



Arrest

nr. 264 147 van 24 november 2021
in de zaak RvV X / II

In zake: X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat R. GREENLAND
Europalaan 50
3600 GENK

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de Staatssecretaris voor Asiel en Migratie.

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Congolese (D.R.C.) nationaliteit te zijn, op 3 juni 2021 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie van 25 mei 2021 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 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.

Gezien het arrest van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen van 17 juni 2021 met nr. 256 743.

Gezien de vraag tot voortzetting van de procedure ingediend op 25 juni 2021.

Gelet op de beschikking van 21 september 2021, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 11 oktober 2021.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. DE GROOTE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat R. GREENLAND, die verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat M. DUBOIS, die *loco* advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 5 februari 2021 treft de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie (hierna: de gemachtigde) ten aanzien van de verzoeker een beslissing tot afgifte van een bevel om het grondgebied

te verlaten met vasthouding met het oog op verwijdering (bijlage 13septies). Hiertegen werd geen rechtsmiddel aangewend.

Op 5 maart 2021 dient de verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de Vreemdelingenwet).

Op 25 mei 2021 beslist de gemachtigde dat de voormelde medische verblijfsaanvraag ontvankelijk, doch ongegrond is. Het betreft de thans bestreden beslissing. Zij werd aan de verzoeker ter kennis gebracht op 31 mei 2021 en is als volgt gemotiveerd:

“(...)

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 05.03.2021 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

[M.K.L.,E.] (R.R.: [...])

nationaliteit: Congo (Dem. Rep.)

geboren te Kinshasa op X

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(en) :

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

Er werden medische elementen aangehaald door [M.K.L.E.] die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 29.04.2021)

Derhalve

1) kan uit het voorgelegd medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit, of

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

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

(...)”

2. Over de rechtspleging

2.1. De vordering tot schorsing van de tenuitvoerlegging van de thans bestreden akte werd, bij wege van voorlopige maatregelen bij uiterst dringende noodzakelijkheid, verworpen bij 's Raads arrest nr. 256 743 van 17 juni 2021. De verzoeker heeft tijdig een verzoek tot voortzetting ingediend.

2.2. De verzoeker heeft een syntheseseminarie neergelegd. Overeenkomstig artikel 39/81, zevende lid, van de Vreemdelingenwet doet de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) uitspraak op basis van de syntheseseminarie “behoudens wat de ontvankelijkheid van het beroep en van de middelen betreft en zonder afbreuk te doen aan artikel 39/60 (van de Vreemdelingenwet)”.

2.3. Ter terechtzitting legt de advocaat van de verzoeker een aanvullende nota met bijlagen neer. De verwerende partij vraagt om deze uit de debatten te weren.

De Raad wijst erop dat noch de Vreemdelingenwet, noch het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, in de annulatieprocedure voorzien in de mogelijkheid om ter terechtzitting een dergelijk proceduristuk neer te leggen.

Bovendien moet worden opgemerkt dat het de verzoeker niet toegelaten is ter terechtzitting nieuwe middelen te ontwikkelen. Het begrip 'nieuw middel' geldt ook voor de nieuwe uiteenzetting van het middel waardoor een verzoekende partij een nieuwe feitelijke grondslag geeft aan het middel (cf. RvS 26 februari 2013, nr. 222.647; RvS 10 mei 2012, nr. 219.287; RvS 15 december 2011, nr. 216.885; RvS 19 september 2011, nr. 215.199; RvS 19 september 2011, nr. 215.197; RvS 19 september 2011, nr. 215.200; RvS 3 mei 2010, nr. 203.574; RvS 23 december 2009, nr. 199.259; RvS 13 oktober 2008, nr. 186.998; RvS 19 april 2007, nr. 170.187; RvS 26 juni 2003, nr. 121.005). Een dergelijke handelswijze brengt immers de *paritas armorum* in het gedrang. Middelen, ook indien deze de openbare orde raken, moeten, ten einde de rechten van de verdediging van de andere partij(en) te vrijwaren, in het verzoekschrift worden ontwikkeld, tenzij de grondslag ervan pas nadien aan het licht is kunnen komen, in welk geval die middelen ten laatste in het eerst mogelijke in de procedureregeling voorziene processtuk moeten worden opgeworpen.

Te dezen voegt de verzoeker aan zijn aanvullende nota een aantal recente medische attesten en recente documenten van de medische dienst van de Dienst Vreemdelingenzaken toe. Hieruit blijkt onder meer dat de verzoeker, die tot dan in een gesloten opvangcentrum werd vastgehouden met het oog op zijn repatriëring, op 2 september 2021 werd vrijgesteld om medische redenen en dat hij vervolgens werd gehospitaliseerd van 7 tot 10 september 2021 wegens een ontregelde diabetes type 2. De advocaat van de verzoeker geeft aan dat deze nieuwe stukken uiteraard niet eerder konden worden bijgebracht, en dat hieruit een zeer precaire gezondheidstoestand en een zeer uitgebreide medicamenteuze behandelingsnood blijkt. Er wordt gesteld dat deze stukken worden bijgebracht aangezien de zaak wordt ingeleid op basis van de schending van artikel 3 van het EVRM.

De Raad kan niet ingaan op de vraag van de verzoeker om de nieuwe stukken in rekening te nemen in het kader van de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM. De thans bestreden beslissing betreft immers enkel en alleen de ongegrondheid van een medische verblijfsaanvraag op grond van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Deze beslissing legt de verzoeker geen terugkeerverplichting op, laat staan dat zij een dwangmaatregel oplegt. Meer nog, uit de door de verzoeker zelf bijgebrachte stukken blijkt dat hij uit het gesloten centrum werd vrijgesteld, waardoor de gedwongen tenuitvoerlegging van de beslissing van 5 februari 2021 tot afgifte van een bevel om het grondgebied te verlaten met vasthouding met het oog op verwijdering (bijlage 13septies) thans niet meer aan de orde is. De kritiek in het enig middel dat er "*een risico (is) op een schending van artikel 3 van het EVRM bij gedwongen terugkeer naar Congo*" is dan ook niet gericht tegen de thans bestreden beslissing en bovendien is zij ook achterhaald aangezien de verweerder niet langer de intentie heeft om de verzoeker gedwongen te verwijderen.

Bij het indienen van een medische verblijfsaanvraag rust de bewijslast bovendien op de aanvrager (cf. artikel 9ter, §1, derde en vierde lid, van de Vreemdelingenwet). De verweerder en de arts-adviseur kunnen enkel de (medische) stukken beoordelen die hen ter kennis waren op het moment dat de weigeringsbeslissing wordt getroffen. De regelmatigheid van een administratieve beslissing dient dan ook steeds te worden beoordeeld in functie van de gegevens waarover het bestuur ten tijde van het nemen van een beslissing kon beschikken. Om de onwettigheid van deze beslissing aan te tonen, kan de verzoeker zich derhalve niet beroepen op nieuwe stukken die dateren van na de totstandkoming van de bestreden beslissing.

