

VADEMECUM MÉDICAL

ANNEXES

Version 3: Juillet 2024
Gestion Médicale Fedasil

Table des matières

Annexe 1: Régularisation pour raison médicale – 9ter.....	3
Annexe 2: Labeling Match-It	5
Annexe 3: Intake Médical –catégories prioritaires Centre d’Arrivée	21
Annexe 4: Questionnaire standard de prise en charge médicale.....	23
Annexe 5: Info-formulaire de consentement pour l'administration des vaccinations de rappel nécessaires	25
Annexe 6: : Directives pour la prescription et la délivrance de produits pharmaceutiques.....	28
Annexe 7: Attestation médicale de Mutilation Génitale Féminine (MGF)	34
Annexe 8: Textes légaux sur le secret professionnel	39
Annexe 9: Cadre juridique des frais médicaux.....	42
Annexe 10: Convention.....	44
Annexe 11: Loi accueil. Remboursement des soins paramédicaux et psychologiques	51
Annexe 1: Exceptions aux soins médicaux de l'assurance obligatoire et aux soins médicaux non couverts par l'Agence.....	52
Annexe 2: Exceptions à l'assurance obligatoire des soins médicaux et des soins médicaux non assurés par l'Agence	52
Annexe 12: Nomenclature des numéros des prothèses dentaires	54
Annexe 13: Demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux.....	55
Annexe 14: Informations sur la Tuberculose pour les membres du personnel	58
Annexe 15: Checklist pour dépistage périodique de la Tuberculose.....	64
Annexe 16: Directives sur la politique de lutte contre la varicelle dans les structures d'accueil collectives.....	65
Annexe 17: Directives sur la politique de lutte contre la gale dans les structures d'accueil collectives	71
Annex 18: Directive sur la substitution médicale dans les centres d'accueil collectifs	77
Annexe 1: Aperçu des centres d'expertise en matière de conseil en toxicomanie.....	84
Annexe 2: Convention interne entre la personne sous traitement de substitution et le centre d'accueil	86
Annexe 3: Informations complémentaires sur la prescription de substitution pour les médecins et les infirmières	88
Annexe 4: Contrat standard de l'Inspection provinciale de la santé entre la personne sous traitement de substitution, le médecin et le pharmacien	92
Annexe 19: Modalités organisationnelles des consultations psychologiques et conditions de remboursement pour les résidents en structures d'accueil.	95
Annexe 20: Fiche type sur les violences intrafamiliales.....	99
Annexe 21: Checklist Mutilations Génitales Féminines.....	102
Annex 22: Medical Screening Resettlement Belgium.....	105

Annexe 1: Régularisation pour raison médicale – 9ter

<p style="text-align: center;">SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR Direction générale de l'Office des Etrangers</p> <p style="text-align: center;">CERTIFICAT MEDICAL</p> <p style="text-align: center;">destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers</p>

A l'attention du médecin : Prière de remettre ce certificat au / à la concerné(e). Il / elle se chargera de sa communication au Service intéressé.

NOM ET PRENOM du patient :

DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

SEXE :

A/ Historique médical :

B/ DIAGNOSTIC : description détaillée de la nature et du degré de gravité des affections sur base desquelles la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'Article 9ter est introduite¹

Il est dans l'intérêt du patient que des pièces justificatives (p.ex. rapport émanant d'un médecin-spécialiste) soient produites pour chaque pathologie.

C/ Traitement actuel et date du début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B :

- Traitement médicamenteux/ matériel médical

- Intervention / Hospitalisation (fréquence / dernière en date)

- Durée prévue du traitement nécessaire

¹ Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

D/ Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement ?

E/ Evolution et pronostic de la / des pathologie(s) mentionnée(s) à la rubrique B

F/ Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ?

G/ Nombre d'annexes jointes au présent certificat :

Date :

NOM, signature et cachet du médecin :

n° INAMI :

ATTENTION – Remarques importantes

L'Office des Etrangers doit pouvoir identifier le médecin intervenant dans le dossier. Il est donc dans l'intérêt du patient que le nom et numéro INAMI du médecin soient lisiblement indiqués.

L'Office des Etrangers a le droit de faire vérifier la situation médicale du patient par un médecin désigné par l'administration (Article 9ter)²

Avec l'accord du patient, le présent certificat médical peut être accompagné d'un rapport médical plus détaillé (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

² Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

Annexe 2: Labeling Match-It

La labélisation tant des centres d'accueil que des résidents ayant des problèmes médicaux est basée sur 14 grands groupes regroupés en 2 catégories :

INFRASTRUCTURE

TYP	Type infrastructure
INFRA	Infrastructure du centre et/ou chambre
KIT	Cuisine
LOC	Localisation du centre d'accueil par rapport à l'hôpital / aux soins (spécialisés)
MOB	Mobilité

SOINS

AUT	Autonomie
CARE	Aide quotidienne
MEDCARE	Soins médicaux

MEDPER	Permanence médicale
MOB	Mobilité
PER	Permanence générale
PSY	Problèmes psychologiques avec dysfonctionnement grave
SOC	Accompagnement social
TRANSF	Demande de transfert
ISOL	Chambre d'isolement

Ces 14 groupes ont été divisés en plusieurs sous-groupes ou labels.

Vous trouverez ci-dessous la description des caractéristiques (tant en termes d'infrastructure que d'encadrement) auxquelles l'ILA / centre d'accueil doit répondre pour obtenir ce label.

NB : Une COMBINAISON ou l'attribution de plusieurs labels à une même chambre / maison / bloc ou structure d'accueil est certainement possible et même prévue !

- Par exemple, si un assistant social est présent tous les jours (SOC4) et qu'il est également présent toutes les semaines (SOC2), il faut alors attribuer les deux étiquettes à la structure d'accueil.
- Par exemple, une maison ou une chambre accessible aux fauteuils roulants et disposant d'une salle de bain privée avec WC, douche et lavabo est étiquetée : MOB 2, INFRA 1, INFRA 2 et INFRA 3.

Labels d'infrastructure

TYP = Type d'infrastructure

TYP 1	Grande structure d'accueil collective (> 500 places)
TYP 2	Structure d'accueil collective de taille moyenne (100 à 500 places)
TYP 3	Petite structure d'accueil collective (10 à 100 places)
TYP 4	Structure d'accueil semi-collective (max 10 places)
TYP 5	Une maison pour une famille
TYP 6	Studio pour une personne
TYP 7	Chambre pour une personne

INFRA = Infrastructure par habitation/chambre

INFRA 1	<p>lavabo individuel (pour une personne isolée ou 1 famille)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour des raisons médicales (par exemple des soins spécifiques), cette personne a besoin d'un lavabo dans sa chambre • le reste du sanitaire peut être commun
----------------	---

INFRA 2	<p>WC individuel (pour une personne isolée ou 1 famille)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour des raisons médicales cette personne a besoin d'un WC dans la chambre • le reste du sanitaire peut être commun
INFRA 3	<p>douche individuelle (pour une personne isolée ou 1 famille)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour des raisons médicales, cette personne a besoin d'une douche dans sa chambre et ne peut pas utiliser les douches communes • le WC peut être commun

KIT = Cuisine et possibilité de cuisiner

KIT 1	<p>cuisine collective</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans la structure d'accueil il y a uniquement une cuisine collective (catering) avec service • les résidents n'ont pas la possibilité de cuisiner eux-mêmes
KIT 2	<p>possibilité de cuisiner soi-même</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans la structure d'accueil il y a une cuisine collective (catering) avec service • il y a aussi possibilité de cuisiner soi-même (éventuellement à tour de rôle ou selon certaines règles de la structure d'accueil)
KIT 3	<p>cuisine individuelle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • dans la structure d'accueil il n'y a pas de cuisine collective (catering) avec service • tous les résidents doivent cuisiner eux-mêmes
KIT 4	<p>livraison à domicile des repas</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans la structure d'accueil il n'y a pas de cuisine collective (catering) avec service et le résident n'est pas dans la possibilité de faire la cuisine lui-même • les repas sont livrés préparés à domicile.

