



Arrest

nr. 236 421 van 5 juni 2020
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat H. CHATCHATRIAN
Langestraat 46/1
8000 BRUGGE

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X die verklaart van Congolese (D.R.C.) nationaliteit te zijn, op 30 januari 2020 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie van 1 oktober 2019 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen 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 29 mei 2020.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken S. DE MUYLDER.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KALIN, die loco advocaat H. CHATCHATRIAN 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

1.1. Op 4 december 2018 dient de verzoekende partij een aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet) in.

1.2. Op 1 oktober 2019 wordt de onder punt 1.1. vermelde aanvraag ontvankelijk doch ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die luidt als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 04.12.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :

V., N. (..) (R.R.: xxxxxxxxxxxxx)

Geboren te Kinshasa op 22.12.1972

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 V. N. (..), die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 01.10.2019 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).

Er wordt geen rekening gehouden met eventuele stukken toegevoegd aan het beroep tot nietigverklaring bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gezien deze niet ter kennis werden gebracht aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het komt immers aan betrokkene toe om alle nuttige en recente inlichtingen in zijn aanvraag of als aanvulling op deze aanvraag aan onze diensten over te maken.”

2. Over de ontvankelijkheid

2.1. In de nota met opmerkingen betoogt de verwerende partij dat het ingediende beroep laattijdig is en derhalve onontvankelijk. Zij wijst erop dat de bestreden beslissing betekend werd op 24 oktober 2019 en dat het beroep pas werd ingediend bij de Raad op 30 januari 2020, hetgeen ruimschoots buiten de voorziene beroepstermijn van dertig dagen is.

2.2. Beide partijen zijn het erover eens dat de bestreden beslissing op 24 oktober 2019 ter kennis werd gebracht (zie zowel verzoekschrift van verzoekende partij als de nota van de verwerende partij). De Raad verwijst naar artikel 39/57 van de vreemdelingenwet. Bijgevolg beschikte de verzoekende partij vanaf 25 oktober 2019 over een termijn van dertig dagen om beroep aan te tekenen. Deze termijn liep tot en met maandag 25 november 2019 (de vervaldag viel immers op zaterdag 23 november 2019 zodat de termijn verlengd wordt naar de eerstvolgende werkdag).

Hoewel het onderhavig beroep inderdaad pas op 30 januari 2020 bij de griffie van de Raad is aangekomen, dient evenwel vastgesteld dat de advocaat van verzoekende partij het schriftelijk bewijs bijbrengt van aangetekende zending van onderhavig beroep van 25 november 2019. Bijgevolg is het beroep wel degelijk tijdig ingediend.

Ter terechtzitting hiermee geconfronteerd stelt de advocaat van de verwerende partij afstand te doen van de opgeworpen exceptie.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. In een eerste middel betoogt de verzoekende partij als volgt:

“Eerste middel

*Schending van artikel 9ter Vreemdelingenwet
Schending van het beginsel van de materiële motiveringsverplichting*

11.1.1. De verwerende partij stelt dat de nodige medicatie beschikbaar is in Congo (Dem. Rep).

Zij motiveert:

2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond. Uitgezonderd de NSAID Namebutone is alle noodzakelijke medicatie beschikbaar. Deze kan afhankelijk van de indicatie als ontstekingsremmer vervangen worden door Ibuprofen. Diclofenac, Etoricoxib, Metamizole, van dezelfde farmacologische familie, of zo de indicatie pijnstilling is door Paracetamol, Tramadol of Oxycodon.

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de behandeling en opvolging van deze 46 jarige dame afkomstig uit de Democratische Republiek van Congo beschikbaar is in het thuisland:

Opvolging door cardiologen en cardiochirurgen evenals de technische mogelijkheid van transthoracale echografie is beschikbaar

De mogelijkheid voor ablatie is eveneens beschikbaar

Alle medicatie namelijk Bisoprolol, bètablokker, L-Thyroxine, schildklierhormoon, Sintrom, Acenocoumarol, bloedverdunner, Sipralaxa, Escitalopram, antidepressivum zijn beschikbaar Namebuton is niet beschikbaar maar volwaardige analogen en alternatieven zoals Ibuprofen, Diclofenac, Etoricoxib, Metamizole, van dezelfde farmacologische familie als ontstekingsremmer of pijnstiller type NSAID, of zo de indicatie zuiver pijnstilling is Paracetamol, Tramadol of Oxycodon, zijn beschikbaar

Zo de ritmestoornissen terug optreden is de Flecaïnide als regulator van het hartritme ook beschikbaar Rovustatin, als cholesterolverlager zo nodig is ook beschikbaar

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

11.1.2. Na nazicht van het administratief dossier door de verzoekende partij, meer bepaald de bijlage 2 waarnaar verwezen wordt, blijkt helemaal niet dat de opgesomde medicatie beschikbaar is.

