en de hormonen die ze aanmaken beschermen tegen onder meer botontkalking en hart- en vaatziekten. Mocht u om persoonlijke redenen of vanwege bepaalde ernstige familiale aandoeningen (zoals kanker van de eierstokken voorkomen) kiezen om de eierstokken te verwijderen, zullen wij dit ook steeds naar uw wens uitvoeren.
<https://www.uza.be/behandeling/hysterectomie>

2) Failed Back Surgery (2010)

De aanvrager liet zich in 2010 opereren aan de rug te Verviers. Hier is geen rapport van te vinden. De aanvrager had na deze operatie heel veel pijn aan haar rug.

De aanvrager had last van "Failed Back Surgeriesyndroom" in 2010.

De aanvrager liet een ingreep doen voor een synoviale facetcyste L3-L4 Li en Laminectomie L3 en L4.

Wat is Failed Back Surgery syndrome?

Failed Back Surgery-syndroom (ook wel FBSS of Fail Back-syndroom genoemd) is een verkeerde benaming, omdat het geen syndroom is - het is een zeer algemene term die vaak wordt gebruikt om de toestand van patiënten te beschrijven die geen succesvol resultaat hebben gehad met rugoperatie of wervelkolomchirurgie en hebben aanhoudende pijn ervaren na de operatie .

Er is geen gelijkwaardige term voor het falende rugoperatie syndroom bij een andere vorm van chirurgie (er is bijvoorbeeld geen falend hartchirurgiesyndroom, mislukt kniechirurgiesyndroom, enz.).

Redenen voor mislukte chirurgie en pijn na een operatie

Wervelkolomchirurgie kan in principe slechts twee dingen bereiken:

1. Decomprimeer een zenuwwortel die beknelde is, of
2. Stabiliseer een pijnlijk gewricht.

Helaas kunnen rugoperaties of wervelkolomoperaties de pijn van een patiënt niet letterlijk wegnemen. Het is alleen in staat om de anatomie te veranderen, en een anatomische laesie (letsel) die een waarschijnlijke oorzaak van rugpijn is, moet worden geïdentificeerd vóór in plaats van na een rugoperatie.

Andere oorzaken van FBSS en aanhoudende pijn na een operatie

Naast de bovengenoemde oorzaak van het mislukte rugoperatiesyndroom, zijn er verschillende andere mogelijke oorzaken van een mislukte operatie of voortdurende pijn na de operatie:

- ❖ Overwegingen bij fusieoperaties (zoals falen om te fuseren en / of falen van een implantaat, of een overdrachtslaesie naar een ander niveau na een wervelkolomfusie , wanneer het volgende niveau degenerereert en een pijngenerator wordt)
- ❖ Lumbale decompressie rugchirurgie overwegingen (zoals terugkerende spinale stenose of hernia, onvoldoende decompressie van een zenuwwortel, pre-operatieve zenuwbeschadiging die niet geneest na een decompressieve operatie, of zenuw schade die optreedt tijdens de operatie)
- ❖ Overwegingen bij litteken weefsel
- ❖ Postoperatieve revalidatie (voortdurende pijn van een secundaire pijngenerator).

<https://www.spine-health.com/treatment/back-surgery/failed-back-surgery-syndrome-fbss-what-it-and-how-avoid-pain-after-surgery>

3) Proef facetinfiltratie (2014)

Er werd bij de aanvrager op 20/06/2014 een proef facetinfiltratie uitgevoerd: L3-L4, L4-L5 en L5-S1 aan de rechter kant (Dr. Carlier).

Echter is er geen beterschap wat betreft de rugklachten.

Uiteindelijk, is er zelfs meer en meer ischialgie in het rechterbeen.

Wat is een proef facetinfiltratie?

De facetgewrichten zijn de gewrichtjes die de wervels achteraan met elkaar verbinden. Deze gewrichten spelen een belangrijke rol in de stabiliteit en de beweeglijkheid van de wervelkolom.

Slijtage (arthrose) of ontsteking van de facet gewrichten kan lijden tot pijn.

Pijn uitgaande van de facetgewrichtjes in de hals (cervicaal) kan leiden tot nekpijn, die soms uitstraalt tot aan de schouder en de bovenrug. Vaak zijn er ook bewegingsbeperkingen van de hals.

Prikkeling uitgaande van de facetgewrichtjes in de lage rug (lumbaal) kan leiden tot een bandvormige lage rugpijn, die soms uitstraalt naar het zitvlak, de liesstreek of de heupstreek.

Het doel van de behandeling is de kleine zenuw die de pijn geleidt te blokkeren zodat de pijnprikkel niet meer kan worden doorgegeven aan de hersenen. Met een proefblokkade probeert de arts vast te stellen of de facetgewrichten verantwoordelijk zijn voor de pijn.

Indien dit zo is, kan er een definitieve blokkade uitgevoerd worden.

Hiertoe zijn drie behandel mogelijkheden beschikbaar:

- ❖ verhitting (radiofrequentedenervatie).*
- ❖ koude (vriezen of cryoablatie).*
- ❖ met een speciale vloeistof (fenolisatie).*

Een definitieve pijnblokkade kan gedurende langere tijd pijnvermindering geven en wordt zonodig herhaald bij het eventueel terugkomen van de pijn.

<https://www.pijncentrumroeselare.be/behandelingen/proef-facetinfiltratie>

4) Carpal Tunnel Syndroom Bilateraal (2015)

De aanvragerster lijdt aan nachtelijke pijn in beide handen, dat gepaard ging met een verminderd gevoel in de handen.