De aanvullende nota en haar bijlagen worden bijgevolg uit de debatten geweerd.

2.4. Aan de verzoeker werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan.

3. Onderzoek van het beroep tot nietigverklaring

In een enig middel voert de verzoeker de schending aan van artikel 3 van het EVRM, van artikel 4 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie van 7 december 2000 (hierna: het Handvest), van de materiële motiveringsplicht en van het zorgvuldigheidsbeginsel en redelijkheidsbeginsel.

De synthesesamenvatting bevat de volgende toelichtingen:

“1.

Een vasthouding met het oog op een repatriëring zou een schending van artikel 3 EVRM en het fundamenteel non-refoulement principe uitmaken.

Artikel 3 EVRM: “Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandeling en/of bestraffingen.”

Deze bepaling bekrachtigt een van de fundamentele waarden van elke democratische samenleving en verbiedt in absolute termen folteringen en onmenselijke of vernederende behandelingen, ongeacht de omstandigheden en de handelingen van het slachtoffer (vaste rechtspraak: zie bv. EHRM 21 januari 2011. M.S.S./België en Griekenland. § 218).

2.

In het licht van artikel 3 van het EVRM. rust er in hoofdzaak van de verwerende partij de plicht om een zo nauwkeurig mogelijk onderzoek te verrichten van gegevens die wijzen op een reëel risico van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling.

3.

Verzoeker is overtuigd dat als hij terug naar Congo zou keren dat hij daar in gevaar zal lopen. Verzoeker lijdt aan een ziekte die zo ernstig is dat hiervoor dient opgenomen te worden. Hij was reeds opgenomen en moest nog een keer opgenomen worden in de ziekenhuis te Brussel. In Congo is er niemand die verzoeker kan verzorgen en er zijn geen beschikbare en toegankelijke behandelingen noch betaalbare medicaties.

Dit is de reden waarom zo snel mogelijk na de aanvang van zijn detentie verzoeker een aanvraag tot machtiging op basis van artikel 9ter van de Verblijfswet heeft ingediend (zie aanvraag).

4.

Het blijkt duidelijk uit de beslissing van verweerster (met de eraan gekoppelde medische advies, stuk 3) dat verzoeker aan een ernstige ziekte lijdt.

Dit bevestigt de inhoud van de aanvraag op basis van artikel 9ter.

De beslissingen van verweerster en het advies van haar arts zijn tegenstrijdig: in de beslissing van verweerster heeft zij geconcludeerd:

“Het aangehaalde medisch probleem kan niet worden weerhouden als grond om een verblijfsvergunning te bekomen in toepassing van de wet van 15 december 1980....

Er werden medische elementen aangehaald door [M.K.L.E.] die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 29.04.2021 ” (stuk 2)

Wat verweerster schrijft is volkomen in strijd met het advies van de arts in haar advies:

“Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien niet adequaat behandeld...” (pagina 5, stuk 2).

Verwerende partij moet toegeven dat de eerste element, een ernstige ziekte wel aanwezig is.

Aangezien dit het geval is wijst dit op de aanwezigheid van een risico op een schending van artikel 3 van het EVRM bij gedwongen terugkeer naar Congo.

5.

Men concludeert dat er geen sprake is van een onmenselijk of vernederende behandeling gezien “behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Congo” doch dit blijkt niet uit het dossier met betrekking tot de procedure in toepassing van artikel 9ter.

Men durft te concluderen dat een behandeling beschikbaar en toegankelijk in Congo is doch voor verzoeker is niets minder waar.

Bovendien wat moet benadrukt worden is dat de conclusie van de medisch arts volkomen in strijd is met de gegevens waar zij naartoe verwijst.

In het begin van het rapport van het MedCOI moet men vaststellen dat de medicatie niet beschikbaar is (Xeroquel) en dat er geen psychologen noch psychiaters aanwezig zijn om verzoeker te kunnen behandelen. (pagina 5 van het rapport) Dit blijkt uit het eigen dossier van verweerder, zijn administratieve dossier.

Het is roekeloos van verweerder om te verwijzen naar gegevens die niet bestaan.

Het blijkt uit het dossier dat er geen behandelingen beschikbaar zijn.

Bovendien het project verstrekt geen informatie over toegankelijkheid. Hier heeft de arts haar eigen subjectieve mening geveld gebaseerd op veronderstellingen en vermoedens, een selectieve mening die objectieve elementen, zoals het gezondheidstoestand van verzoeker, negeert.

Dit zorgt dat de beslissing van verwerende partij onvoldoende gemotiveerd is en gebaseerd op de verkeerde feitelijke gegevens.

De arts concludeert dat verzoeker "kan instaan voor de nodige kosten die gepaard gaan niet de noodzakelijke hulp."

Er zou "geen bewijzen van arbeidsongeschiktheid" voorhanden zijn doch men weet dat zonder verblijfstitel dergelijke bewijzen bestaan niet. Verwerende partij weet dat verzoeker op 2 juni 2021 vanuit het centrum voor illegalen te Merksplas op consultatie in de ziekenhuis zou gaan voor een control gastritis (terwijl men in het advies bij de beslissing beweert dat hij voor deze problematiek niet behandeld wordt). Men weet dat hij een behoefte aan medicatie heeft, men weet dat hij aan het wachten was op een bijkomende opname in de ziekenhuis in Brussel.

Het blijkt uit het certificaat van 23.02.2021 dat verzoeker zwaar ziek is.

De arts bevestigt dat er sprake is van een "ernstige ziekte".

Uit deze elementen moet men tot de conclusie komen dat hij wel arbeidsongeschikt is. Verzoeker betwist wel dat hij arbeidsgeschikt zou zijn.

Men moet toch toegeven dat er sprake is van een ernstige vraagteken over zijn geschiktheid. Het is niet gebruikelijk is het kader van deze procedure om een bewijs van arbeidsongeschiktheid bij te brengen maar van het bestaan van een ernstige ziekte, wat verzoeker heeft gedaan.

Hij kan alleen toegang hebben tot eerstelijnszorg, ziekenhuisopnames en essentiële medicijnen indien hij de bijdragen aan een mutualiteit kan betalen.

Er is geen medische zorgen beschikbaar voor personen die de bijdragen niet betalen. Dit geeft de medische adviseur toe.