Volgende medicatie kan in deze bron niet worden teruggevonden:

Sintrom;

Sipralaxa;

Nochtans motiveert de bestreden beslissing dat de beschikbaarheid van deze geneesmiddelen zou moeten blijken uit haar bijlage 2, quod non.

Dit klopt niet, tenzij de raadsman van de verzoekende partij slechts een halve versie van het administratief dossier zou hebben gekregen.

De beschikbare medicatie werd niet op correcte wijze geverifieerd of dit wordt althans niet aangetoond door het administratief dossier.

Aldus steunt de bestreden beslissing evenmin op deugdelijke motieven en werd het beginsel van de materiële motiveringsverplichting eveneens flagrant geschonden."

3.2. Bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht behoort het niet tot de bevoegdheid van de Raad zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is in de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd na te gaan of deze overheid bij de beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet op kennelijk onredelijke wijze tot haar besluit is gekomen.

3.3. Onderzoek naar de schending van de materiële motiveringsplicht vergt in casu onderzoek naar artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door "(d)e 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."

Het medisch advies van de arts-adviseur van 1 oktober 2019 in hoofde van verzoekende partij vermeldt het volgende:

"NAAM: V . N. (..) (R.R.: xxxxxxxxxxxxx)

Vrouwelijk

Nationaliteit: Congo (Dem. Rep.)

Geboren te Kinshasa op 22.12.1972

Adres: (..)

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 4-12-2018.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

Standaard medisch Getuigschrift d.d. 4-9-2018 van Dr. Lebbe, huisarts met de volgende informatie:

o Voorgeschiedenis van voorkamerfibrillatie in 2001, ingreep met vervangen van de aortaklep in 2011, smal QRS complex tachycardie in 2015

o Huidige ziektegeschiedenis: ernstig hartlijden en slaapapnoe

o Opvolging cardioloog vereist

o Mantelzorg van vriend is vereist

Huidig medicatie schema: Apocard, Bisoprolol, Gambaran, L-Thyroxine, Pantomed, Rovustatin, Sintram, Sipralexa

Verslag van transthoracale echografie d.d. 16-8-2017: concentrische linker ventrikelhypertrofie met normaal systolische functie, aanwezigheid van mechanische kleppen in aorta en mitralispositie

Verslag van controle cardiologie d.d. 28-11-2017 met extra aandacht voor ritmestoornissen: stabiel sinusritme, geen bijzonderheden

Verslag ablatie van voorkamerflutter d.d. 11-9-2017

Controle d.d. 23-8-2017: planning investigate van ritmestoornissen

Nieuwe informatie werd in mei 2019 overgemaakt:

Standaard medisch getuigschrift d.d. 1-3-2019 van Dr. Lebbe met de volgende informatie:

o Gekend met VKF sinds 2001 met op 26-2-2019 een ablatie

o Huidige medicatie Sintram, Pantomed, Flecaïnide, Gambaran, Sypralex, Bisoprolol en L-Thyroxine

o Nood aan mantelzorg en de nabijheid van een groot regionaal ziekenhuis met cardiologische afdeling

Verslag van opname cardiologie van 21-12-2018 tot 22-12-2018: opname wegens palpitates. Diagnose van atrio-ventriculaire non-re-entry tachycardie. Planning voor ablatie

Verslag van radiofrequente ablatie bij voorkamerfibrillatie op 26-2-2019

Verslag van raadpleging 12-12-2018

Standaard medisch getuigschrift d.d. 27-2-2019 van Dr. Laenens cardioloog met vermelden van ingreep d.d. 26-2-2019

Een specifieke actualisatie werd aangevraagd in het kader van de uitgevoerde ingreep, namelijk het resultaat van de ablatie.