Ze werd verwezen naar Dr. Vanhaecke, handgroep, voor de behandeling van dit Carpal Tunnel Syndroom Bilateraal.

Wat is Carpal Tunnel Syndroom?

Dit is een beknelling van de nervus medianus t.h.v. de pols in het verloop van de carpaal tunnel. Dit is een nauw kanaal gevormd door de handwortelbeentjes en een stevig peesblad tussen pink en duimuis. Door deze tunnel lopen de buigpezen van de vingers en de zenuw. De zachte structuur van de zenuw maakt hem het meest gevoelig voor druk.

Klachten en symptomen

Meestal: onaangename gevoelens t.h.v. duim, wijs-, middelvinger en deels ringvinger:

- ❖ Tintelend, pijnlijk gevoel mogelijk oplopend tot schouder, 's nacht en/of overdag*
- ❖ Verdoofd gezwollen gevoel t.h.v. vingers en vingertoppen*
- ❖ Verminderde grijpkracht*

Vaak worden de patiënten 's nachts wakker van de onaangename tintelingen in duim, wijsvinger en middenvinger. De tintelingen kunnen vaak verminderd worden door de hand te schudden of hoger op het lichaam te houden. Bij een ernstig carpaal tunnel syndroom kan zelfs een hevige aanhoudende pijn in de arm optreden (brachialgia nocturna). Ook ondervinden de mensen dikwijls dat het vasthouden van voorwerpen in de hand moeilijker gaat en dat ze gemakkelijker dingen laten vallen.

Oorzaak

Er zijn een tweetal hoofdoorzaken:

1. Zwelling van de bekleding van de pezen t.h.v. het polskanaal met daardoor knelling van de zenuw. Dit kan door irritatie en overbelasting van deze pezen en zien we bij o.a. reuma en forse handenarbeid (typisten, poetsvrouwen, handarbeiders). Dit kan ook ontstaan door hormonale invloeden: zwangerschap, menopauze, te traag werkende schildklier, overproductie groeihormoon, diabetes.

2. Nauwer kanaal door polsfractuur of polskyste

Behandeling

Bij een beginnend carpaal tunnel syndroom wordt in eerste instantie geprobeerd om conservatief te behandelen met eventueel een korte kuur ontstekingsremmer, relatieve rust of zelfs een spalk voor korte duur en soms een infiltratie lokaal met cortisone. Deze maatregelen helpen spijtig genoeg meestal slechts tijdelijk.

Bij toenemende aanslepende last en bij ontstaan van gevoesverlies en krachtsverlies is een chirurgische decompressie aangewezen.

<https://www.zol.be/neurochirurgie/ziektebeelden/perifere-zenuwen/carpaal-tunnel-syndroom>

5) Transforaminale epidurale infiltratie (2015)

Er werd bij de aanvraagster drie keer een transforaminale epidurale infiltratie op niveau L4 - L5 (rechts) uitgevoerd in 2015.

Symptomen: lage rugpijn met uitstraling naar rechterbeen tot voet, lumbo-ischialgie rechts > links, ischialgie rechter dij - rechterkuit en rechtervoet

Indicatie: Spinaal kanaalstenose L4-L5 rechts, L5-S1 rechts

Wat is een transforaminale epidurale infiltratie?

Een transforaminale epidurale infiltratie is een inspuiting van corticoïden (= cortisonen) en een lokaal verdovingsmiddel in de epidurale ruimte. Dit is de ruimte rond het ruggenmerg en de zenuwen die omsloten worden door de wervelkolom.

Bij de transforaminale benaderingswijze wordt de epidurale ruimte aangeprikt ter hoogte van de plaats waar de zenuwen de epidurale ruimte verlaten. Dit gebeurt onder begeleiding van röntgenstralen. Door gebruik te maken van een contrastmiddel zien we of de medicatie op de juiste plaats wordt ingespoten.

De infiltratie heeft als doel de ontsteking en de zwelling van de zenuwen in de epidurale ruimte te verminderen. Hierdoor verminderen de pijn en de tintelingen die veroorzaakt werden door de ontsteking, irritatie en zwelling van de zenuw.

De behandeling kan plaatsvinden in de wervelkolom ter hoogte van de borstkas of de lage rug, niet ter hoogte van de nek.

<http://www.mznl.be/behandelingen/transforaminale-epidurale-infiltratie>

6) Knieprothese (2016)

Er werd bij de aanvraagster in 2016, een totale knieprothese geplaatst.

Het plaatsen van een knieprothese

Bij het begin van de ingreep wordt antibiotica toegediend om de kans op infecties te verkleinen. De huid van de knie, onderbeen en bovenbeen worden ontsmet en met steriele doeken afgedekt. Er wordt een snede aangebracht aan de voorkant van het been, over de knie. Het gewrichtskapsel wordt geopend en de gewrichtsvlakken worden verwijderd. De uiteinden van het dijbeen en van het scheenbeen worden voorzien van een nieuwe oppervlakte. De knieschijf krijgt niet altijd een nieuwe laag.