LOC = Environnement de la structure d'accueil

LOC 1	la structure est éloignée/isolée
LOC 2	<p>Bonne accessibilité en transport public aux différents services (CPAS, poste, commerces, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • transport public à max.15 minutes de la structure d'accueil • transport public à max. 30 min. des services publics
LOC 3	<p>bonne accessibilité à pied des différents services</p> <ul style="list-style-type: none"> • à max 20 min de la structure d'accueil
LOC 4	<p>la proximité d'un grand hôpital / régional / universitaire de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'hôpital est bien accessible avec le transport public et se trouve à max. 45 min de la structure d'accueil

LOC 5	<p>accessibilité rapide à un hôpital avec un service de dialyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • la structure d'accueil se trouve à proximité d'un hôpital avec service de dialyse • bien accessible en transport public (max. 30 min) ou en taxi ou par un service organisé par l'hôpital
LOC 6	<p>accessibilité rapide à l'hôpital avec chimio/radiothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • la structure d'accueil se trouve à proximité d'un hôpital avec service d'oncologie • bien accessible en transport public (max 30 min.) en taxi ou par un service organisé par hôpital
LOC 7	<p>Proximité d'une IMP (Institut Médico-Pédagogique)</p> <ul style="list-style-type: none"> • à proximité de la structure d'accueil se trouve une institution spécialisée : IMP • cette institution est bien accessible en transports public (max. 45 min) ou par les transports organisés par l'institution
LOC 8	<p>Proximité d'un centre de revalidation</p> <ul style="list-style-type: none"> • à proximité de la structure d'accueil se trouve un centre de revalidation • cette institution est bien accessible en transport public (max. 45 min)
LOC 9	<p>proximité d'une psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> • à proximité de la structure d'accueil se trouve un centre psychiatrique • cette institution est bien accessible en transport public (max. 45 min)
LOC 10	<p>accessibilité d'une pharmacie à pied (par exemple, prise de méthadone quotidienne)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • une pharmacie à proximité immédiate de la structure d'accueil permettant au résident de s'y rendre à pied pour chercher sa médication • max. 20 min à pied de la structure d'accueil
--	---

MOB = Mobilité

MOB 1	<p>mobilité réduite (béquilles, prothèse, malvoyance, effort physique limité suite à une autre problématique médicale)</p> <ul style="list-style-type: none"> • accès à la structure d'accueil au niveau de la rue ou à quelques marches pourvues d'une rampe d'accès • chambre au rez-de-chaussée ou avec quelques marches seulement (max. 3, avec rampe) ou accessible par ascenseur • toutes les facilités (cuisine et salle à manger ou réfectoire, salon et/ou salle de détente, buanderie...) se trouvent au rez-de-chaussée ou sont accessibles avec quelques marches (max. 3) ou par ascenseur • si présence de marches ou des escaliers : tout doit être pourvu de rampes • salle de bain et toilettes doivent être munis de rampes • si structure d'accueil individuelle : avoir le transport public à proximité (voir LOC 2) et/ou à proximité de commerces, pharmacie, médecin généraliste (voir LOC 3) et soins à domicile possibles
MOB 2	<p>accessible aux chaises roulantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • logement au rez-de-chaussée • accès à la structure d'accueil au niveau de la rue ou pourvue d'une rampe d'accès

- toutes les portes sont suffisamment larges (min. 85 à 90 cm) pour le passage d'une chaise roulante
- chambre au rez-de-chaussée ou accessible par un ascenseur assez large (dans ce cas, prévoir également un escalier d'urgence assez large avec éventuellement un ascenseur mécanique en cas d'incendie !)
- la chambre est large et le lit est facilement accessible pour personne en chaise roulante (pas de lits superposés et pas trop bas, de préférence un lit médical)
- les communs sont accessibles pour chaise roulante : cuisine, salle à manger et/ou salon ou réfectoire, espace de détente, buanderie,...
- facilités sanitaires (salle de bain, WC...) accessibles pour chaises roulantes :
 - salle de bains avec une large porte sans marchepied , un lavabo sous lequel une chaise roulante peut passer, une douche spacieuse sans marches (sans baignoire) et avec une chaise pliable ou mobile...
 - WC : espace suffisant pour se déplacer (espace pour chaise roulante : min. 90 cm d'espace libre à côté de la cuvette et min. 120 cm d'espace libre devant la cuvette) ; une poignée ou un support fixe au côté fermé de la cuvette, une poignée pliable côté transfert de la cuvette, des accessoires accessibles et utilisables en étant assis sur la cuvette de la toilette...
- cuisinière, frigidaire, armoires... facilement accessible et utilisable pour personnes en chaise roulante
- les accessoires et ustensiles sont accessibles et utilisables en position assise
- si place d'accueil individuel : à proximité des magasins, de la pharmacie, du médecin généraliste (voir LOC 3) et soins à domicile possibles

Labels de service

AUT = Autonomie

Remarque : ceci est seulement valable pour des personnes isolées qui n'ont pas de famille pour assurer cette aide.

<p>AUT 1</p>	<p>Besoin d'aide-ménagère 1x/semaine : possible dans toutes les ILA</p> <ul style="list-style-type: none"> la personne est seule et a besoin d'une autre personne qui une fois/semaine, l'aide à faire le ménage p.ex. pour nettoyer la maison (p.ex. personne en chaise roulante, personne aveugle,...)
<p>AUT 2</p>	<p>Besoin d'aide-ménagère 1x/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> la personne est seule et a besoin d'une autre personne qui 1x/jour, l'aide pour faire ses achats, à cuisiner et faire le ménage (p.ex. personne en chaise roulante, personne aveugle,...)

CARE = des soins journaliers

<p>CARE 1</p>	<p>Besoin d'aide pour se laver (1 à 2x/week) : possible dans toutes les ILA</p> <ul style="list-style-type: none"> en général, la personne est assez autonome, mais a besoin d'aide une ou deux fois par semaine pour se laver, par exemple pour prendre une douche ou un bain la personne est isolée ou la famille ne peut pas l'aider.
<p>CARE 2</p>	<p>Besoin d'aide pour se laver et s'habiller (1 à 2 fois par jour)</p> <ul style="list-style-type: none"> la personne est plus ou moins autonome, mais a besoin d'aide le matin et le soir pour se laver, s'habiller et se déshabiller la personne est isolée ou la famille ne peut pas l'aider

CARE 3	<p>Besoin d'aide pour manger</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne a besoin d'aide pour préparer sa nourriture p.ex. : couper la viande, préparer ses tartines, verser une boisson dans un verre, ..., mais sait manger toute seule • la personne a besoin d'aide pour manger (ne peut pas manger toute seule)
CARE 4	<p>Besoin d'aide pour l'incontinence</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne peut utiliser une toilette, mais ne peut s'y rendre seule et doit être aidée à chaque fois qu'elle a besoin d'aller à la toilette (y compris la nuit) • cette personne ne peut pas employer la toilette et porte des couches pour incontinence qui doivent être changés régulièrement (y compris la nuit)
CARE 5	<p>Grabataire/alitée</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne est complètement dépendante • la personne a besoin d'aide 24/24