De volgende documenten werden ons overgemaakt:

Standaard Medisch getuigschrift d.d. 14-6-2019 met verwijzen naar de bijlagen

Consultatie d.d. 3-4-2019: betrokkene blijft in sinusritme ondanks het subjectieve gevoel van hartkloppingen. Huidige medicatie: Sintram, Emconcor, L-Thyroxine, Sipralexa, Pantomed mag gestopt worden

Attest opname februari 2019

Verslag opname voor radiofrequente ablatie in het kader van voorkamerfibrillatie: ablatie tot sinusritme

Attest van ontslag na ingreep

Verslag van verblijf cardiologie december 2018 (reeds overgemaakt)

Verslag raadpleging december 2018 reeds besproken

Slaaponderzoek september 2018: inslaap- en doorslaapstoornis met gedaalde slaapefficiëntie tot 70%

Verslag van controle 28-11-2017 reeds besproken

Het betreft een dame van heden 46 jaar afkomstig uit de Democratische republiek van Congo. Zij heeft een uitgebreide cardiologische voorgeschiedenis met ritmestoornissen en een dubbele klepvervanging in 2015. Hiervoor wordt zij verder opgevolgd door de cardioloog. Eveneens lijdt zij aan slaapapnoe zonder evenwel instelling van een specifieke therapie. In september 2017 werd een ablatie uitgevoerd wegens ritmestoornissen. Deze ingreep werd in februari 2019 herhaald met zeer gunstig resultaat. Betrokkene heeft heden een regelmatig ritme (cfr verslag 3-4-2019).

Als huidige medicatie weerhouden we (zie laatste cardiologische controle):

Emconcor, Bisoprolol, bètablokker

L-Thyroxine, schildklierhormoon

Sintram, Acenocoumarol, bloedverdunner

Sipralexa, Escitalopram, antidepressivum

In het recente dossier wordt op geen enkele manier nog notie gemaakt van andere medicatie, niet op het SMG, noch in de bijgevoegde verslagen. De medicatie voor de ritmestoornissen is gestopt wat ook normaal is gezien de geslaagde interventie. Over de pijnmedicatie namelijk Gambaran (Namebutone) en de cholesterolremmer Rovustatine, wordt geen melding meer gemaakt. In het dossier is geen tegenindicatie tot reizen vermeld. Nood aan mantelzorg door de vriend is vermeld. De vorm van behoefte evenmin wat deze mantelzorg specifiek inhoudt voor deze relatief jonge persoon, wordt evenwel niet verduidelijkt in het dossier. De pathologie houdt evenmin in dat zij door deze cardiale

toestand sine qua non afhankelijk is van een derde persoon. Bijkomend dient vermeld te worden dat mantelzorg geen medische behandeling is en gezien de pathologie en het dossier niet weerhouden wordt in deze casus.

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):

Aanvraag Medcoi van 8-5-2019 met het unieke referentienummer 12333 2. In bijlage 2 wordt de beschikbaarheid van de medicatie aangetoond. Uitgezonderd de NSAID Namebutone is alle noodzakelijke medicatie beschikbaar. Deze kan afhankelijk van de indicatie als ontstekingsremmer vervangen worden door Ibuprofen, Diclofenac, Etoricoxib, Metamizole, van dezelfde farmacologische familie, of zo de indicatie pijnstilling is door Paracetamol, Tramadol of Oxycodon

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat de behandeling en opvolging van deze 46 jarige dame afkomstig uit de Democratische Republiek van Congo beschikbaar is in het thuisland: Opvolging door cardiologen en cardiochirurgen evenals de technische mogelijkheid van transthoracale echografie is beschikbaar De mogelijkheid voor ablatie is eveneens beschikbaar Alle medicatie namelijk Bisoprolol, bètablokker, L-Thyroxine, schildklierhormoon, Sintrom, Acenocoumarol, bloedverdunner, Sipralexa, Escitalopram, antidepressivum zijn beschikbaar Namebuton is niet beschikbaar maar volwaardige analogen en alternatieven zoals Ibuprofen, Diclofenac, Etoricoxib, Metamizole, van dezelfde farmacologische familie als ontstekingsremmer of pijnstiller type NSAID. of zo de indicatie zuiver pijnstilling is Paracetamol, Tramadol of Oxycodon, zijn beschikbaar Zo de ritmestoornissen terug optreden is de flecaïnide als regulator van het hartritme ook beschikbaar Rovustatin, als cholesterolverlager zo nodig is ook beschikbaar