Verzoeker is niet in staat om te werken, men kan ook niet zomaar concluderen dat hij werk in Congo zou vinden waarvoor hij dan later bijdragen aan een mutualiteit zou kunnen betalen (wat zou intussen gebeuren met zijn toestand tijdens het zoektocht naar werk en indien succesvol, wat ook onzeker is, tijdens het sparen om de kosten te kunnen betalen, is echter onzeker).

Het is onzorgvuldig en onredelijk om te concluderen dat de zorgen die er bestaan voor verzoeker toegankelijk zijn

6.

De arts begint verder een hypothesis op te bouwen op basis van kinderen die in Congo zouden wonen (quod non, zij verblijven in België, zie stuk 1). Zij zouden kunnen instaan voor zijn kosten volgens de arts. Dergelijke verregaande beschouwingen zonder het minste onderzoek zijn niet aanvaardbaar; het gaat overigens niet om medische beschouwingen, het enige terrein waar de competentie van de arts ligt. Bovendien deze gegevens zijn foutief en niet bewezen.

Verweerster weet goed genoeg, na kennis van het lang verblijfsgechiedenis van verzoeker dat hij drie kinderen in België heeft.

Plots in het kader van deze procedure wenst verweerster te beweren dat verzoeker kinderen in Congo heeft, quod non. Ook al zou dit het geval zijn, na twintig jaar in België wie mag veronderstellen dat verzoeker op deze personen zich zou kunnen beroepen.

De argumenten over de toegankelijkheid van behandelingen zijn gebaseerde op foutieve elementen die op geen enkel objectief bewijs is gesteund.

Uit de objectieve elementen blijkt wel dat verzoeker aan een ernstige ziekte lijdt zodat hij arbeidsongeschikt is en dat zijn kinderen in België zich bevinden. Verzoeker zou geen plaats waar hij naartoe zou kunnen in Congo. Hij heeft niemand die voor hem zou kunnen zorgen.

Er is alleszins geen garantie dat er personen in het land van herkomst die voor verzoeker zouden kunnen zorgen noch garantie van behandelingen in zijn land van herkomst en dit op een moment dat zijn behandelende arts bevestigt dat hij aan een ernstige ziekte lijdt en dat zonder behandeling dat hij zou overlijden.

Er is sprake van een schending van artikel 3 EVRM.

7.

De Raad van State oordeelde dat de beschikbare medische zorgen 'reëel' moeten zijn, dus niet onzeker of zeer beperkt. (Raad Van State, nr. 91.152, 29 november 2000).

"Although the Democratie Republic of Congo is a larger country in Africa, it is extremely low on mental health facilities. It 's reported that DRC only has about six mental health hospitals and only one mental health outpatient facility. With an already low health budget, the government gives less than 1% of the budget to the mental health department. The open mental health facilities also tend to be expensive which makes it possible for the upper-class citizen to access these resources but near impossible for the impoverished to access them—a right they deserve more than anyone. " (Women's Mental Health and Trauma in the DRC - BORGEM (borgenmagazine. com)

Dit blijkt uit de inhoud van het MedCOI rapport (zie administratieve dossier).

8.

Bij een terugkeer naar Congo zou de gezondheidstoestand van mijnheer M. snel achteruitgaan : hij zou geen toegang hebben tot medicatie, noch zorgen noch behandelingen:

De ziekte van mijnheer M. is zodanig dat bij een terugkeer een reëel risico bestaat op een onmenselijk of vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in zijn land van herkomst. Bij gebrek aan behandeling zou verzoeker gehospitaliseerd moeten worden of is zelfmoord ook waarschijnlijk. (zie aanvraagstukken)

9.

Verzoeker lijdt aan een aandoening die ernstig is. Een plotse onderbreking van het genot van deze Belgische faciliteiten ernstige gevolgen zou genereren voor verzoeker, onder meer psychologische en mogelijke fysieke pijnen.

10.

Bij een gedwongen terugkeer naar Congo zou verzoeker in zeer ongunstige (levens)omstandigheden terechtkomen: hij beschikt er niet over huisvesting en het systeem van gezondheidszorg is er zeer precair, al beklemtoont het Hof tegelijk dat een gebrekkig niveau op het vlak van gezondheidszorg in het land van bestemming, an sich, artikel 3 van het E.V.R.M. niet schendt. Als nevenscriterium bij deze tweede maatstaf hanteert het Hof de aanwezigheid van een netwerk van familieleden en verwanten die (mede) voor de opvang en zorg van de zieke vreemdelingen kunnen instaan.

Verzoeker heeft niemand in Congo die hem kan steunen. Verzoeker heeft meerderjarige kinderen maar zij verblijven in België en bezitten de Belgische nationaliteit. Zijn ouders, die nog in Congo verbleven, zijn ondertussen overleden. Verzoeker is immers 50 jaar oud. (stuk 1)

11.

Overeenkomstig de heersende rechtspraak met betrekking tot artikel 3 EVRM dient de staat mogelijke schendingen te onderzoeken.

Tenslotte dient verwezen te worden naar het absolute karakter van artikel 3 EVRM.

Er is duidelijk sprake van een schending van artikel 3 EVRM. Verweerster wist van de ziekenhuisbezoeken van verzoeker.

Verweerster wist goed genoeg van haar eigen bronnen (adviserende arts, MedCOI rapport) dat er sprake van een ernstige ziekte was, waarvoor er geen behandeling mogelijk in Congo is.

Men weet wat de gevolgen ervan kunnen zijn.

Om verzoeker te willen repatriëren is er sprake van een schending van artikel 3 EVRM.

Dit werd onvoldoende onderzocht door verweerster in haar beslissing.

Een repatriëring zonder het afhandelen van zijn beroep inzake medische regularisatie zou een ernstig en moeilijk te herstellen nadeel veroorzaken.

12.

Bovendien, door deze beslissing te nemen wetend dat men in haar beslissing 9ter naar foutieve gegevens verwijst houdt een schending in van de beginselen van behoorlijk bestuur, de zorgvuldigheids- en redelijkheidsplicht, de beslissing houdt is een manifeste appreciatiefout in en verweerster begaat een schending van de motiveringsplicht.

13.

Het is onbetwistbaar dat verzoeker een aantal keer op heterdaad betrapt werd op diefstallen. Verzoeker wenst te benadrukken dat dit kleine diefstallen betrof, zaken genomen van winkels (vlees, brood enz.) om te kunnen overleven. Dit heeft hij uit wanhoop gedaan en deze feiten zijn ook gelinkt aan zijn psychiatrische problematiek. Het was nooit bedoeld om de openbare orde te schenden.

14.

De vordering van verzoeker tot schorsing en vernietiging van de beslissing dient dan gegrond verklaard te worden."

De verzoeker beroept zich onder meer op een schending van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel.