Elke knieprothese bestaat uit meerdere delen:

1. Het femorale deel vormt het nieuwe oppervlak van het dijbeen en is gemaakt van een metaallegering.
2. Hoewel de knieschijf niet altijd een nieuwe laag krijgt, vervangt het knieschijfdeel de onderkant van de knieschijf en wrijft tegen het dijbeen. Het knieschijfdeel is helemaal van kunststof.
3. Het onderbeengedeelte is tweedelig en bestaat uit een metalen vlak dat aan het bot wordt bevestigd en een kunststof inzetstuk (poly-ethyleen of PE) voor een glad oppervlak waar het dijbeen overheen

Juist voor het sluiten van de wonde wordt er een inspuiting met verdoving in het kniegewricht gegeven. In tegenstelling tot wat vele mensen zich voorstellen wordt dus bij een knieprothese uw eigen knie niet echt verwijderd, maar enkel de uiteinden van het boven- en onderbeen worden een beetje aangepast, zodat de kap op het bovenbeen en het plateau op het onderbeen kunnen geplaatst worden. Daarna wordt de operatiewonde gesloten.

Bij het plaatsen van een knieprothese wordt er ook voor gezorgd dat eventuele asafwijkingen van het lidmaat (O-been of X-been) worden gecorrigeerd, zodat terug een recht been wordt verkregen met een goede stabiliteit van de knie. De moderne prothesen benaderen heel dicht de natuurlijke anatomie en biomechanica.

<http://www.azstlucas.be/zorgaanbod/medisch-aanbod/knieprothese/het-plaatsen-van-een-knieprothese>

7) Trigger Finger, graad IV rechterhand (2017)

Er werd in 2017 een infiltratie uitgevoerd bij de aanvrager, als gevolg van haar triggervinger, graad IV, aan haar rechterhand.

Wat is een triggervinger?

Triggervinger (ook bekend als stenoserende tenosynovitis) is een aandoening waarbij men pijn en zwelling ervaart over de basis van de duim of vinger. Dit wordt geassocieerd met een ruk, klikken of klikken wanneer men het getroffen cijfer vanuit een volledig gebalde positie uitbreidt, ongeveer zoals hoe de trekker van een pistool klikt wanneer men eraan trekt om te vuren, vandaar de naam "triggervinger". Dit gebeurt vanwege een verschil in de grootte van de flexorpees met de omringende retinaculaire huls van het getroffen cijfer. Dit komt het meest voor bij de A1 poelieregio. Het wordt veroorzaakt door een zwelling van de flexorpees synovium, die kan worden gevoeld als een knobbel, en / of verdikking van de retinaculaire katrol. De passage van deze pees die in een strak omhulsel zwelt, resulteert in het trigger- fenomeen.

Wat zijn de behandelingsopties voor triggervinger?

Om de juiste behandelingswijze voor de trigger-vinger te bepalen, zal een gekwalificeerde handchirurg eerst een grondige beoordeling uitvoeren door een gedetailleerde geschiedenis te nemen en de ernst van de trigger-vinger te beoordelen door zorgvuldig klinisch onderzoek. De beoordeling van de triggervinger is als volgt:

❖ Graad I - Er zijn aanwijzingen voor ontsteking in het A1-katrolgebied van het getroffen cijfer, maar er is geen aantoonbare triggering waargenomen.

❖ Graad II - Er is bewijs van ontsteking in het A1-katrolgebied van het getroffen cijfer met aantoonbare triggering wanneer de patiënt wordt gevraagd het cijfer uit een volledig gebogen positie te verlengen.

❖ Graad IIIA - Hetzelfde als graad II, maar bovendien kan de patiënt het cijfer niet volledig actief uitbreiden omdat het in een gebogen positie wordt vergrendeld en alleen wordt bereikt met behulp van de andere hand.

❖ Graad IIIB - De patiënt kan het cijfer niet volledig buigen vanwege de ernstige ontsteking in het A1-katrolgebied.

❖ Graad IV - Er is een vaste buigvervorming in het proximale interfalangeale gewricht als gevolg van langdurige ontsteking.

Chirurgische ingreep: hierbij worden de A1-riemschijf de pre-ringvormige riemschijf en indien nodig zelfs een deel van de A2-riemschijf losgelaten via een kleine huidincisie aan de basis van het cijfer (Afbeelding 2). Het komt zelden voor dat de trekkervinger terugkeert na chirurgische afgifte. Voor triggervinger graad IV wordt manipulatie van het proximale interfalangeale gewricht op dezelfde plaats uitgevoerd om de flexie vervorming te verminderen. In ernstige gevallen wordt een formele release van flexiecontractuur uit gevoerd via een afzonderlijke incisie. <https://www.memc.com.sg/common-questions-about-trigger-finger/>

8) Cataractingreep (2019)

Er werd bij de aanvrager in 2019 een cataractingreep uitgevoerd.

Wat is een cataractoperatie?

Cataract wordt behandeld door de vertroebelde ooglenz chirurgisch te verwijderen. De lenz wordt vervolgens vervangen door een kunstlenz. De vertroebelde lenz wordt chirurgisch verwijderd. De operatie wordt uitgevoerd onder een microscoop.

- ❖ De oogarts maakt een insnede van enkele millimeters in het oog.*
- ❖ Het voorste deel van het lenskapsel wordt geopend.*
- ❖ De kern en de cortex worden verwijderd met fijne verbrijzel- en zuiginstrumenten. Deze techniek wordt phaco-emulsificatie van de lens genoemd.*
- ❖ Hierna plaatst de arts een kunstlenz in de rest van het kapsel.*
- ❖ De rest van het kapsel houdt de kunstlenz mooi op zijn plaats en beschermt de andere delen van de ogen tegen eventuele irritatie door de lenz.*

De lenz wordt verbrijzeld en weggezogen met fijne instrumenten onder een microscoop, ook wel phaco-emulsificatie genoemd. Hier wordt eerst kern van de lenz verwijderd.