MEDCARE = Medication et soins

MEDCARE 1	<p>Besoin d'aide pour la prise des médicaments (pilulier) 1x/semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • une infirmière (externe) passe 1 x / semaine pour préparer dans un pilulier les médicaments pour 1 semaine • la personne prend alors elle-même chaque jour les médicaments préparés
------------------	--

MEDCARE 2	<p>soins à domicile 2x/semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne a besoin de soins médicaux et/ou infirmiers max 2x/semaine (par exemple, soins des plaies, injection)
MEDCARE 3	<p>soins à domicile 2x/jour (en semaine)</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne a besoin de soins médicaux et/ou infirmiers max 2x/jour (jours ouvrables) (par exemple, soins des plaies, injection)
MEDCARE 4	<p>soins à domicile intensifs 2x/jour et 7/7</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne a besoin de soins médicaux et/ou infirmiers deux fois par jour (par exemple, soins intensifs des plaies, injections, perfusion...) et également 7 jours sur 7 (y compris les week-ends et les jours fériés). • P.ex. traitement DR-TB avec Meronem est possible: <ul style="list-style-type: none"> ○ l'infirmière à domicile passe 2x/jour pour donner une perfusion ○ cette perfusion coule environs pendant 30 min ○ entre les 2 perfusions, il faut environ 10 heures d'intervalle ○ ce traitement se fait chaque jour aussi pendant le WE ○ la durée totale du traitement est de 18 à 24 mois
MEDCARE 5	<p>Soins paramédicaux 2x/semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne a besoin de soins paramédicaux (autres que de soins infirmiers) max 2x/semaine (par exemple, kinésithérapie,...)

MEDCARE 6	<p>Soins paramédicaux 1x/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> la personne a besoin de soins paramédicaux (autres que de soins infirmiers) max 1x/jour (par exemple, kinésithérapie,...)
------------------	--

MEDPER = permanence (para)médicale

MEDPER 1	<p>La présence d'une infirmière pendant les heures ouvrables</p> <ul style="list-style-type: none"> pendant les heures ouvrables et durant les heures ouvrables, présence d'une infirmière dans la structure d'accueil
MEDPER 2	<p>La présence d'un médecin pendant des heures ouvrables fixes</p> <ul style="list-style-type: none"> pendant les jours ouvrables et durant les heures ouvrables, des heures sont fixées sur la disponibilité d'un médecin dans la structure d'accueil (sur rendez-vous ou non)
MEDPER 3	<p>La possibilité d'appeler un médecin en dehors des heures ouvrables</p> <ul style="list-style-type: none"> il est possible de faire appel à un médecin de garde en dehors des heures ouvrables pendant la semaine ainsi que le WE et jours fériés. <p>NB : la structure d'accueil doit pouvoir disposer d'une liste de médecins de garde appelable dans la région où elle est implantée</p>
MEDPER 4	<p>La présence d'une infirmière 24/24</p> <ul style="list-style-type: none"> dans la structure d'accueil une infirmière et/ou soignant(e) est présente 24/24

PER = permanence normale

PER 1	<p>Permanence téléphonique pendant les heures ouvrables</p> <ul style="list-style-type: none"> • un membre du personnel (accompagnement, accueil, sécurité...) est joignable par téléphone durant les heures ouvrables
PER 2	<p>Permanence téléphonique 24/24 et 7/7</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24/24 un membre du personnel (accompagnement, accueil, sécurité...) est joignable par téléphone
PER 3	<p>Une permanence sur demande</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un membre du personnel (accompagnement, accueil, sécurité,...) est présent et joignable sur demande pendant certaines heures (ouvrables) dans la structure d'accueil
PER 4	<p>Une permanence présente à des moments précis</p> <ul style="list-style-type: none"> • à des moments précis, pendant les heures ouvrables, un membre du personnel (accompagnement, accueil, sécurité,...) est toujours présent et joignable dans la structure d'accueil
PER 5	<p>Une permanence présente pendant les heures ouvrables</p> <ul style="list-style-type: none"> • pendant les heures ouvrables, il y a toujours un membre du personnel (accompagnement, accueil, sécurité, ...) présent et joignable dans la structure d'accueil
PER 6	<p>Une permanence présente 24/24 et 7/7</p>

	<ul style="list-style-type: none"> il y a toujours, 24/24, un membre du personnel (accompagnement, accueil, sécurité,...) présent et joignable dans la structure d'accueil
--	---

PSY = accompagnement psychologique

PSY 1	<p>Accompagnement psy externe</p> <ul style="list-style-type: none"> la personne réside dans une structure d'accueil et reçoit 1 à 2 x/mois un accompagnement psychologique/psychiatrique en dehors de la structure d'accueil
PSY 2	<p>Accompagnement psy interne</p> <ul style="list-style-type: none"> la personne réside dans une structure d'accueil et reçoit 1 à 2 x/mois un accompagnement psychologique/psychiatrique dans la structure d'accueil cet accompagnement peut se faire par un soignant inter ou externe qui est présent dans le centre à des moments précis
PSY 3	<p>Accompagnement psy intensif et résidentiel (type CARDA)</p> <ul style="list-style-type: none"> cette personne se trouve dans une structure d'accueil où un accompagnement psychologique intensive pour cette personne est possible de temps en temps pendant le WE cette personne peut retourner dans sa propre structure d'accueil

SOC = permanence sociale

SOC 1	L'assistant social est joignable par téléphone pendant les heures ouvrables
--------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> l'assistant social est seulement joignable par téléphone pendant les heures ouvrables et ne visite pas les résidents
SOC 2	L'assistant social passe une fois par semaine <ul style="list-style-type: none"> l'assistant social a un jour par semaine pour visiter les résidents
SOC 3	L'assistant social passe quotidiennement <ul style="list-style-type: none"> l'assistant social passe chaque jour pendant les heures ouvrables dans la structure d'accueil
SOC 4	L'assistant social est présent dans la structure d'accueil pendant les heures ouvrables <ul style="list-style-type: none"> l'assistant social est présent et joignable dans la structure d'accueil chaque jour pendant les heures ouvrables
SOC 5	Permanence téléphonique avec l'assistant social 24/24 <ul style="list-style-type: none"> une assistant social est joignable par téléphone 24/24
SOC 6	Accompagnement sociale individuel et intensif <ul style="list-style-type: none"> selon la situation du résident un accompagnement individuel et intensif peut être prévu pour ce résident

TRANSF = demande de transfert

TRANSF 1	contact service médical nécessaire avant la demande de transfert
-----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • avant chaque demande de transfert, le service médical doit être contacté pour demander si la personne a besoin de médicaments, ou des examens urgents encore à faire et pour lui donner son dossier médical
--	---

ISOL = chambre d'isolement

ISOL 1	<p>Chambre d'isolement</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 chambre d'isolement doit être prévue dans chaque centre et toujours disponible lorsqu'une personne atteinte d'une maladie infectieuse doit être isolée d'urgence.
---------------	---