De Raad is bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht niet bevoegd zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de administratieve overheid. De Raad is bij de uitoefening van zijn wettelijk toezicht enkel bevoegd om na te gaan of deze overheid bij haar beoordeling is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan niet onredelijk tot haar besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624; RvS 28 oktober 2002, nr. 111.954).

Ook het redelijkheidsbeginsel laat de Raad niet toe het oordeel van het bestuur over te doen, maar enkel dat oordeel onwettig te bevinden wanneer het tegen alle redelijkheid ingaat doordat de door het bestuur geponeerde verhouding tussen de motieven en het dispositief volkomen ontbreekt (RvS 20 september 1999, nr. 82.301).

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

Deze algemene beginselen van behoorlijk bestuur worden onderzocht in het licht van het bepaalde in artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, dat de juridische grondslag vormt van de bestreden beslissing.

Artikel 9ter van de Vreemdelingenwet luidt als volgt:

“§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aan toont 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.

§ 1/1. (...)

§ 2 (...)

§ 3 (...)

§ 4 (...)

§ 5 (...)

§ 6 (...)

§ 7 (...)

§ 8 (...)”

Uit het bepaalde in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de Vreemdelingenwet volgt dat een aanvraag om machtiging tot verblijf om medische redenen betrekking heeft op twee onderscheiden toepassingsgevallen, met name:

- (1) een ziekte die een reëel risico is voor het leven of de fysieke integriteit van de patiënt, of;
- (2) een ziekte die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst.

Overeenkomstig artikel 9ter, § 1, vijfde lid, van de Vreemdelingenwet komt de beoordeling van de in artikel 9ter, § 1, vermelde risico's toe aan de ambtenaar-geneesheer die door de minister c.q. staatssecretaris is aangesteld. De Raad wijst erop dat de gemachtigde in de bestreden beslissing zelve, in verwijzing naar het advies van de arts-adviseur van 29 april 2021, gesteld heeft dat de medische elementen van de verzoeker niet weerhouden kunnen worden en dat hij dienvolgens op duidelijke wijze heeft geconcludeerd dat:

1. uit het voorgelegde medische dossier niet kan worden afgeleid dat de verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit;
2. uit het voorgelegde medische dossier evenmin kan worden afgeleid dat de verzoeker 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 van gewoonlijk verblijf.

De verzoeker stelt onder meer dat de vaststelling, dat de medische elementen “niet weerhouden kunnen worden”, in strijd is met het advies van de arts-adviseur.

Het advies van de arts-adviseur van 29 april 2021 is als volgt gemotiveerd:

“(…)

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 5-3-2021.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- Standaard medisch getuigschrift dd. 24-2-2021 van dr. D., huisarts, met de volgende informatie:
 - o Gekend met verschillende hospitalisaties in psychiatrie voor cocaïne en alcoholverslaving, zonder succes
 - o Medicatie diazepam en psychotherapie
 - o Laatste opname dateert van 2019
- Certificaat 23-2-2021 dat betrokkene zwaar ziek is en lijdt aan chemische gastritis door alcohol en cocaïne
- Gastro-enterologie 1-7-2020: lever OK Barrett ulcus, primair behandeling psychiatrie in kader van verslaving

Uit de aangeleverde stukken besluiten we dat het hier een man betreft van 50 jaar afkomstig uit Congo CDR met een zware verslavingsproblematiek met nood aan behandeling. Actueel neemt hij diazepam als medicatie.

De gastro-enterologische problematiek wordt actueel niet actief behandeld.

Een tegenindicatie tot reizen kan niet weerhouden worden.

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 7-4-2021 met het unieke referentienummer 14631

Aanvraag Medcoi van 7-8-2019 met het unieke referentienummer 12539

Availability of medical treatment

<i>Source</i>	<i>AVA 14631</i>
<i>Information Provider</i>	<i>International SOS</i>
<i>Priority</i>	<i>Normal (14 days)</i>
<i>Request Sent</i>	<i>22/03/2021</i>
<i>Response Received</i>	<i>07/04/2021</i>

<i>Gender</i>	<i>Male</i>
<i>Age</i>	<i>50</i>
<i>Country of origin</i>	<i>Congo DRC</i>
<i>Required treatment according to case description</i>	<i>psychiatric treatment of alcohol drug addiction in specialized clinic (detox.)</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>psychiatric treatment of drug addiction in a specialized clinic (rehab.)</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>inpatient treatment by a psychiatrist</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>inpatient treatment by a psychologist</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>outpatient treatment and follow up by a psychiatrist</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>outpatient treatment and follow up by a psychologist</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>psychiatric treatment by means psychotherapy: e.g. cognitive behavioural therapy</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>psychiatric treatment by means of psychotherapy: other than cognitive behavioural therapy</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>psychiatric treatment in the form of group therapy (target group of similar patients)</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Medicatie:</i>	
<i>Medication</i>	<i>diazepam</i>
<i>Medication group</i>	<i>Psychiatry: benzodiazepines</i>
<i>Type</i>	<i>Current Medication</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

Zo nodig:

<i>Availability of medical treatment</i>	
<i>Source</i>	<i>BMA 12539</i>
<i>Information Provider</i>	<i>International SOS</i>
<i>Priority</i>	<i>Normal (14 days)</i>
<i>Request Sent</i>	<i>24-07-2019</i>
<i>Response Received</i>	<i>7-8-2019</i>

<i>Gender</i>	<i>Male</i>
<i>Age</i>	<i>15</i>
<i>Country of origin</i>	<i>Congo DRC</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>inpatient treatment by a gastroenterologist</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

<i>Required treatment according to case description</i>	<i>outpatient treatment and follow up by a gastroenterologist</i>
<i>Availability</i>	<i>Available</i>

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat gespecialiseerde opvolging en behandeling voor de verslavingsproblematiek samen met opvolging door een psychiater en psychotherapie evenals de actuele medicatie diazepam beschikbaar is in Congo CDR. Zo nodig is er ook controle door een gastro-enteroloog beschikbaar in kader van de gastritis.

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

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

Allereerst 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 operationele eenheid in het gezondheidssysteem in de Democratische Republiek van Congo is de "Zone de Santé". Het totale systeem is een piramidaal systeem met 3 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 2 interacties: een systeem van doorverwijzing en terugverwijzen. Het eerste niveau omvat 7868 gezondheidscentra die de minimumzorg aanbieden (Paquet Minimum d'Activité). De 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, heilkunde, gynaecologie, verloskunde en pediatrie. Zij dienen te voldoen aan de moderne management standaard. Elke zone omvat ongeveer 100.000 tot 200.000 inwoners waardoor elke zone nogmaals opgedeeld wordt in gebieden van 5.000 tot 10.000 inwoners met installatie van een gezondheidscentrum.