De rest van het kapsel blijft zitten. In dit soort 'zakje' wordt vervolgens een plastic kunstlenz geplaatst.
<https://www.uzleuven.be/nl/cataractoperatie>

De arts van de aanvrager heeft een behandeling voorgeschreven, waarvan de duur levenslang is.

In geval van terugkeer naar de DRC zal de aanvrager haar huidige behandeling moeten stoppen en doorgaan in haar land van herkomst, zoals de tegenpartij zou denken.

Maar de aanvrager herinnert u eraan dat toegankelijkheid en beschikbaarheid voor gezondheidszorg in de DRC erg moeilijk en in sommige gevallen onmogelijk is.

Aan de andere kant is de tijd die nodig is om een verblijf in het land van herkomst aan te vragen lang en onzeker, wat de effectiviteit van de behandeling zou kunnen verminderen en bijgevolg tot complicaties zou kunnen leiden.

Dat een stopzetting van de behandeling zou leiden zoals aangegeven door de arts in het certificaattype, een verergering van de pijn en vermindering van de zelfredzaamheid (autonomie).

Dus om de aanvrager te dwingen terug te keren naar haar land van herkomst, zelfs al was het maar tijdelijk is een onmenselijke en een vernederende behandeling, overeenkomstig artikel 3 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

III.- Redenen voor het verkrijgen van een verblijfsvergunning.

Vanwege de hierboven beschreven omstandigheden, heeft mevrouw L. B. (...), als verzoek om een verblijf van meer dan drie maanden in België te krijgen overeenkomstig artikel 9ter van de wet van 15 december 1980. Ze wil inderdaad de behandeling van haar pathologieën in België voortzetten.

Aan de ene kant, is er een medische follow-up vereist die niet in haar land van herkomst kan worden beoefend en aan de andere kant, de zorg voor de verschillende medische teams die haar gezondheidstoestand nauwlettend volgen en die infrastructuur hebben die haar een kans kan bieden om haar gezondheid te herstellen.

Zoals vermeld in het door de arts van de aanvrager opgestelde medische attest, zou een beslissing en een medische aanklacht haar situatie verslechteren.

Voor meer informatie over de gezondheidstoestand van de aanvrager, zal haar arts deze op haar verzoek doorsturen naar de door het Vreemdelingenbureau aangewezen arts.

De zorg vereist voor de gezondheidstoestand van mevrouw L. (...), die bovendien niet beschikbaar is in de DRC en voor het weinige dat onmogelijk toegang heeft tot haar persoon, moet een verblijfsvergunning worden verleend om dwingende gezondheidsredenen die haar in staat stelt legaal in België te blijven.

Om al deze redenen en voor alle andere redenen waarop ze later zou kunnen beroepen, vraagt de aanvrager u vriendelijk haar te machtigen om in het Koninkrijk te verblijven overeenkomstig artikel 9 ter van de wet van 15 december 1980. (RDE 2001, p 360)."

2.2. De uitdrukkelijke motiveringsplicht zoals voorgeschreven door de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen heeft tot doel de bestuurde, zelfs wanneer een beslissing niet is aangevochten, in kennis te stellen van de redenen waarom de administratieve overheid ze heeft genomen, zodat kan worden beoordeeld of er aanleiding toe bestaat de beroepen in te stellen waarover hij beschikt. De artikelen 2 en 3 van de genoemde wet van 29 juli 1991 verplichten de overheid ertoe in de akte de juridische en feitelijke overwegingen op te nemen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een "afdoende" wijze. Het begrip "afdoende" impliceert dat de opgelegde motivering in rechte en in feite evenredig moet zijn aan het gewicht van de genomen beslissing (RvS 6 september 2002, nr. 110.071; RvS 21 juni 2004, nr. 132.710). Hetzelfde geldt voor de aangevoerde schending van artikel 62 van de Vreemdelingenwet. De bestreden beslissing moet duidelijk de determinerende motieven aangeven op grond waarvan tot de ongegrondheid van de aanvraag wordt besloten.

In de motivering van de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag, met name artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, enerzijds, en wordt anderzijds uitdrukkelijk verwezen naar het medisch advies van 28 november 2019 waarin de ambtenaar-geneesheer oordeelt dat uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland. Dit zijn de determinerende motieven waarop de aanvraag bijgevolg ongegrond wordt verklaard.

Het medisch advies van 28 december 2019 werd in gesloten omslag gevoegd bij de bestreden beslissing en maakt integraal deel uit van de bestreden beslissing.

Bij lezing van de bestreden beslissing blijkt dat de inhoud de verzoekende partij het genoemde inzicht verschaft en haar aldus toelaat de bedoelde nuttigheidsafweging te maken van de formele motiveringsplicht. Tevens dient te worden opgemerkt dat indien een beslissing gemotiveerd is met algemene overwegingen of zelfs een voorbeeld zou zijn van een stereotiepe, geijkte en gestandaardiseerde motivering, dit louter feit op zich alleen nog niet betekent dat de bestreden beslissing niet naar behoren gemotiveerd is (RvS 27 oktober 2006, nr. 164.171; RvS 27 juni 2007, nr. 172.821).