Annexe 3: Intake Médical –catégories prioritaires Centre d'Arrivée

CODE		PRIOR 1	PRIOR 2
U	Condition ou blessure aiguë (ou aiguë sur chronique) majeure : <ul style="list-style-type: none"> - symptômes sévères, - complications potentiellement graves, - mauvais état général, - crise d'angoisse. 	Ex : Fièvre, douleur abdominale aiguë sévère, vomissements, diarrhée aiguë, dysurie + malaise, hématurie, entorse sévère, crise de panique, crise hystérique	Donner document pour triage (10h30-11h30)
C	Mise au point de pathologies chroniques (Ex : HTA, Diabète, Epilepsie, problèmes cardio, ...)	Non stabilisée ou présence de signes de gravité	Stabilisée
P	Maladies psychologiques et/ou psychiatriques.	<ul style="list-style-type: none"> - Idéation suicidaire active (plan concret ou TS récente) - Hallucinations diurnes (auditives et/ou visuelles) - Ralentissement ou agitation psychomoteur.rice extrême (état catatonique, agitation aléatoire et intermittente sans raison apparente) - Etat confusionnel (désorientation temporo-spatiale, discours incohérent, incapacité à prêter attention, comportement très désorganisé) 	<ul style="list-style-type: none"> - Idéation suicidaire passive, - Automutilation - Hallucinations nocturnes - Pensées et interprétations bizarres (déconnexion de la réalité), idéologies extrémistes et radicales; - Troubles anxieux, de l'humeur et de stress qui provoquent une grande souffrance - Histoire d'hospitalisation psychiatrique - Trouble psy stable sous traitement prescrit
G	Grossesse / postpartum	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse suite à des abus sexuels - Grossesse non désirée - Avortement - Grossesse a risque - Z2/Z3 sans aucun suivi gynécologique - A terme (Z4) Z2/Z3 sans aucun suivi gynécologique 	Toutes les autres grossesses/ postpartum: Z 1 = 0-3 Z 2 = 4-6 Z 3 = 7-8
V	<ul style="list-style-type: none"> - Victime de violence physique - Torture - Violence sexuelle et liée au genre (SGBV) 	< 72h : toute forme de violence	Toute forme de torture, violence physique extrême, violence sexuelle et SGBV > 72h
H	Les personnes gravement handicapées <ul style="list-style-type: none"> • Physique 	Sans aidant	Avec aidant (famille, amis,...)

	<ul style="list-style-type: none"> • Visuel • Mental sévère (ayant besoin d'aide dans la vie quotidienne). 		
T	Dépendance aux opioïdes ou autres sédatifs/euphorisants (non prescrits)	Symptômes de sevrage et/ou besoin urgent d'ordonnance	Autres
SJ – Sac jaune	Suspicion de gale	X	
FR - Flacon rouge	Infection bactérienne de la peau	X	

Annexe 4: Questionnaire standard de prise en charge médicale

ACCUEIL DEMANDEURS D'ASILE

INTAKE MEDICAL

Structure d'accueil:

Date:

NOM :	Eventuellement photo
PRENOM : sexe : H / F	
D.N :	
Nationalité :	
Numéro SP :	
Composition familiale : H F E	
Langue parlée :	
N° GSM :	

TB SCREENING

OUI / NON	Date:
-----------	-------

PARAMETRES (Optionel : à remplir seulement si nécessaire)

TA :	T° :
Pls :	Pd :

PROFIL MEDICAL

		Lesquels	Dosage
Documents médicaux	OUI / NON		
Maladies chroniques en traitement	OUI / NON		

Médication actuelle	OUI / NON		
Allergies	OUI / NON		
assuétudes	OUI / NON		
Opérations	OUI / NON		
Problèmes psychologiques	OUI / NON		

FEMME			
Gestité :	Parité :	Avortements :	Fausse couche :
Enceinte	OUI / NON	DDR:	Contrôle gynécologue :
Date :		DPA :	
Contraception	OUI / NON	DPA :	
Excision (seulement demander aux femmes des pays à risque)	OUI / NON		

PREVENTION			
Polio à vacciner	OUI / NON		
Rougeole / Oreillons / Rubéole	OUI / NON		
Diphtérie	OUI / NON		
Prise de sang	OUI / NON		
Voulez-vous un vaccin COVID	OUI / NON	Déjà vacciné:	
Test de vision pour enfants 6 – 18 ans		OD:/ 10	OG:/ 10

Annexe 5: Info-formulaire de consentement pour l'administration des vaccinations de rappel nécessaires

Cliquez sur la fiche pdf



autorisation_generale
_compl.pdf

ou utilisez le lien suivant pour accéder au document.

https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/pdf/autorisation_generale_compl.pdf

Remettez aux parents aussi la lettre d'information: "PLUS D'INFORMATIONS SUR L'INVENTION et les maladies contre lesquelles la vaccination est pratiquée".

VOUS POUVEZ CONSERVER CETTE LETTRE À LA MAISON)

PLUS d'informations sur la vaccination et les maladies contre lesquelles on se fait vacciner

Maladies

La poliomyélite (paralysie infantile) peut provoquer une paralysie irréversible.

La diphtérie (croup) peut provoquer une grave inflammation de la gorge et des voies respiratoires avec un risque d'étouffement. Le cœur et les nerfs peuvent également être touchés.

Tétanos (pince) provoque des spasmes musculaires graves et douloureux qui peuvent rendre la respiration impossible.

L'*Haemophilus influenzae* de type b est un germe qui peut provoquer une méningite.

La coqueluche provoque une forte toux dangereuse pour les jeunes bébés.

La rougeole rend l'enfant gravement malade, avec de la fièvre et des éruptions cutanées. La maladie peut s'accompagner de complications telles que la pneumonie et l'encéphalite.

Oreillons (oreille grasse) peuvent entraîner des complications telles qu'une inflammation du cerveau (membrane) et une inflammation du testicule.

La rubéole est une infection fondamentalement inoffensive qui se manifeste par de la fièvre et des éruptions cutanées. La transmission de cette maladie pendant la grossesse peut entraîner des conséquences graves pour le bébé, telles que la surdité, la cécité et des malformations cardiaques.

L'hépatite B est un germe qui provoque une inflammation du foie. Certaines personnes infectées deviennent des porteurs chroniques et risquent de développer une cirrhose et un cancer du foie.

Les méningocoques sont des germes qui peuvent provoquer une méningite ou un empoisonnement du sang.

Les vaccinations recommandées offrent la meilleure protection contre ces maladies. Une nouvelle vaccination est parfois nécessaire pour une protection à long terme.

Vaccination

Votre enfant recevra le(s) vaccin(s) dans la partie supérieure du bras.

Qui vacciner

La vaccination par les centres PMS est gratuite. Si la vaccination se fait en externe chez un médecin généraliste ou un pédiatre, l'achat du vaccin sera à charge de FEDASIL en plus du c t de la consultation.

Réactions après la vaccination

Après la vaccination, votre enfant peut présenter

- un gonflement rouge à l'endroit de la vaccination, qui peut parfois englober tout le bras ;
- un point douloureux et sensible à l'endroit de la vaccination ;
- une sensation de grippe et une légère fièvre ;
- une diminution de l'appétit, des vomissements et des diarrhées.

Ces réactions sont tout à fait normales et disparaissent généralement après quelques jours. Le gonflement de toute la partie supérieure du bras disparaît parfois après 5 jours. Des réactions générales telles que fièvre, maux de tête, douleurs articulaires, éruption cutanée peuvent survenir jusqu'à deux semaines environ après le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Contactez votre médecin généraliste si les symptômes.

Un vaccin, comme tout médicament, peut avoir des effets secondaires. La probabilité qu'un vaccin provoque un effet secondaire grave est exceptionnellement faible.