Het intermediaire niveau bestaat uit 11 provinciale gezondheidsdivisies en 65 district gebonden 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 is 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 werkt wel aan een systeem van 'mutualiteiten' onder toezicht van het Ministerie van Arbeid en Sociale Welvaart.³ 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).⁴ 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.⁶ De leden die hun maandelijkse bijdrage aan hun mutualiteit betalen (2,5 tot 4,5 dollar per maand)⁷, 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 haalt geen bewijzen van arbeidsongeschiktheid aan. Er kan dus vanuit gegaan worden dat betrokkene zelf kan instaan voor de nodige kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Uit de asielaanvraag van betrokkene blijkt dat zijn drie meerderjarige kinderen in het herkomstland verblijven. Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene niet bij hen terecht kan voor eventuele (financiële) hulp en opvang.

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).

Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage.

Conclusie:

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

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, Congo DRC."

De verzoeker wijst er terecht op dat artikel 9ter van de Vreemdelingenwet in twee onderscheiden situaties voorziet waarbij een vreemdeling om medische redenen tot een verblijf in het Rijk kan worden gemachtigd. In eerste instantie kan een verblijfsmachtiging worden toegestaan indien de aanvrager aantoonbaar dat een terugkeer op zich naar zijn land van herkomst niet kan zonder zijn leven of fysieke integriteit in het gedrang te brengen (cf. *Parl.St.* van 12 Kamer, 2005-06, nr. 2478/001, 34) en er dus "een onmogelijkheid om te reizen" bestaat (*Parl.St.* Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138). Het betreft hier dus vreemdelingen "die omwille van een ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst" en die zich voorheen verplicht zagen om een verblijfsaanvraag in te dienen via het toenmalige artikel 9, derde lid, van de Vreemdelingenwet (*Parl.St.* Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 9). Daarnaast voorziet de wetgever ook dat een vreemdeling voor wie de terugreis op zich geen reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit met zich meebrengt tot een verblijf om medische redenen kan worden gemachtigd indien er geen adequate behandeling voor zijn medisch probleem bestaat in zijn land van herkomst en hij hierdoor in een situatie dreigt terecht te komen die als onmenselijk en vernederend dient te worden beschouwd. Het spreekt voor zich dat hierbij in regel zal dienen te worden onderzocht of het mogelijk is om een ziekte te laten behandelen in het land van herkomst en of de effectieve toegang tot een behandeling van deze ziekte in het land van herkomst van een vreemdeling voldoende is gegarandeerd (*Parl.St.* Kamer 2005-06, nr. 2478/001, 35 en *Parl.St.* Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138).

In casu heeft de arts-adviseur in zijn advies uitdrukkelijk, en dit op grond van een evaluatie van verzoekers medische problematiek, vastgesteld dat er geen tegenindicatie tot reizen kan worden weerhouden. Het gegeven dat de arts-adviseur wel heeft aanvaard dat het om een ernstige aandoening gaat, doet hieraan geen afbreuk. De arts-adviseur heeft *in fine* van zijn conclusie overigens nogmaals uitdrukkelijk herhaald dat er vanuit medisch standpunt geen bezwaar is tegen een terugkeer naar het herkomstland. Een tegenstrijdigheid tussen de inhoud van het voorliggende medisch advies en de conclusie dat uit het voorgelegde medische dossier niet kan worden afgeleid dat de verzoeker lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit (dit is het eerste toepassingsgeval van artikel 9ter, §1, eerste lid, van de Vreemdelingenwet), blijkt dan ook niet. De verzoeker kan niet worden bijgetreden waar hij meent dat de gemachtigde had moeten toegeven dat het eerste toepassingsgeval wel voorhanden is.

Waar de verzoeker stelt dat hij zo ernstig ziek is dat hij reeds werd opgenomen in het ziekenhuis, merkt de Raad op dat de arts-adviseur in zijn advies heeft bevestigd dat de verzoeker reeds "verschillende hospitalisaties in psychiatrie voor cocaïne en alcoholverslaving, zonder succes" achter de rug heeft. Door dit gegeven louter te herhalen, toont de verzoeker geen foutieve, kennelijk onredelijke of onzorgvuldige besluitvorming aan. Voorts dient te worden opgemerkt dat uit de stukken van het administratief dossier blijkt dat de medische attesten die de verzoeker naar voor heeft gebracht ter ondersteuning van de voorliggende medische verblijfsaanvraag, geen melding maken van een nieuwe opnamen in het ziekenhuis te Brussel in de nabije toekomst. De gemachtigde of de arts-adviseur hebben terzake dan ook geen relevant gegeven over het hoofd gezien. De kritiek dat de verweerder "weet dat verzoeker op 2 juni 2021 vanuit het centrum voor illegalen te Merksplas op consultatie in de ziekenhuis zou gaan voor een control gastritis" en dat "[m]en weet dat hij een behoefte aan medicatie heeft, men weet dat hij aan het wachten was op een bijkomende opname in de ziekenhuis in Brussel" wordt door de verzoeker verder ook niet gestaafd. De Raad benadrukt voorts dat de gemachtigde en de ambtenaar-geneesheer er bij de beoordeling van de medische verblijfsaanvraag van 5 maart 2021 enkel toe gehouden zijn om de elementen te beoordelen die de verzoeker in het kader van deze aanvraag en voorafgaand aan het treffen van de bestreden beslissing effectief heeft overgemaakt. Ook op dit punt wordt bijgevolg geen gebrekkige besluitvorming aangetoond.

De verzoeker stelt verder dat de vaststelling dat de behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Congo, niet strookt met de stukken van het administratief dossier.

De Raad merkt dienaangaande op dat de arts-adviseur, ter staving van de vaststelling dat de nodige medische zorgen voor de verzoeker beschikbaar zijn in zijn land van herkomst, in het medisch advies van 29 april 2021 verwijst naar twee specifieke MedCOI-verslagen met nrs. 14631 en 12539. Omtrent de 'MedCOI' databank, is in het advies tevens een voetnoot (1) opgenomen waarin het volgende wordt uiteengezet:

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

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

Het MEDCOI-project definieert dat :

- *een medische behandeling wordt geacht beschikbaar te zijn wanneer deze op het moment van onderzoek voldoende aanwezig is in het land van herkomst in ten minste één bepaalde (openbare of particuliere) medische instelling.*
- *een geneesmiddel wordt geacht beschikbaar te zijn wanneer het in principe is geregistreerd in het land van herkomst en daar wordt gedistribueerd in apotheken, drogisterijen of andere plaatsen waar geneesmiddelen kunnen worden verkocht. Het geneesmiddel wordt ofwel geproduceerd ofwel geïmporteerd in het land van herkomst en er is geen bevoorradingsprobleem voor het gevraagde geneesmiddel op het moment van het onderzoek. Er zij aan herinnerd dat de antwoorden die in het kader van het MedCOI-project worden gegeven, niet bedoeld zijn om exhaustief te zijn (zie Disclaimer). De beschikbaarheid in het land van herkomst beperkt zich dus geenszins tot de genoemde structuren.*