De Raad wijst er verder op dat de formele motiveringsplicht niet impliceert dat alle motieven uit de bestreden beslissing zelf moeten blijken. Er kan immers worden aangenomen dat aan de doelstelling van de formele motiveringsplicht om de betrokkene een zodanig inzicht te geven in de motieven van de beslissing dat hij met kennis van zaken kan uitmaken of het zinvol is de beslissing in rechte te bestrijden, is voldaan indien de betrokkene desgevallend langs een andere weg kennis heeft gekregen van de motieven waarop de beslissing is gesteund, ook al worden die motieven dan niet in de beslissing zelf veruitwendigd. Dit kan doordat de beslissing verwijst naar andere stukken, in casu het medisch advies van 28 november 2019.

Een schending van de formele motiveringsplicht wordt niet aangetoond.

De Raad merkt op dat verzoekende partij de bestreden beslissing inhoudelijk bekritiseert, bijgevolg dient het middel te worden bekeken vanuit het oogpunt van de materiële motiveringsplicht.

De bestreden beslissing steunt op de toepassing van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet "zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012". Deze bepaling luidt als volgt:

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

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.

De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

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

In casu steunt de bestreden beslissing op artikel 9ter van de Vreemdelingenwet en verwijst deze naar het medisch advies van de ambtenaar-geneesheer van 28 november 2019. Steunend op dit medisch advies van de ambtenaar-geneesheer, bestaat het determinerend motief van de bestreden beslissing erin dat de ziekte van verzoekende partij kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de Vreemdelingenwet die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.

Uit het administratief dossier en de bestreden beslissing blijkt dat de ambtenaar-geneesheer op 28 november 2019 een schriftelijk advies heeft opgesteld ten behoeve van de gemachtigde van de minister betreffende de voorgelegde medische aandoening in hoofde van verzoekende partij. Het advies luidt als volgt:

“Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 11-10-2019.

Hiervoor maak ik gebruik van de, volgende bijgevoegde medische stukken:

- *Standaard medisch getuigschrift d.d. 13-7-2019 van Dr. Verschuere huisarts, met de volgende informatie:*
 - o *Voorgeschiedenis van failed back surgery met ingreep in 2010, resectie synoviale facetcyste en laminectomie. Restenose in 2014 op CT-scan met voorstel voor heringreep na mislukken van facetinfiltratie*
 - o *Heden spinaal stenose na failed back surgery*
 - o *Medicatie: Paracetamol, Piroxicam, Ranitidine, Tradona/Tramadol retard, D-cure, Trazodone, Coveram*
- *Niet gedateerd verslag van huisartspraktijk met vermelden van voorgeschiedenis Controle raadpleging 8-8-2014: verslag van infiltratie*
- *Raadpleging pijnkliniek 11-3-2015: CTS syndroom waarvoor doorverwijzing voor ingreep (ook uitgevoerd), failed back surgery met weigering van tweede ingreep*
- *Verslag infiltratie 1-4-2015, 16-4-2015, 17-9-2015*
- *Verslag van controle raadpleging na totale knieprothese d.d. 20-4-2016: gunstig verloop Verslag infiltratie springvinger op datum 25-7-2017*

Uit de aangeleverde medische documenten kunnen we het volgende besluiten:

- *Het betreft hier een dame van heden 70 jaar afkomstig uit de Democratische Republiek van Congo*
- *Zij heeft een uitgebreide orthopedische voorgeschiedenis met een ingreep voor carpal tunnel, knieprothese, springvinger. Deze aandoeningen kenden een gunstig verloop*
- *De huidige problematiek kadert in een syndroom van failed back surgery na een ingreep in 2010; in 2015 werden verschillende malen infiltraties uitgevoerd wegens blijven de pijnproblematiek, zonder gunstig resultaat. Een nieuwe ingreep werd door betrokkene afgewezen in 2014*
- *Heden krijgt zij alleen pijntherapie medicamenteus, andere actieve therapie wordt niet gegeven*
- *Mantelzorg wordt niet vermeld, woont samen met een man die voor haar zorgt. We willen ook vermelden dat zorg voor een partner geen medische behandeling is zoals voorzien in het artikel 9ter van de Vreemdelingenwet*
- *Als medicatie weerhouden we:*
 - o *Paracetamol pijnmedicatie*
 - o *Piroxicam, pijnstilling type NSAID*
 - o *Ranitidine, maagbescherming*

- Tramadol, pijnmedicatie
- D-cure, vitamine D
- Trazodone, antidepressivum
- Coveram, perindopril/amlodipine, voor de hoge bloeddruk

Indien nodig: Mogelijkheid tot reizen

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

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

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

- Aanvraag MedCOI van 19-11-2010 met het unieke referentienummer 12976

Toont aan dat opvolging voor de failed back surgery verzekerd is: pijntherapie door infiltraties is beschikbaar, eventueel de mogelijkheid voor een nieuwe ingreep en de opvolging door een huisarts zoals heden is beschikbaar

2, Bijlage 2 toont de beschikbaarheid van de medicatie aan: paracetamol, piroxicam, ranitidine, tramadol, vitamine D, trazodone (eventueel mirtazapine als volwaardig analoog) en de combinatie perindopril/amlodipine zijn beschikbaar

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de opvolging die betrokkene nu heeft beschikbaar is in het thuisland. De zorg en opvolging evenals gespecialiseerde pijntherapie, een heringreep en de medicatie onder vorm van paracetamol, piroxicam, ranitidine, tramadol, vitamine D, trazodone (eventueel mirtazapine als volwaardig analoog) en de combinatie perindopril/amlodipine zijn beschikbaar.