Annexe 6: Directives pour la prescription et la délivrance de produits pharmaceutiques

10 mai 2017

1. CONTEXTE

La responsabilité pour les actes médicaux posés au sein des structures d'accueil - comme l'administration des médicaments – est une question qui se pose de plus en plus, vu l'absence d'un médecin interne dans plusieurs centres.

Le but de cette instruction est d'expliquer la procédure à mettre en place dans les centres fédéraux pour la délivrance des médicaments et de clarifier le rôle et la responsabilité de chaque intervenant.

La présente instruction remplace la ligne directrice du 9/02/2011 et la note 'distribution des médicaments' du 24/03/2016.

2. LE CADRE JURIDIQUE ET LES RESPONSABILITÉS DE CHAQUE CATÉGORIE PROFESSIONNELLE

2.1. TACHES DU MEDECIN

Seul un médecin a le droit de poser des actes diagnostics et/ou thérapeutiques, tels que la prescription des médicaments.

Cette prescription peut être faite sous forme verbale³, sous forme écrite ou sous forme d'un ordre permanent écrit (« standing order » ou protocoles pour infirmiers).

2.2. TACHES DES INFIRMIERS

2.2.1. Distribution des médicaments

Il ressort de l'art infirmier de préparer, de distribuer et d'administrer les médicaments, quand il y a une prescription médicale ou autrement dit, l'infirmier est responsable pour l'exécution de la prescription.⁴⁵

La *distribution* des médicaments consiste à préparer les médicaments selon la dose prescrite à chaque patient/résident et à apporter ces médicaments au patient ou son superviseur, afin que le patient dispose correctement, sans équivoque et de manière personnalisée de tous les médicaments qu'il doit prendre.

³ Si – dans l'absence du médecin - la prescription est communiquée par lui par téléphone, par radiophonie ou par webcam, le médecin doit confirmer la prescription par écrit dans les meilleurs délais.

⁴ A.R. du 12 janvier 2006 : Arrêté royal fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes

⁵ A.R. 18 juin 1990 : Arrêté royal portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 04/09/1990, 25/11/1991, 27/12/1994, 06/06/1997, 02/07/1999, 07/10/2002, 13/07/2006, 21/04/2007, 25/04/2014 et 29/02/2016.

2.2.2. Administration des médicaments

L'*administration* des médicaments consiste à faire ingérer le médicament au patient. De manière générale, c'est la responsabilité du patient pour autant qu'il soit physiquement et psychiquement en état de prendre ses médicaments lui-même.

Si le patient, en raison de son âge, de l'état de sa maladie, de son état d'esprit ou autre, n'est plus en état de le faire, les médicaments sont administrés par l'infirmier suivant les instructions de la prescription médicale.⁶

2.3. TACHES DES AIDES SOIGNANTS, EDUCATEURS ET PERMANENTS

Le praticien de l'art infirmier peut déléguer un acte à un(e) **aide-soignant(e)** dont il sait qu'il/elle est suffisamment formé(e) et compétent(e). Cet acte est clairement décrit au sein de l'institution dans une procédure élaborée en concertation avec le(s) médecin(s) traitant(s).

2.3.1. L'éducateur

- Peut surveiller la prise des médicaments par un mineur non accompagné : il peut rappeler au mineur qu'il est l'heure de prendre ses médicaments et lui rappeler et indiquer le dosage / la posologie, selon les instructions écrites sur la boîte du médicament à condition que celle-ci est bien identifiée par au moins le nom du mineur et un autre identifiant (la date de naissance ou le n° de badge / de la chambre)
- Peut présenter le pilulier – préparé et identifié par l'infirmier ou le pharmacien - au mineur à l'heure prévue
NB : Il ne doit pas insister sur la prise des médicaments et c'est le mineur qui prend lui-même ses médicaments de son pilulier pour les mettre dans sa bouche !

2.3.2. Le permanent

- Peut surveiller la prise des médicaments par un résident à la demande du médecin traitant : il peut rappeler au résident de prendre ses médicaments et lui rappeler et indiquer le dosage / la posologie, selon les instructions écrites sur la boîte du médicament à condition que celle-ci est bien identifiée par au moins le nom du résident et un autre identifiant (la date de naissance ou le n° de badge / de la chambre)
- Peut présenter le pilulier – préparé et identifié par l'infirmier ou le pharmacien - au résident à l'heure prévue
NB : Il ne doit pas insister sur la prise des médicaments et c'est le résident qui prend lui-même ses médicaments de son pilulier pour les mettre dans sa bouche!
- À la demande d'un résident ou d'un travailleur du centre, il peut présenter et mettre à disposition du résident un nombre limité de médicaments, de produits à usage externe et du matériel médical, qui font partie de la 'boîte premiers secours'.

⁶ Il n'existe aucune limitation légale au type de médicament qu'un infirmier peut administrer. La présence du médecin n'est pas requise pour l'exécution des actes infirmiers. Mais si l'infirmier juge nécessaire la présence du médecin auprès du patient, il ne peut être contraint d'exécuter la prescription. Dans ce cas, il est tenu d'en informer le médecin.

Avant de délivrer un médicament de la boîte de premiers secours, il doit remettre une fiche d'information sur le médicament en question et le résident doit signer le document par lequel il atteste qu'il a compris l'information reçue (Voir <https://infomed.fedasil.be/fr/organisation/instructions/distribution-de-medicaments>)

L'éducateur / le permanent ne pose pas d'acte médical en tant que tel et sa responsabilité ne peut être engagée. Il consigne les refus éventuels de prise de médicaments dans le cahier de suivi afin d'assurer la bonne communication de l'information avec les infirmiers et le(s) médecin(s).

3. DIRECTIVES POUR LES CENTRES D'ACCUEIL CONCERNANT LA DISPENSATION DES MÉDICAMENTS

Il importe de distinguer les médicaments nécessitant une prescription médicale nominative établie par un médecin des médicaments en vente libre et donc sans ordonnance médicale.

3.1. PROCEDURE: LA DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS AVEC UNE ORDONNANCE ENREGISTRÉE

3.1.1. Prescription et délivrance de médicaments avec une ordonnance enregistrée

Le médecin établit la prescription médicale⁷ et la pharmacie délivre les médicaments qui sont prescrits moyennant une prescription médicale nominative au centre. Les médicaments doivent être bien identifiés (nom du résident et un autre identifiant (la date de naissance ou le n° de badge et/ou de la chambre), identification du médicament et la posologie) et ne peuvent pas être réutilisés pour un autre résident.⁸

Soit le patient récupère ses médicaments auprès du service médical, soit l'infirmière lui apporte les médicaments prescrits.

3.1.2. Prise de médicaments sur prescription médicale nominative

Les résidents majeurs⁹ sont des personnes autonomes et libres. Il relève de leur responsabilité de prendre les médicaments prescrits et doivent être au maximum motivés et responsabilisés pour ce faire. Si nécessaire, l'infirmière peut préparer un pilulier - pour une journée ou une semaine entière - afin de faciliter la prise de médicaments par le résident lui-même.

⁷ Une ordonnance médicale conforme contient les éléments suivants :

- Nom et prénom du médecin prescripteur et son code INAMI + son code à barres correspondant
- Nom et prénom du patient, date de naissance ou n° badge / n° de chambre, identifié par le prescripteur lui-même
- Les médicaments prescrits (les produits classés stupéfiants doivent être écrits de la main du médecin et en toutes lettres)
- Le cachet du médecin prescripteur (avec son nom, adresse, numéro INAMI, évt. N° de tél.)
- Toute prescription doit impérativement être datée et signée par le médecin

NB : Le médecin peut mentionner une date ultérieure, à laquelle il souhaite que la prescription soit effectuée.