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

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

Betrokkene haalt aan dat de gezondheidszorg in Congo (DR) ondermaats is en dat het land gekenmerkt wordt door conflicten en corruptie. Ze verwijst hierbij naar enkele algemene bronnen. Betrokkene legt echter geen bewijzen voor die aantonen dat deze algemene informatie op haar persoonlijke situatie van toepassing is. Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons./verenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68). Bovendien dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de 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.² 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.³ 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.⁴ 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.⁵ 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).⁶ 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.⁷ * Sinds de lancering van het programma ter promotie van de mutualiteiten, zijn vele organisaties opgestart zoals b.v. SOLIDARCO (solidariteit België-Congo). Meer en meer Congolezen sluiten zich bij deze structuren aan om de kosten van de gezondheidszorg te dragen.⁸ De leden die hun maandelijkse bijdrage aan hun mutualiteit betalen (2,5 tot 4,5 dollar per maand)⁹, 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 niet in staat is toegang te krijgen tot de benodigde zorg. Zij legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Het lijkt bovendien erg onwaarschijnlijk dat verzoekster in Congo (DR) geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp.

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, (Democratische Republiek Congo)."

3.4. Verzoekende partij betoogt dat uit de door de arts-adviseur gehanteerde informatie geenszins blijkt dat alle opgesomde medicatie beschikbaar is. Zo blijkt niet dat Sintrom en Sipralexa beschikbaar is.

3.5. De Raad stelt vast dat wat betreft de benodigde medicatie de arts-adviseur verwijst naar de bijlage 2 waaruit volgens hem blijkt dat alle noodzakelijke medicatie beschikbaar is in het herkomstland. Nazicht van de bijlage 2, waarvan kopie zich in het administratief dossier bevindt, leert inderdaad dat – in tegenstelling tot wat verzoekende partij voorhoudt – de beschikbaarheid van Sipralexa wel degelijk blijkt nu in de bijlage 2 duidelijk gesteld wordt dat escitalopram (werkzame stof van Sipralexa) wel

degelijk beschikbaar is. Verder blijkt uit de bijlage 2 eveneens dat Sintrom (werkzame stof: acenocoumarol) beschikbaar is.

Immers wordt in het document “6745434 medicatie bijlage 2” dat zich in het administratief dossier bevindt duidelijk gesteld:

“Sipralaxa, escitalopram, antidepressivum

10-5-2019 BMA 12333 Congo DRC

(..)

Escitalopram from Psychiatry: antidepressants; SSRI is available”

en:

“Sintrom, acenocoumarol, bloedverdunner

10-5-2019 BMA 12333 Congo DRC

(..)

Acenocoumarol from Cardiology: anti blood clotting is available”

Gelet op voorgaande kan de verzoekende partij niet gevolgd worden in haar stelling dat uit het administratief dossier niet blijkt dat de benodigde medicatie beschikbaar is in het herkomstland.

3.6. Het eerste middel is in al zijn onderdelen ongegrond.

3.7. In een tweede middel betoogt de verzoekende partij als volgt:

“Schending 9ter Vreemdelingenwet

Schending van de materiële motiveringsverplichting

11.2.1. Artikel 9ter, §1, lid 5 VW luidt als volgt:

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.

Aldus is de toegankelijkheid van de medische zorg een belangrijk element in het onderzoek dat de verwerende partij dient te voeren. In casu is hiervan geen sprake!

11.2.2. De verzoekende partij haalde in haar verzoek tot medische regularisatie meerdere bronnen aan die aantonen dat de nodige medische zorg ontoegankelijk is indien men geen extra geld op tafel kan leggen.

Cf. stuk 5 bij aanvraag tot medische regularisatie dd. 04/12/2018, One world, Het belangrijkste ziekenhuis in Congo heeft aan alles tekort, dd. 20/05/2015:

(..)

Cf. stuk 6 bij aanvraag tot medische regularisatie dd. 04/12/2018 van MSF:

(..)

De verwerende partij motiveert niet omtrent deze recente bronnen.

Deze bronnen beschrijven nochtans de situatie in Congo (Dem. Rep.) en het is de verwerende partij in al haar zorgvuldigheid misschien ontgaan dat de verzoekende partij tevens van daar afkomstig is! Het is de verwerende partij -die zoals hogervermeld duidelijk niet goed naar alle medische attesten gekeken heeft- misschien tevens ontgaan dat de verzoekende partij zonder toegang tot de nodige medische zorg naar alle waarschijnlijkheid zou sterven.

Aldus kan de verzoekende partij toch minstens in de bestreden beslissing een adequate repliek op deze aangehaalde bronnen verwachten?

Indien de verwerende partij niet repliceert op alle informatie, dan schendt zij de formele motiveringsverplichting en, bij uitbreiding, eigenlijk tevens de materiële motiveringsverplichting (omdat haar beslissing al dan niet steunt op deugdelijke motieven die draagkrachtig zijn).