Vanuit het standpunt van beschikbaarheid is er geen tegenindicatie tot terugkeer naar het thuisland Congo, voor deze dame van 70 jaar.

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

Betrokkene haait aan dat de gezondheidszorg in Congo (DR) ondermaats is en verwijst hierbij naar enkele algemene bronnen. Verzoekster legt echter geen persoonlijke bewijzen voor die aantonen dat zij geen toegang heeft tot de benodigde zorg in het land van herkomst. Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./Verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131 ; EHRM 4 februari 2005, Mamatkuiov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68).

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

De gezondheidszorg in Congo (DR) wordt georganiseerd op drie niveaus: het centraal niveau, het provinciaal niveau en het lokaal / operationeel niveau.

Zowel in de publieke als in de private sector, dient de patiënt zelf in te staan voor de kosten die gepaard gaan met de benodigde zorg. Werkgevers dienen in te staan voor de gezondheidszorg van hun werknemers en diens directe familie. De prijzen van medicatie verschillen naargelang waar men deze koopt.

De operationele eenheid in het gezondheidssysteem in de Democratische Republiek van Congo is de "Zone de Santé. Het totale systeem is een piramidaal systeem met drie niveaus:

Het perifere of operationele niveau omvat 515 gezondheidszones. Zij zijn de basis voor de planning en implementatie van de eerstelijns geneeskunde. Op dit niveau zijn er twee interacties: een systeem van doorverwijzing en terugverwijzing. Het eerste niveau omvat 7868 gezondheidscentra die de minimumzorg aanbieden (Paquet Minimum d'Activité). Het PMA omvat curatieve, preventieve zorgen alsook promotie voor gezondheid, educatie en ondersteunende activiteiten. Deze zorgen worden vooral uitgevoerd door verpleegkundigen, vaak met een speciale opleiding en bekwaamheid.

Het tweede niveau omvat 434 ziekenhuizen (Hôpitaux Generaux de Référence) die bijkomende zorgen aanbieden zoals inwendige geneeskunde, heelkunde, gynaecologie, verloskunde en pediatrie. Zij dienen te voldoen aan de moderne managementstandaard. Elke zone omvat ongeveer 100 000 tot 200 000 inwoners, waardoor elke zone nogmaals opgedeeld wordt in gebieden van 5000 tot 10 000 inwoners met installatie van een gezondheidscentrum. Het intermediaire niveau bestaat uit 11 provinciale gezondheidsdivisies en 65 districtgebonden gezondheidsdiensten, verbonden met 2 provinciale ziekenhuizen specifiek voor doorverwijzing. Zij geven vooral technische ondersteuning met als specifieke taken: coördinatie, opleiding en supervisie, evaluatie, inspectie en controle van de zorg. Zij staan in voor de operationele directieven en de toepassing ervan.

Het centrale niveau bestaat uit het Ministerie van Volksgezondheid met het algemeen secretariaat dat centrale richtlijnen, gezondheidsprogramma's en gespecialiseerde diensten verzorgt. Het centrale niveau omvat eveneens 57 nationale ziekenhuizen, 4 universitaire ziekenhuizen en 32 gespecialiseerde diensten.

Een officiële sociale zekerheid bestaat niet in Congo. Congo (DR) werkt wel aan een systeem van 'mutualiteiten', onder toezicht van het Ministerie van Arbeid en Sociale Welvaart. Er is ook het nationale plan voor gezondheidsontwikkeling (PNDS), dat mee vorm moet geven aan het plan van de 'Strategie voor de versterking van de Gezondheid' (SRSS). Daarnaast is er ook een nationale strategie wat betreft de sociale bescherming van kwetsbare groepen (SNPS-GV). Het algemene doel van deze strategie is om de rechten op en toegang tot kwaliteitsvolle basisvoorzieningen te garanderen.

Een ander overheidsprogramma is het "Revolution of Modernity" (2011-2016), Dit heeft tot doel om kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken tegen een minimum aan kosten.

Sinds de lancering van het programma ter promotie van de mutualiteiten, zijn vele organisaties opgestart zoals bv. SOLIDARCO (solidariteit België-Congo). Meer en meer Congolezen sluiten zich bij deze structuren aan om de kosten van de gezondheidszorg te dragen. De leden die hun maandelijkse bijdrage aan hun mutualiteit betalen (2,5 tot 4,5 dollar per maand), kunnen in erkende gezondheidscentra terecht voor eerstelijnszorg, kleine en middelgrote operaties, oogheelkunde, tandheelkunde, kleine en middelgrote chirurgie, essentiële medicijnen en ziekenhuisopnames van korte termijn.

Betrokkene toont niet aan dat zij in de onmogelijkheid is om toegang te krijgen tot de benodigde zorg.

Het lijkt overigens erg onwaarschijnlijk dat zij in Congo (DR) geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (lijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (lijdelijke) financiële hulp. Uit haar asielrelaas blijkt immers dat zij twee broers, twee zussen en zeven meerderjarige kinderen heeft. Zij verklaarde eveneens dat ze 2000 dollar betaalde voor haar reis naar België en nog eens 1000 dollar kreeg van een neef. Dit doet eveneens een zekere financiële zelfredzaamheid vermoeden.