⁸ Si un médicament n'est pas ou plus utilisé par un résident, celui-ci ne peut pas être réutilisé pour un autre résident, mais doit être récupéré par le service médical pour le restituer à la pharmacie.

⁹ Chaque personne majeure a le droit de refuser un acte médical proposé par un professionnel de santé, après consentement éclairé. En cas d'un mineur, ce droit peut être exercé par le(s) parent(s) ou le tuteur (tutrice).

Pour les enfants et les mineurs accompagnés, la prise des médicaments relève de la responsabilité de leur(s) parent(s). Les parents doivent être au maximum motivés et responsabilisés pour donner les médicaments à leurs enfants, selon les instructions données par le médecin/ service médical.

Un membre du personnel (permanent, éducateur ou assistant social) peut evt. rappeler aux parents que c'est l'heure de donner les médicaments à leur(s) enfant(s) et evt. présenter aux parents le pilulier (préparé par l'infirmier) à l'heure prévue.

Il est recommandé de guider le patient - dans la mesure du possible - dans la préparation de son pilulier. Ceci dans l'intention de lui permettre, à terme, de le faire entièrement seul.

Une aide-soignante peut éventuellement aider à prendre les médicaments par voie orale.

Tout autre membre du personnel (permanent ou assistant social) peut rappeler au patient de prendre ses médicaments et lui proposer le pilulier à l'heure prévue.

3.1.3. Prise de médicaments sur prescription médicale nominative sous surveillance

Parfois une surveillance est indiquée pour s'assurer de la prise correcte des médicaments par le résident (p.ex. médicaments anti-tuberculose, médicaments psychiatriques...).

C'est le médecin qui indique la nécessité d'une surveillance.

Les intervenants ne procèdent pas à l'administration forcée du médicament mais indiquent clairement si le patient ne prend pas ou pas correctement ses médicaments et en avertissent le médecin.

CAS SPÉCIFIQUE: s'il s'agit d'un mineur non accompagné, il est presque toujours préférable que le mineur prenne ses médicaments prescrits sous la surveillance d'une personne majeure (son tuteur, l'infirmier, l'assistant social, l'éducateur ou le permanent), sauf si le médecin estime que le mineur est capable de prendre lui-même ses médicaments.

3.1.3.1. Pendant les heures d'ouverture du service ou bureau médical / présence d'un(e) infirmier/ière¹⁰:

Si le service médical est ouvert, le résident vient à l'heure prévue et l'infirmier administre le médicament prescrit. Il note l'heure de l'administration dans le dossier infirmier / médical.

Si le résident refuse de prendre son médicament, c'est également noté dans le dossier infirmier / médical.

3.1.3.2. En dehors des heures d'ouverture du service médical ou du cabinet médical ou en dehors de leurs heures d'ouverture pour des raisons médicales.

Les médicaments/pilulier¹¹ peuvent être laissés à la réception. Le membre du personnel permanent rappelle alors au résident de prendre son médicament et lui propose son pilulier à l'heure prévue.

¹⁰ Parfois - afin d'éviter toute confusion pour le résident (par exemple avec les résidents ayant des problèmes de santé mentale) - il est approprié que le résident aille toujours chercher ses médicaments à la réception et non au service médical.

¹¹ Exception : des médicaments prescrits à des usagers de drogues comme médicaments de substitution - comme la méthadone... - ne sont jamais laissés à l'accueil.

Note : Il n'incombe pas au membre du personnel permanent d'aller chercher le résident, ni d'insister pour qu'il prenne ses médicaments.¹²

Le pilulier contenant le médicament (prescrit nominativement) doit toujours être correctement identifié (au moins le nom et le dosage du médicament, le nom du patient et toute autre identification, telle que le n° de bain, le n° de chambre, ...).

Le résident prend toujours ses médicaments lui-même. Le permanent note dans un registre : le nom du résident, le numéro de la salle de bain + le numéro de la chambre l'heure de la prise de médicaments, le nom et le dosage du ou des médicaments + le permanent signe lui-même le registre ou fait signer le demandeur d'asile pour confirmer la prise du ou des médicaments.

Si le résident refuse de prendre ses médicaments, cela est également noté dans le journal de bord.

Le jour ouvrable suivant, le journal est vérifié et toute irrégularité et/ou non-admission est signalée au service médical/médecin traitant.

3.2. PROCEDURE: LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE SANS PRESCRIPTION MÉDICALE

3.2.1. La délivrance des médicaments par l'infirmier/ le service médical

Un infirmier ne peut jamais prendre l'initiative de donner et d'administrer un médicament qui nécessite une ordonnance médicale, sauf en cas d'urgence et/ou lors d'une prescription communiquée oralement par le médecin.¹³

Le service médical peut garder une armoire ou dépôt pharmaceutique avec :

- Une trousse d'urgence¹⁴
- Les médicaments prescrits à des résidents déterminés, pendant la période de leur traitement
- Quelques médicaments pour lesquels une prescription nominative par le médecin n'est pas nécessaire et qui sont inclus dans les protocoles pour infirmiers¹⁵

Cette armoire doit être fermée à clef et seulement accessible au personnel du service médical et aux médecins externes.

Tous les médicaments dont le service médical veut / peut disposer (exceptés les prescriptions nominatives) doivent être notés sur une liste.

¹² Exception : un infirmier externe ou médecin peut demander à l'accueil d'aller chercher un résident pour administration des soins médicaux.

¹³ Quand le médecin est présent, l'infirmier répète la prescription et avertit le médecin de son exécution. Dans l'absence du médecin, il / elle note tout acte presté dans le dossier infirmier et le médecin confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais.

¹⁴ Contenu défini et prescrit par le médecin.

¹⁵ Cf. Voir Standing Order sur <https://infomed.fedasil.be/fr/organisation/instructions/distribution-de-medicaments> Procédure pour les médicaments sans ordonnance – Pour les infirmières

Cette liste doit être signée par le(s) médecin(s) traitant(s) qui sont liés au service médical de la structure d'accueil. Le(s) médecin(s) a(ont) le droit de supprimer un médicament dont il estime que son autorisation nominative est nécessaire avant l'administration par les infirmiers du service médical. Le médecin a inversement le droit aussi d'y ajouter des médicaments ou de changer certains produits pharmaceutiques de la liste par d'autres médicaments.

3.2.2. La délivrance des médicaments sans prescription médicale et en vente libre : par le personnel non-médical, à l'accueil ou aux étages

A la réception et/ou dans les étages, il est recommandé de conserver une "trousse de secours" avec quelques médicaments, des produits à usage externe et du petit matériel médical à disposition des résidents pour prodiguer les premiers soins mineurs.

Ce qui peut être mis à la disposition des résidents est décrit sur une liste avec un mot d'explication sur comment et dans quels cas les médicaments, les produits à usage externe et les équipements médicaux doivent être utilisés en fonction de plaintes concrètes. Il faut expliquer au résident comment appliquer le médicament ou le produit. Ensuite, il est vérifié si les explications données ont été effectivement comprises.

Si nécessaire, le service médical peut fournir des explications supplémentaires et organiser des formations sur l'utilisation des différents médicaments et matériels médicaux.