Dit laatste wordt letterlijk bevestigd door belangrijke rechtsleer - Cf. G. DEBERSAQUES en M. RYCKASEYS:

aannemelijk. De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen gaat wel na of de ambtenaar-geneesheer in zijn advies rekening heeft gehouden met de voorgelegde medische attesten en o, hij die ook betrokken heeft in zijn advies (207).

Naar analogie kan men tevens stellen dat het niet betrekken van alle informatie in het verzoek tot medische regularisatie een duidelijke schending vormt van de zorgvuldigheidsplicht, tevens een onderdeel van het beginsel van de materiële motiveringsverplichting.

11.2.3. De bestreden beslissing motiveert bovendien geen rekening te willen houden met de nood tot mantelzorg:

(..)

Nochtans is deze volgens de behandelend arts van de verzoekende partij noodzakelijk geacht omdat zij niet zelfredzaam is.

Het is dan ook onbegrijpelijk dat de verwerende partij, zonder de verzoekende partij zelf te onderzoeken, oordeelt dat zij “geen bewijs van arbeidsongeschiktheid” voorlegt. Het feit dat zij niet zelfredzaam is en aldus mantelzorg nodig is het bewijs dat zij arbeidsongeschikt is.

In casu is het aldus overduidelijk dat artikel 9ter VW (met betrekking tot het vereiste onderzoek en de evaluatie van de toegankelijkheid van de nodige medische zorgen) evenals de materiële motiveringsverplichting manifest werden geschonden!

Als de verwerende partij zou menen dat de toegankelijkheid van de medische zorgen niet belangrijk is, dan dient zij parlementair te worden en artikel 9ter VW maar te veranderen.

Het gaat niet op de wet zomaar terzijde te schuiven en op gratuite wijze alle verontrustende berichten over de toegankelijkheid van de medische zorg te negeren.”

3.8. Verzoekende partij uit in eerste instantie kritiek op het toegankelijkheidsonderzoek en betoogt dat de bronnen die zij heeft gevoegd duidelijk aantonen dat de medische zorg ontoegankelijk is tenzij men extra geld op tafel kan leggen. Zij verwijst naar stukken 5 en 6 gevoegd aan haar aanvraag. Zij stelt dat de verwerende partij niet motiveert omtrent deze bronnen.

3.9. In tegenstelling tot wat verzoekende partij voorhoudt, blijkt dat de arts-adviseur wel degelijk de door de verzoekende partij aangevoerde bronnen in aanmerking heeft genomen. Zo stelt de arts-adviseur: “Betrokkene haalt aan dat de gezondheidszorg in Congo (DR) ondermaats is en dat het land gekenmerkt wordt door conflicten en corruptie. Zij verwijst hierbij naar enkele algemene bronnen.”

Aangaande deze aangeleverde bronnen stelt de arts-adviseur evenwel vast: “Betrokkene legt echter geen bewijzen voor die aantonen dat deze algemene informatie op haar persoonlijke situatie van toepassing is. 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.A/erenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68). Bovendien dient opgemerkt te worden dat een verblijfstitel niet enkel afgegeven kan worden op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de 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 Raad kan deze motivering volledig volgen. De door verwerende partij aangestelde arts-adviseur dient immers 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 verzoekende partij kan reizen en in Congo (DR) 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.

Immers blijkt dat de arts-adviseur vaststelde dat, hoewel de patiënt in Congo (DR) zelf moet instaan voor de kosten die gepaard gaan met de benodigde zorg, de werkgevers moeten instaan voor de benodigde gezondheidszorg van hun werknemers en diens directe familie en dat de prijzen van medicatie verschillen naargelang waar men deze koopt. Verder blijkt dat er ook een nationale strategie is inzake de sociale bescherming van kwetsbare groepen met als doel de rechten op en toegang tot kwaliteitsvolle basisvoorzieningen te garanderen. Verder is er ook het *“Revolution of Modernity”* overheidsprogramma dat tot doel heeft om kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken tegen een minimum aan kosten. Verder blijkt ook dat meer en meer Congolezen zich aansluiten bij mutualiteiten om de kosten van gezondheidszorg te dragen. Leden die hun maandelijks bijdrage 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.

De arts-adviseur besluit: *“Betrokkene toont niet aan dat zij niet in staat is toegang te krijgen tot de benodigde zorg. Zij legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in haar land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.*

Het lijkt bovendien erg onwaarschijnlijk dat verzoekster in Congo (DR) geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp.

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.”