Niets verhindert verzoekster derhalve om terug te keren. Het staat haar vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Re-integratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en re-integratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Re-integratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding

te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in de democratische republiek Congo.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, (de democratische republiek Congo)."

De Raad stelt vooreerst vast dat verzoekster volgende vaststelling van de arts-adviseur niet betwist: *"Uit de aangeleverde medische documenten kunnen we het volgende besluiten:*

- *Het betreft hier een dame van heden 70 jaar afkomstig uit de Democratische Republiek van Congo*
 - *Zij heeft een uitgebreide orthopedische voorgeschiedenis met een ingreep voor carpal tunnel, knieprothese, springvinger. Deze aandoeningen kenden een gunstig verloop*
 - *De huidige problematiek kadert in een syndroom van failed back surgery na een ingreep in 2010; in 2015 werden verschillende malen infiltraties uitgevoerd wegens blijven de pijnproblematiek, zonder gunstig resultaat. Een nieuwe ingreep werd door betrokkene afgewezen in 2014*
 - *Heden krijgt zij alleen pijntherapie medicamenteus, andere actieve therapie wordt niet gegeven*
 - *Mantelzorg wordt niet vermeld, woont samen met een man die voor haar zorgt. We willen ook vermelden dat zorg voor een partner geen medische behandeling is zoals voorzien in het artikel 9ter van de Vreemdelingenwet*
 - *Als medicatie weerhouden we:*
 - o *Paracetamol pijnmedicatie*
 - o *Piroxicam, pijnstilling type NSAID*
 - o *Ranitidine, maagbescherming*
 - o *Tramadol, pijnmedicatie*
 - o *D-cure, vitamine D*
 - o *Trazodone, antidepressivum*
 - o *Coveram, perindopril/amlodipine, voor de hoge bloeddruk.*
- Indien nodig: Mogelijkheid tot reizen."*

De verzoekende partij uit in essentie kritiek op de kwaliteit van de gezondheidszorg in de democratische republiek Congo. De Raad wijst er evenwel op dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet slechts vereist dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verwerende partij aangestelde arts-adviseur dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van een zelfde kwalitatief niveau is als dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de arts-adviseur vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is. De arts-adviseur heeft, met verwijzing naar bronnenmateriaal, duidelijk uiteengezet dat de verzoekende partij kan reizen en in de democratische republiek Congo kan beschikken over de nodige medicatie en een opvolging door artsen met de vereiste specialisaties. Hij heeft dan ook de in artikel 9ter van de Vreemdelingenwet bepaalde criteria in acht genomen.

In toepassing van artikel 9ter, § 1, derde lid van de Vreemdelingenwet, komt het de vreemdeling toe om samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft over te maken aan het bestuur. Wanneer een vreemdeling die een verblijfsmachtiging wenst te bekomen op basis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet meent dat een voor hem noodzakelijke behandeling niet toegankelijk of beschikbaar is in zijn land van herkomst en hij over belangrijke informatie beschikt waaruit dat blijkt, dient hij het bestuur hiervan bij het indienen van de aanvraag of tijdens de behandeling door het bestuur van zijn aanvraag op de hoogte te stellen en niet deze informatie pas aan te brengen in een beroepsprocedure die volgt op een negatieve beslissing van het bestuur. Ook het aannemen van een afwachtende houding, waarbij de verzoeker informatie achterhoudt totdat de arts-attaché een advies heeft gegeven of nalaat bij zijn aanvraag informatie te verstrekken

omtrent de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de voor hem noodzakelijke behandeling in zijn land van herkomst, om na het verstrekken door de arts-attaché van zijn advies een nieuw onderzoek te laten geworden met inachtneming van de door hem achtergehouden of naar aanleiding van het advies ter weerlegging van dit advies verworven informatie, kan in het licht van het bepaalde in artikel 9ter, § 1, derde lid van de Vreemdelingenwet niet worden gehonoreerd. Verzoekster maakt niet aannemelijk dat de arts-attaché op grond van onjuiste feitelijke gegevens of op kennelijk onredelijke wijze heeft geoordeeld dat: *“Informatie afkomstig uit de MedCOI-databank (...) (aantoont) dat opvolging voor de failed back surgery verzekerd is: pijntherapie door infiltraties is beschikbaar, eventueel de mogelijkheid voor een nieuwe ingreep en de opvolging door een huisarts zoals heden is beschikbaar. Bijlage 2 toont de beschikbaarheid van de medicatie aan: paracetamol, prioxicam, ranitidine, tramadol, vitamine D, trazodone (eventueel mirtazapine als volwaardig analoog) en de combinatie perindopril/amlodipine zijn beschikbaar. Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de opvolging die betrokkene nu heeft beschikbaar is in het thuisland. De zorg en opvolging evenals gespecialiseerde pijntherapie, een heringreep en de medicatie onder vorm van paracetamol, prioxicam, ranitidine, tramadol, vitamine D, trazodone (eventueel mirtazapine als volwaardig analoog) en de combinatie perindopril/amlodipine zijn beschikbaar. Vanuit het standpunt van beschikbaarheid is er geen tegenindicatie tot terugkeer naar het thuisland.”* Het staat de ambtenaar-geneesheer die de verweerder adviseerde evenwel uiteraard vrij om niet akkoord te gaan met het standpunt dat werd ingenomen door de behandelend geneesheer. Artikel 9ter, § 1, vijfde lid van de Vreemdelingenwet voorziet wel in de mogelijkheid voor de ambtenaar-geneesheer om, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling te onderzoeken of een bijkomend advies in te winnen van deskundigen. Het betreft hier evenwel een mogelijkheid – en geen verplichting – voor de ambtenaar-geneesheer (cf. ook *Parl.St. Kamer 2005-2006, nr. 2478/001, 35*). Het is de ambtenaar-geneesheer aldus toegestaan om zich voor zijn advies louter te baseren op de door de aanvrager neergelegde medische attesten zonder een eigen medisch onderzoek te voeren of zonder een bijkomend advies van een deskundige te vragen indien hij de mening is toegedaan dat hij ook zonder dergelijk advies een onderbouwd advies kan geven. Er zijn evenmin wettelijke bepalingen die voorschrijven dat de ambtenaar-geneesheer dezelfde specialisatie dient te hebben als de artsen die de voorgelegde medische attesten hebben ondertekend. Kortom: de ambtenaar-geneesheer kan zich in zijn advies beperken tot het verwijzen naar de medische getuigschriften die door de aanvrager zijn neergelegd en het is op zich niet onzorgvuldig om zijn beoordeling van de ziekte enkel op de voorgelegde attesten te steunen. Verzoekster gaat er ook van uit dat zij *“Uitzonderlijke omstandigheden”* dient aan te tonen. Dit betoog vindt geen steun in artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Het loutere feit dat uit de citaten opgenomen in het verzoekschrift op zeer algemene wijze blijkt dat de gezondheidszorg in de democratische republiek Congo te kampen heeft met bepaalde uitdagingen die nog moeten aangepakt worden, maakt evenmin dat daaruit kan besloten worden dat de verzoekende partij in de democratische republiek Congo verstoken zal blijven van de door haar benodigde zorgen.