Cette liste de produits pharmaceutiques inclus dans la "trousse de secours" qui peut être mise à la disposition des résidents est très limitée. Cette liste est indiquée dans le protocole "Liste : Trousse de premiers secours".

Tout ce qui figure dans cette liste doit être considéré comme un médicament et doit donc être conservé sous clé. Chaque fois que la "trousse de secours" est utilisée, le permanent ou un autre membre du personnel du centre d'accueil consigne les informations suivantes dans un journal et/ou un agenda : l'heure et la date d'utilisation, le nom du résident, le médicament et le dosage/la quantité donnée + le nom de l'employé.

Le service médical est chargé d'organiser la gestion de cette "trousse de secours". C'est-à-dire que le service médical indique sur la liste la quantité nécessaire pour chaque produit pharmaceutique en fonction de la taille du centre. L'infirmière s'assure ensuite qu'au moins une fois tous les 6 mois (ou au moins deux fois par an), le contenu de l'armoire ou de la mallette de premiers secours est vérifié (Tout est-il complet ? Le stock est-il correct ? Certains produits sont-ils périmés ? Le carnet de bord est-il correctement rempli ?) et que les commandes nécessaires sont passées.

Note: Si le stock ne correspond pas aux indications du journal/journal, le service médical devra rappeler à l'équipe la procédure à suivre. Si le problème persiste, la direction du centre doit en être informée.

Note: Si un médicament particulier est administré à plusieurs reprises au même résident, le service médical doit contacter le résident en question et s'assurer de son état de santé.

Nous vous remercions pour votre collaboration et pour le respect de cette procédure !

Annexe 7: Attestation médicale de Mutilation Génitale Féminine (MGF)

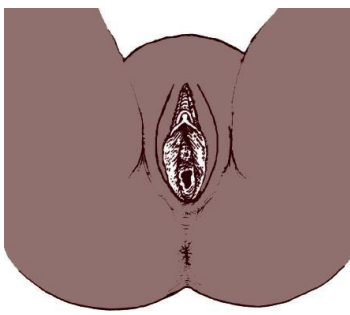
Veillez compléter le présent certificat et le remettre à la personne qui vous le demande. Si elle le souhaite, cette personne transmettra le certificat au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) dans le cadre de sa procédure d'asile ou de la procédure de suivi « mutilations génitales féminines » (« MGF ») en tant que réfugié reconnu. Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet sur : <http://www.cgra.be/fr/mutilations-genitales-feminines>.

Si vous avez des questions sur les mutilations génitales féminines dans le cadre de la procédure d'asile ou sur la procédure de suivi « MGF », vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse : CGRA-CGVS.FGM@ibz.fgov.be.

Établi le : 14521 (date)	Établi par : (données du médecin (cachet))
À : (lieu)	

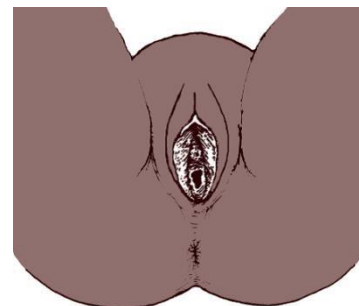
Je soussigné(e), _____ (docteur en médecine), déclare avoir **examiné** Mme/Mlle _____, née le _____ à _____,

et avoir constaté que la situation actuelle est la suivante : (veuillez cocher les cases qui conviennent)

<input type="checkbox"/> Elle n'a pas subi de mutilations génitales féminines.	 <p>Vulve intacte</p>
---	--

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 1**, soit une clitoridectomie, à savoir l'ablation du prépuce ou capuchon du clitoris, avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris.

Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 1 : clitoridectomie

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 2**, c'est-à-dire une excision, à savoir l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres. En conséquence, la cicatrisation peut causer (ou a causé) un rétrécissement partiel de l'orifice vulvaire, de sorte que :

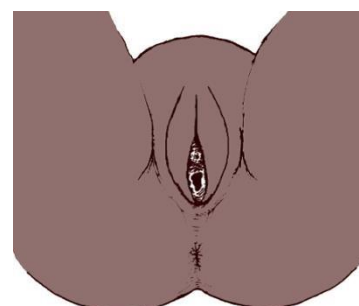
(veuillez cocher la mention qui convient)

l'orifice urétral est libre

l'orifice urétral est recouvert mais l'orifice vaginal n'est pas recouvert

l'orifice urétral est recouvert **et** l'orifice vaginal est recouvert ou partiellement rétréci

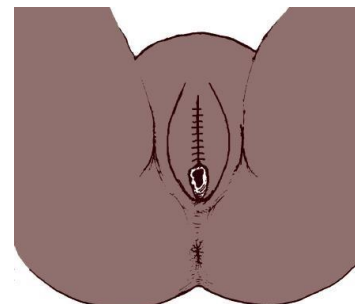
Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 2 : excision

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 3**, c'est-à-dire une infibulation, à savoir le rétrécissement de l'orifice vaginal en créant une fermeture par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du clitoris.

Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 3 : infibulation

Elle avait subi une mutilation de **Type 3**, soit une infibulation, et a bénéficié d'une **désinfibulation partielle / désinfibulation complète** (veuillez barrer la mention inappropriée).

Elle a bénéficié d'une **opération de reconstruction** (veuillez préciser laquelle).

SIGNATURE DU MÉDECIN

Données du médecin (**cachet**) :

Signature :

Les illustrations utilisées dans le présent certificat proviennent de l'illustratrice Clarice, dans : « Mutilations génitales féminines : Guide à l'usage des professions concernées », Bruxelles, 2011.

Annexe 8: Textes légaux sur le secret professionnel

Art. 458 du code pénal: Les médecins, chirurgiens, agents de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes qui, en raison de leur état ou de leur profession, ont connaissance de secrets qui leur sont confiés et les divulguent en dehors de l'affaire où ils sont appelés à témoigner devant un tribunal (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et en dehors de l'affaire où la loi les oblige à divulguer des secrets, sont passibles d'une peine d'emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent à cinq cents €.

En cas d'urgence, le médecin a le droit de rompre le devoir de silence et non le devoir. Un médecin ne peut jamais être obligé de parler.

Dans le cadre de la protection des mineurs, l'article 458 bis a été ajouté afin que le médecin ne puisse révéler des secrets qu'au Procureur de la République et sous certaines conditions.

La nouvelle loi du 30 novembre 2011 a introduit des modifications à l'article 458 bis du Code pénal, étendant les exceptions à d'autres personnes vulnérables (victimes de violences entre partenaires, d'agressions, d'abus sexuels, d'actes de pédophilie, ...).

Note : le secret professionnel dans le PCT ne peut être rompu qu'avec le consentement du jeune. Toutefois, si cela est dans l'intérêt du jeune, le secret professionnel peut être partagé, mais sans donner de détails.

1. CODE D'ETHIQUE MEDICALE

Remarque : nouveau code applicable depuis mars 2018 : est beaucoup plus court et comporte beaucoup moins d'articles

(www.ordomedic.be)

1.1. LE SECRET PROFESSIONNEL DU MÉDECIN

Art. 57. Le secret professionnel couvre tout ce que le médecin a vu, entendu, découvert ou reçu dans le cadre ou à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Dans des limites explicitement définies, des exceptions légales s'appliquent aux cas énumérés ci-dessous :

- la déclaration aux inspecteurs sanitaires des maladies épidémiques transmissibles, dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi
- la déclaration aux inspecteurs sanitaires des maladies vénériennes, conformément à la législation sur la prévention de ces maladies

Art. 61. Si un médecin soupçonne qu'une personne vulnérable est maltraitée, abusée, exploitée, agressée ou négligée, il doit immédiatement prendre les mesures nécessaires pour protéger cette personne.