De MedCOI-projectteams ontvangen informatie uit de volgende bronnen:

Lokale artsen die in het land van herkomst werken:

Deze artsen zijn geselecteerd door ambtenaren van het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken of door het EASO MedCOI-team op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria: beschikken over 6 jaar ervaring als arts, betrouwbaar zijn, beschikken over een professioneel medisch netwerk in het land van herkomst, wonen en werken in het land, beschikken over taalvaardigheid en over meer praktische criteria, zoals het beschikken over communicatiemiddelen en voldoende tijd om aanvragen te verwerken. De identiteit van deze lokale artsen, die in het kader van het MedCOI-project zijn gecontracteerd, wordt om veiligheidsredenen beschermd. Hun persoonlijke gegevens en CVs zijn bekend bij de MedCOI projectteams. De exacte specialisatie van deze artsen is niet relevant. Het is namelijk hun medisch professioneel netwerk in het land van herkomst,

een selectie criterium om te worden ingehuurd, dat er toe doet. Zo kunnen ze vragen beantwoorden over elke medische specialisatie. Internationale SOS (Blue Cross Travel) :

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

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

Vervolgens blijkt uit het advies van de arts-adviseur van 29 april 2021 dat zij telkens de relevante passages uit de MedCOI-databank letterlijk in haar advies heeft gekopieerd. Hieruit blijkt wel degelijk dat de psychiatrische behandeling en opvolging door een psycholoog, zowel een algemene als een specialistische behandeling en opvolging in het kader van verzoekers verslavingsproblematiek, als de door de verzoeker benodigde medicatie (diazepam) en, zo nodig, ook de controle door een gastro-enteroloog beschikbaar in kader van de gastritis, beschikbaar zijn in Congo (de D. R. C.). In het administratief dossier bevinden zich de integrale MedCOI-documenten, waaruit blijkt dat deze

behandeling (zowel ambulant als residentieel) en opvolging mogelijk zijn in een publieke instelling in Kinshasa. Indien de verzoeker over informatie zou beschikken waaruit zou blijken dat zijn behandeling alsnog niet beschikbaar zou zijn in zijn land van herkomst, dan stond het hem vrij om deze informatie in het kader van zijn machtigingsaanvraag ter beoordeling van het bestuur voor te leggen. Ook in het kader van het voorliggende beroep staat het de verzoeker vrij om de door de arts-adviseur gehanteerde informatie te weerleggen met meer recente, objectieve informatie omtrent de beschikbaarheid van de nodige zorgen in D. R. C. De verzoeker brengt echter geen dergelijke informatie bij. De loutere bewering dat de vaststellingen van de arts-adviseur niet stroken met de MedCOI, volstaat uiteraard niet.

Waar de verzoeker stelt dat het medicijn Xeroquel blijkens de MedCOI niet beschikbaar is, dient te worden opgemerkt dat de verzoeker blijkens de door hem voorgelegde medische attesten medicamenteus wordt behandeld met Diazepam. Uit niets blijkt dat de verzoeker Xeroquel neemt, zodat de niet-beschikbaarheid van dit medicijn geheel niet relevant is in het onderzoek naar de beschikbaarheid van de door de verzoeker benodigde medische zorgen in zijn land van herkomst.

De verzoeker betoogt voorts dat de beschikbaarheid van de psychiatrische en psychologische opvolging wordt tegengesproken door het *“rapport van het MedCOI”* waarin op p. 5 zou zijn vermeld dat er geen psychologen, noch psychiaters aanwezig zijn om verzoeker te behandelen. Een dergelijke stellingname kan echter niet worden teruggevonden in één van de voormelde MedCOI-verslagen nrs. nrs. 14631 en 12539 van respectievelijk 7 april 2021 en 7 augustus 2019. Een soortgelijke vermelding kan wel worden teruggevonden op p. 5 van het document BDA-20170914-CD-6610. Het betreft echter informatie van 14 september 2017, die dus ouder is dan de informatie uit de voornoemde MedCOI-documenten van 7 april 2021 en 2019 waarin de beschikbaarheid van zowel de ambulante als residentiële psychiatrische opvolging en opvolging door een psycholoog worden bevestigd. Bovendien betreft het BDA-document een persoon met schizofrenie, hetgeen een geheel andere psychische aandoening betreft dan die waaraan de verzoeker lijdt, én de door de verzoeker geciteerde vermelding betreft voorts enkel de kost van de behandeling en niet de beschikbaarheid ervan. In tegenstelling tot hetgeen de verzoeker betoogt, blijkt zodoende niet dat de beschikbaarheid van de behandelingen wordt tegengesproken door de MedCOI, noch blijkt dat de verweerder zijn eigen informatie heeft genegeerd of verkeerdelijk heeft geïnterpreteerd.

Hoewel de verzoeker kan gevolgd worden waar hij stelt dat het MedCOI-project geen informatie verschaft over de toegankelijkheid tot de nodige medische zorgen, verliest de verzoeker uit het oog dat de arts-adviseur zijn oordeel omtrent de toegankelijkheid heeft gebaseerd op andere objectieve en verifieerbare bronnen en op de specifieke elementen die het geval van de verzoeker kenmerken. De informatie waarop de arts-adviseur beroep heeft gedaan, is ofwel online te consulteren via de in voetnoot vermelde vindplaatsen op het internet, ofwel in het administratief dossier te raadplegen. De verzoeker dwaalt derhalve waar hij meent dat de arts-adviseur zich heeft gebaseerd op een eigen subjectieve mening, gebaseerd op veronderstellingen en vermoedens.

Over de toegankelijkheid van de medische zorgen wordt in het advies van de arts-adviseur van 29 april 2021 als volgt gemotiveerd:

“Allereerst 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 operationele eenheid in het gezondheidssysteem in de Democratische Republiek van Congo is de "Zone de Santé". Het totale systeem is een piramidaal systeem met 3 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 2 interacties: een systeem van doorverwijzing en terugverwijzen. Het eerste niveau omvat 7868 gezondheidscentra die de minimumzorg aanbieden (Paquet Minimum d'Activité). De 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, heilkunde, gynaecologie, verloskunde en pediatrie. Zij dienen te voldoen aan de moderne management standaard. Elke zone omvat ongeveer 100.000 tot 200.000 inwoners waardoor elke zone nogmaals opgedeeld wordt in gebieden van 5.000 tot 10.000 inwoners met installatie van een gezondheidscentrum.