In zoverre de verzoekende partij nog wijst op een schending van artikel 3 EVRM wijst de Raad er daarbij op dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens reeds oordeelde dat enkel in zeer uitzonderlijke gevallen wanneer de humanitaire redenen die pleiten tegen de uitwijzing dwingend zijn een schending van artikel 3 van het EVRM aan de orde kan zijn (EHRM 27 mei 2008, nr. 26.565/05, N./ Verenigd Koninkrijk). Het begrip *“uitzonderlijke gevallen”* werd nader omschreven in de zaak Paposhvili / België (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10) waarbij het Hof stelde: *“183. The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in N. v. the United Kingdom (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.”* (Het Hof oordeelt dat onder *“andere zeer uitzonderlijke gevallen”* zoals bedoeld in de zaak N v. Verenigd Koninkrijk die aanleiding kunnen geven tot een schending van artikel 3 EVRM dienen begrepen te worden de situaties die een verwijdering van een ernstig zieke persoon inhouden waarbij substantiële gronden zijn aangetoond om aan te nemen dat deze persoon, hoewel niet in imminent levensgevaar, een reëel risico loopt, omwille van de afwezigheid van of het gebrek aan toegang tot adequate behandeling in de ontvangende staat, te worden blootgesteld aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand resulterende in intens lijden of in een opmerkelijke vermindering van de levensverwachting. Het Hof wijst erop dat deze situaties

overeenstemmen met de hoge drempel inzake de toepassing van artikel 3 EVRM in zaken die betrekking hebben op de verwijdering van ernstig zieke vreemdelingen.)

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

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

Het loutere feit dat de verzoekende partij het niet eens is met de beoordeling door de arts-adviseur, toont niet aan dat de bestreden beslissing op kennelijk onredelijke of op onzorgvuldige wijze zou zijn genomen. De verzoekende partij geeft in wezen blijk van een andere feitelijke beoordeling van de ernst van de medische aandoeningen dan de beoordeling die door de ambtenaar-geneesheer werd gemaakt. Het onderzoek van deze andere medische beoordeling nodigt de Raad echter uit tot een opportuniteitsonderzoek hetgeen niet tot zijn bevoegdheid behoort, enerzijds, alsook tot een medische appreciatie die enkel toekomt aan de ambtenaar-geneesheer, anderzijds. Het komt de Raad enkel toe de wettigheid van de bestreden beslissing te beoordelen aan de hand van de aangevoerde middelen en na te gaan of het bestuur in deze niet onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft gehandeld. In dit geval toont de verzoekende partij met haar kritiek niet aan dat de ambtenaar-geneesheer onzorgvuldig of kennelijk onredelijk heeft geoordeeld dat uit het voorgelegd medisch dossier niet kan worden afgeleid dat de zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een ernstig risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit aangezien de noodzakelijke medische zorgen bestaan in het herkomstland.

Gelet op het boven gestelde, dient de Raad vast te stellen dat niet aannemelijk wordt gemaakt dat de ambtenaar-geneesheer zijn advies niet zorgvuldig heeft voorbereid, noch dat het advies is gestoeld met miskennis van de voorliggende gegevens of op grond van een incorrecte feitenvinding. Evenmin toont de verzoekende partij aan dat de gemachtigde inzake het determinerende motief een kennelijke beoordelingsfout heeft gemaakt of dat de bestreden beslissing, waarvan het medisch advies integraal deel van uitmaakt, op onzorgvuldige of kennelijk onredelijke wijze werd genomen of met miskennis van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.

Het enig middel is niet gegrond.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op negenentwintig mei tweeduizend twintig door:

dhr. M. MILOJKOWIC,
mevr. K. VERHEYDEN,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,
griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

M. MILOJKOWIC