De Raad stelt vast dat verzoekende partij slechts verwijst naar algemene informatie die – zoals de arts-adviseur ook al heeft aangegeven – geen betrekking heeft op haar specifieke situatie en, gelet op de verdere bevindingen van de arts-adviseur inzake de toegang tot de medische zorgen in Congo (DR) voor verzoekende partij, niet toelaten vast te stellen dat verzoekende partij in het herkomstland verstoken zal blijven van de benodigde medische zorgen. Verzoekende partij gaat immers volledig voorbij aan de vaststelling dat werkgevers dienen in te staan voor de gezondheidszorg van werknemers, dat er een overheidsprogramma is dat gezondheidszorg toegankelijk maakt tegen een minimum aan kosten, dat er ook een systeem van mutualiteiten is en dat verzoekende partij niet aantoonde dat zij niet via arbeid kan instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke medische hulp (zie dienaangaande de bespreking lager onder punt 3.11.). Evenmin maakt verzoekende partij aannemelijk dat zij in het herkomstland niet kan terugvallen op familie, vrienden of kennissen voor eventuele financiële hulp en opvang. Verder weerlegt verzoekende partij op geen enkele concrete wijze de vaststelling dat zij zich kan laten bijstaan door IOM.

In casu heeft de arts-adviseur zich wel degelijk gekwetend van zijn taak in het kader van artikel 9ter van de vreemdelingenwet, met name vaststellen of verzoekende partij behandeling behoeft en zo ja, nagaan of deze beschikbaar en toegankelijk is in het herkomstland. Verzoekende partij heeft deze vaststellingen niet weten te weerleggen.

3.10. In tweede instantie betoogt verzoekende partij nog dat de bestreden beslissing geen rekening wil houden met de nood tot mantelzorg. Nochtans is mantelzorg volgens de behandelend arts noodzakelijk omdat verzoekende partij niet zelfredzaam is. Zij stelt niet te begrijpen dat de arts-adviseur oordeelt dat

zij geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voorlegt zonder haar te onderzoeken. Het feit dat zij niet zelfredzaam is en mantelzorg behoeft is immers het bewijs dat zij arbeidsongeschikt is.

3.11. Wat betreft de geattesteerde noodzaak tot mantelzorg heeft de arts-adviseur als volgt vastgesteld: *“Nood aan mantelzorg door de vriend is vermeld. De vorm van behoefteigheid evenmin wat deze mantelzorg specifiek inhoudt voor deze relatief jonge persoon, wordt evenwel niet verduidelijkt in het dossier. De pathologie houdt evenmin in dat zij door deze cardiale toestand sine qua non afhankelijk is van een derde persoon. Bijkomend dient vermeld te worden dat mantelzorg geen medische behandeling is en gezien de pathologie en het dossier niet weerhouden wordt in deze casus.”*

Zoals duidelijk blijkt heeft de arts-adviseur uitdrukkelijk vermeld waarom hij de geattesteerde nood tot mantelzorg niet aanneemt. Zo stelt hij vast dat de vorm van behoefteigheid noch wat deze mantelzorg precies inhoudt wordt vermeld en dat de pathologie ook niet inhoudt dat verzoekende partij sine qua non afhankelijk is van een derde persoon. De arts-adviseur wijst uitdrukkelijk op de cardiale pathologie van verzoekende partij, waarvan hij reeds had vastgesteld dat deze na de laatste ingreep in februari 2019, gunstig is en verzoekende partij thans een regelmatig ritme vertoont.

Verzoekende partij maakt met haar betoog geenszins aannemelijk dat de arts-adviseur met miskenning van bepaalde gegevens tot zijn besluit is gekomen. Zoals verder duidelijk blijkt heeft de arts-adviseur zich voor zijn bevindingen kunnen enten op het voorgelegde medisch dossier van verzoekende partij en maakt verzoekende partij niet aannemelijk dat een bijkomend onderzoek in casu zich opdrong. Gelet op de bevindingen van de arts-adviseur waar hij stelt dat de noodzaak tot mantelzorg niet bewezen is temeer gelet op de pathologie van verzoekende partij, kan verzoekende partij evenmin overtuigen waar zij meent dat haar arbeidsongeschiktheid wel degelijk is aangetoond.

3.12. In zoverre 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.).

In casu toont de verzoekende partij dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat 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.

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

4. Korte debatten

De verzoekende partij heeft geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden aangevoerd. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk

besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als accessorium van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vijf juni tweeduizend twintig door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

S. DE MUYLDER