Het intermediaire niveau bestaat uit 11 provinciale gezondheidsdivisies en 65 district gebonden 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 is 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 werkt wel aan een systeem van 'mutualiteiten' onder toezicht van het Ministerie van Arbeid en Sociale Welvaart.³ 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).⁴ 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.⁶ De leden die hun maandelijkse bijdrage aan hun mutualiteit betalen (2,5 tot 4,5 dollar per maand)⁷, 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 haalt geen bewijzen van arbeidsongeschiktheid aan. Er kan dus vanuit gegaan worden dat betrokkene zelf kan instaan voor de nodige kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Uit de asielaanvraag van betrokkene blijkt dat zijn drie meerderjarige kinderen in het herkomstland verblijven. Het lijkt erg onwaarschijnlijk dat betrokkene niet bij hen terecht kan voor eventuele (financiële) hulp en opvang.

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).

Niets verhindert betrokkene om terug te keren. Het staat betrokkene vrij hiertoe een beroep te doen op de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) om zo de nodige steun te verkrijgen voor een terugreis. Ook beschikt de IOM over een Reïntegratiefonds dat als doel heeft een duurzame terugkeer naar en reïntegratie in het land van herkomst te vergemakkelijken. Dit fonds is ontworpen om mensen bij te staan in het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Reïntegratiebijstand kan het volgende bevatten: beroepsopleidingen, opstarten van kleine zakenprojecten, kosten om een cursus of opleiding te volgen, kosten om informatie over beschikbare jobs te verkrijgen, bijvoorbeeld door middel van tewerkstellingsbureaus, accommodatie/huur, extra bagage."

De verzoeker argumenteert dat ten onrechte werd geconcludeerd dat hij kan instaan voor de nodige kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Diengaangaande wijst de Raad er vooreerst op dat de motivering omtrent de toegankelijkheid van de nodige medische zorgen in het land van herkomst in haar geheel moet worden gelezen om te beoordelen of de verweerder op deugdelijke wijze is gekomen tot zijn besluit. Zo wordt niet enkel verwezen naar de algemene informatie omtrent het gezondheidssysteem, mutualiteiten en andere overheidsprogramma's en bijstand in D. R. C., maar ook op het gegeven dat de verzoeker geen bewijzen van arbeidsongeschiktheid aanhaalt en het gegeven dat de verzoeker verklaard heeft dat zijn drie meerderjarige kinderen in het herkomstland verblijven. Daarnaast wijst de arts-adviseur ook nog op de mogelijkheid tot ondersteuning door de IOM.

Tegen de vaststelling dat de verzoeker geen bewijzen van arbeidsongeschiktheid bijbrengt, brengt de verzoeker in dat men weet dat dergelijke bewijzen niet bestaan zonder verblijfstitel. Het betreft echter een loutere en ongestaafde bewering, die de vaststelling van de arts-adviseur niet onderuit kan halen. Wat er ook van zij, hoe dan ook moet worden vastgesteld dat de verzoeker geen enkel attest heeft bijgebracht waaruit blijkt dat hij arbeidsongeschikt zou zijn. Van een foutieve feitenvinding is ter zake dan ook geen sprake.

In de mate dat de verzoeker voorhoudt dat uit de voorgelegde medische attesten blijkt dat hij om medische redenen niet kan werken, kan hij niet worden gevolgd. Zoals hoger reeds werd opgemerkt, blijkt uit de door de verzoeker in het kader van zijn aanvraag voorgelegde medische stukken niet dat er een nieuwe opname op til zou zijn. Voorts kan niet worden ingezien waarom een medicamenteuze behandeling en de aandoening op zich de verzoeker *ipso facto* arbeidsongeschikt zou maken. De beoordeling hiertoe ligt uiteraard bij de arts-adviseur, die als enige bevoegd is om de toegankelijkheid van de nodige medische zorgen te beoordelen. Het komt niet aan de Raad toe om deze beoordeling over te doen. De verzoeker licht voorts niet *in concreto* toe welke elementen, die voorlagen op het moment van de bestreden beslissing, precies tot de conclusie hadden moeten leiden dat de verzoeker arbeidsongeschikt is. In de stukken van het administratief dossier wordt alleszins niet vermeld dat de verzoeker om medische redenen niet in staat is te werken. De verzoeker maakt derhalve niet concreet aannemelijk dat de arts-adviseur buiten elke redelijkheid om of in strijd met de voorliggende gegevens zou hebben geoordeeld dat ervan kan worden uitgegaan dat de verzoeker zelf kan instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

De arts-adviseur heeft tevens vastgesteld dat de verzoeker volgens zijn eigen verklaringen "*drie meerderjarige*" kinderen heeft die in zijn land van herkomst verblijven. Deze vaststelling vindt steun in de stukken van het administratief dossier, waaruit blijkt dat de verzoeker heeft verklaard dat zijn kinderen V. M. (°1996), M. M. (°1996) en E. M. (°1998) in Kinshasa verblijven. Dat de verzoeker blijkens de bijlage 13septies van 5 februari 2021 heeft verklaard dat hij nog twee kinderen, met name M. N. S. (°2002) en ook een zoon geboren in 2020, heeft die in België verblijven, is dan ook geenszins in strijd met de vaststellingen van de arts-adviseur. De verzoeker beweert dat uit stuk 1 van zijn stukkenbundel blijkt dat zijn drie kinderen in België verblijven. Dit stuk 1 betreft echter een kopie van de thans bestreden beslissing en het bijhorende medisch advies, waarin geenszins melding wordt gemaakt van het gegeven dat verzoekers drie kinderen in België zouden verblijven. De verzoeker poneert voorts enkel, doch hij toont niet concreet aan dat de arts-adviseur er niet vermocht vanuit te gaan dat de verzoeker mogelijks bij zijn drie meerderjarige kinderen in D.R.C. terecht kon voor eventuele financiële hulp en opvang. De arts-adviseur heeft overigens enkel gesteld dat het erg onwaarschijnlijk is dat de verzoeker niet bij zijn drie kinderen in D.R.C. terecht zou kunnen voor eventuele (financiële) hulp en opvang, hetgeen door de verzoeker niet wordt ontkracht.

Gelet op het geheel van de ter zake gehanteerde motieven, maakt de verzoeker met zijn betoog niet aannemelijk dat in het medische advies op grond van onjuiste feitelijke gegevens of op kennelijk onredelijke wijze wordt geconcludeerd dat "*de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor zijn leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Congo DRC.*" Verzoekers standpunt dat hij, bij gebrek aan behandeling, gehospitaliseerd zou moeten worden of zelfmoord zou kunnen plegen, doet hieraan geen afbreuk. De verzoeker heeft immers niet aangetoond dat de arts-adviseur de voorliggende gegevens niet correct heeft beoordeeld waar hij vaststelt dat de behandeling en opvolging in D.R.C. wel degelijk beschikbaar en toegankelijk zijn.

Uit het voorgaande blijkt dat de verzoeker niet aannemelijk maakt dat de gemachtigde, door zich bij het nemen van de bestreden beslissing te steunen op het advies van de arts-adviseur van 29 april 2021, op

basis van een niet correcte feitenvinding of op kennelijk onredelijke wijze tot de bestreden beslissing is gekomen. De schending van de materiële motiveringsplicht of van het evenredigheidsbeginsel kan niet worden aangenomen. Aangezien uit de voorgaande bespreking tevens volgt dat er niet wordt aangetoond dat niet werd uitgegaan van een correcte feitenvinding, kan evenmin een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel worden vastgesteld.

In de mate dat de verzoeker zich tevens beroept op een schending van artikel 3 van het EVRM, wijst de Raad erop dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) 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*).

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

In medische aangelegenheden heeft het EHRM voor het eerst in een arrest van 2 mei 1997 besloten tot een schending van artikel 3 van het EVRM wegens de uitzetting van een ernstig zieke vreemdeling. In dat arrest heeft het Hof vooreerst een hoge drempel gehanteerd om te besluiten tot die schending. Het EHRM oordeelde dat deze zaak gekenmerkt was door “*zeer uitzonderlijke omstandigheden*”, te wijten aan het feit dat de vreemdeling leed aan een ongeneeslijke ziekte en dat zijn levenseinde nabij was, dat er geen garantie was dat hij verpleging of medische zorg zou kunnen krijgen in zijn land van herkomst of dat hij daar familie had die voor hem zou willen en kunnen zorgen, of dat hij enige andere vorm van morele of sociale steun kreeg (EHRM 2 mei 1997, nr. 30240/96 inzake *D. tegen het Verenigd Koninkrijk*).

In het arrest *N. tegen het Verenigd Koninkrijk* van 27 mei 2008 heeft het EHRM die hoge drempel uitdrukkelijk bevestigd. Het Hof heeft in dat arrest na een overzicht van zijn eigen rechtspraak overwogen dat, alhoewel de meeste gevallen betrekking hebben op de uitwijzing van seropositieve personen, dezelfde principes van toepassing moeten worden verklaard op de uitwijzing van personen die lijden aan een ernstige fysieke of mentale ziekte van nature ontstaan, van aard om ernstige pijnen en inkorting van de levensverwachting te veroorzaken en die een gespecialiseerde behandeling vereisen die mogelijks niet beschikbaar is in het land van herkomst of enkel tegen een aanzienlijke kost. Het Hof geeft toe dat de levenskwaliteit en de levensverwachting van de betrokkene in die zaak achteruit zouden gaan bij een uitwijzing naar Oeganda, doch het stelt vast dat de betrokkene zich niet in een kritieke fase bevindt. Een schending van artikel 3 van het EVRM wordt in die zaak niet aanvaard.

Toch specificeerde het EHRM in deze zaak dat naast de situaties uit de zaak *D. tegen het Verenigd Koninkrijk*, waarin een overlijden imminent is, er ook nog “*andere uitzonderlijke gevallen*” mogelijk zijn waar dwingende humanitaire redenen zich tegen een uitwijzing verzetten (EHRM 27 mei 2008, nr. 26565/05 inzake *N. tegen het Verenigd Koninkrijk*).

Meer recent heeft het EHRM de principes die in de laatstgenoemde zaak worden gehanteerd bevestigd en verijnd dat onder “*andere uitzonderlijke gevallen*” wordt begrepen de situaties, zonder dat er sprake is van onmiddellijk en nakend levensgevaar, waarbij er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland. Slechts in dergelijk geval weerhield de Grote Kamer van het Hof een schending van artikel 3 van het EVRM en werd aldus de hoge drempel van artikel 3 van het EVRM in het geval van ernstig zieke vreemdelingen bevestigd (EHRM 13 december 2016, nr. 41738/10 inzake *Paposhvili tegen België*).

In casu toont de verzoeker dergelijke uitzonderlijke situatie evenwel niet concreet aan, dit temeer in het licht van de vaststellingen van de arts-adviseur die oordeelde dat de verzoeker op medisch vlak in staat is om te reizen naar zijn land van herkomst en dat hij aldaar tevens over de nodige medische zorgen kan beschikken en er toegang toe heeft zodat er geen reëel risico is op een onmenselijke of vernederende behandeling bij een terugkeer naar het herkomstland. De verzoeker brengt geen enkel concreet element aan die deze vaststellingen kan weerleggen.

De Raad kan voor het overige enkel vaststellen dat de verzoeker zich beperkt tot enkele blote beweringen zoals dat zijn gezondheidstoestand na een terugkeer snel zal achteruitgaan, dat hij de behandelingen niet zal kunnen betalen, dat hij er niet over huisvesting beschikt, dat het systeem van gezondheidszorg in zijn land van herkomst zeer precair is, dat een plotse onderbreking van het genot van de Belgische faciliteiten tot psychologische en mogelijks fysieke pijnen zou leiden, dat er geen adequate behandeling beschikbaar is in zijn land van herkomst, dat hij bij gebrek aan behandeling gehospitaliseerd zou moeten worden en ook zelfmoord waarschijnlijk is en dat hij in D.R.C. niemand meer heeft die hem kan steunen, waarmee hij hoegenaamd niet concreet aannemelijk maakt dat zijn persoonlijke situatie onder de hoger toegelichte "*zeer uitzonderlijke gevallen*" valt. De verzoeker toont voorts ook niet concreet aan dat hij thans geen meerderjarige kinderen meer heeft die in D.R.C. verblijven. Loutere beweringen omtrent een gevaar voor het leven en de fysieke integriteit of omtrent een risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, volstaan uiteraard niet om aan te tonen dat er ernstige aanwijzingen zijn dat er een reëel risico bestaat op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van de gezondheidstoestand met intens lijden tot gevolg of aanzienlijke verkorting van de levensverwachting door het gebrek aan of toegang tot een adequate behandeling van de ziekte in het ontvangstland.

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

Tot slot wordt nog opgemerkt dat de thans bestreden beslissing geenszins de gedwongen repatriëring van de verzoeker betreft, en dat in deze beslissing ook nergens wordt gesteld dat de verzoeker de openbare orde zou schenden, gelet op de betrapting op heterdaad voor enkele diefstallen. Deze kritiek, die niet gericht is tegen de thans bestreden beslissing, is niet ontvankelijk.

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

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

Het beroep tot nietigverklaring wordt verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op vierentwintig november tweeduizend eenentwintig door:

mevr. C. DE GROOTE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

C. DE GROOTE