Art. 67. Le médecin a le droit, mais n'est pas obligé, de fournir à un patient qui le demande un certificat concernant son état de santé.

Le médecin peut refuser un certificat. Il est le seul à décider du contenu et de l'opportunité de le

remettre au patient.

Lorsqu'un patient demande un certificat aux fins d'avantages sociaux, le médecin peut lui délivrer le certificat mais doit l'établir avec soin et discrétion ; il peut également, avec l'accord de son patient ou de ses proches, le cas échéant, le délivrer directement au médecin de l'institution dont dépend l'octroi des avantages sociaux en question.

Le médecin doit décider consciemment si le secret professionnel ne l'oblige pas à ne pas divulguer certaines informations.

Exceptions légales à la divulgation d'informations dans le cadre du secret professionnel:

- a. La communication d'informations, dans le cadre de la législation sur l'assurance maladie et invalidité, aux médecins-contrôleurs du service d'évaluation et de contrôle médical de Riziv, dans la mesure où ces informations sont nécessaires.
- b. Fournir des informations ou des données médicales sur l'assuré, aux conseillers médicaux des compagnies d'assurance contre la maladie et l'invalidité et dans les limites des consultations médico-sociales.
- c. La notification aux inspecteurs sanitaires des maladies épidémiques transmissibles,
- d. La déclaration des maladies vénériennes aux inspecteurs sanitaires,
- e. Notifications et déclarations à l'officier de l'état civil des naissances, mariages et décès
- f. La délivrance des certificats médicaux réglementaires nécessaires à la déclaration des accidents du travail, indiquant toutes les indications directement liées au traumatisme causal.
- g. La délivrance de rapports et de déclarations médicales en application des dispositions légales relatives à la protection de la personne souffrant d'une maladie mentale et à la protection des biens des personnes qui, en raison de leur état physique ou mental, sont totalement ou partiellement incapables de les gérer.
- h. La fourniture de rapports médicaux conformément aux exigences légales relatives aux maladies professionnelles.
- i. La fourniture de certificats médicaux conformément aux exigences légales relatives aux contrats d'assurance foncière.
- j. Fourniture de rapports à l'assistant de justice en exécution d'une convention liant l'assistant de justice, le patient et le médecin et conclue dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'une mise en liberté provisoire et d'une libération provisoire de prison.
- k. Fournir, dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à la réparation des dommages dus aux soins de santé, aux médecins de la Caisse des accidents médicaux les documents et informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission légale.

1.2. DOSSIERS MÉDICAUX

Art. 39. Le médecin qui a personnellement constitué et complété le dossier médical est responsable de sa conservation. Il décide du transfert de tout ou partie du dossier dans le respect du secret professionnel.

Art. 40. Toutefois, lorsque les dossiers médicaux sont établis par une équipe et centralisés dans un établissement de soins ou autre, seuls les médecins appelés à soigner les malades ont accès à ces

dossiers. Ces médecins ne peuvent confier leur contenu et leur conservation qu'à des personnes également tenues au secret professionnel.

Art. 42. Le médecin assiste le patient dans l'exercice de son droit d'inspection et d'obtention d'une copie de son dossier.

Art. 46. Les dossiers médicaux doivent être conservés en sécurité pendant 30 ans après le dernier contact avec le patient, sous réserve du secret professionnel. Après cette période, les dossiers peuvent être détruits avec le même respect.

2. AVIS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

2.1. LE SECRET PROFESSIONNEL DANS LES CENTRES POUR DEMANDEURS D'ASILE

- Le Conseil national est d'avis qu'en règle générale, il faut tenter d'obtenir le consentement de la personne concernée, car fournir des informations sur l'état de santé d'un patient sans son consentement est contraire à l'article 10 §2 de la loi sur les patients du 22 août 2002. Cette disposition stipule que "aucune ingérence n'est permise dans l'exercice de ce droit (à la protection de sa vie privée), sauf dans la mesure où elle est prévue par la loi et nécessaire à la protection de la santé publique ou à la protection des droits et libertés d'autrui".
- L'article 10, §2, ne dispense pas le médecin d'un centre d'accueil de l'obligation de déclarer les maladies contagieuses et les maladies sexuellement transmissibles. Les médecins d'un centre d'accueil doivent coopérer, en accord avec l'inspecteur sanitaire, à la mise en œuvre des mesures prises pour lutter contre les maladies quaranténaires ou les maladies contagieuses (arrêté royal n° 78, article 37, § 1, b).
- Si les demandeurs d'asile souffrent d'une maladie mentale et ne coopèrent pas au traitement, le médecin du centre d'accueil doit vérifier si la loi du 26 juin 1990 sur la protection des malades mentaux est applicable. Les trois critères d'application de cette loi sont : l'absence de tout autre traitement approprié, le fait de souffrir d'une maladie mentale et d'être un danger grave pour sa propre santé et sa propre sécurité ou d'être une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'une autre personne.
- Le Conseil national considère qu'il est exclu de transmettre des informations médicales au service social du centre d'accueil sans le consentement de la personne concernée. Après tout, il est évident que ces informations peuvent être transmises à des personnes extérieures par le canal de l'assistant social, ce qui n'est pas autorisé sans le consentement de la personne concernée. En outre, cela peut nuire à une relation de confiance difficile à établir avec le demandeur d'asile.

2.2. CERTIFICATS MÉDICAUX

Le Conseil national rappelle que, compte tenu du secret médical, les praticiens non médicaux ne peuvent pas consulter les certificats médicaux. Seuls les médecins ou les personnes travaillant sous la supervision d'un médecin peuvent avoir accès aux données médicales.

Annexe 9: Cadre juridique des frais médicaux

Mentionné dans la "Loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers" (12 janvier 2007) : Chapitre I. - Dispositions générales. Sous-section I - Conseils médicaux.

Art. 23. Le bénéficiaire de l'accueil a droit à l'accompagnement médical nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine.

Art. 24. Par accompagnement médical, on entend l'aide et les soins médicaux, que ceux-ci soient repris dans la nomenclature telle que prévue à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou qu'ils relèvent de la vie quotidienne.

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, d'une part, l'aide et les soins médicaux qui, bien que repris dans la nomenclature précitée, ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil en ce qu'ils apparaissent comme manifestation non nécessaires, et d'autre part, l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne et qui bien que non repris dans la nomenclature précitée sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.

Art. 25.

§1. L'Agence est compétente pour assurer l'accompagnement médical visé à l'article 23 au profit du bénéficiaire de l'accueil, et ce quelle que soit la structure d'accueil dans laquelle il est accueilli, à l'exception de celle gérée par le partenaire visé à l'article 64.

§2. A cette fin, chaque structure d'accueil garantit au bénéficiaire de l'accueil l'accès effectif à un accompagnement médical.

§3. Cet accompagnement est délivré sous la responsabilité d'un médecin qui conserve son indépendance professionnelle envers le directeur ou le responsable de ladite structure.

§4. Le demandeur d'asile qui ne réside pas dans la structure d'accueil qui lui a été désignée comme lieu obligatoire d'inscription peut bénéficier d'un accompagnement médical assuré par l'Agence.

§5. Le bénéficiaire de l'accueil peut introduire auprès de l'Agence un recours contre une décision du médecin de la structure d'accueil relative à l'octroi d'un accompagnement médical qui n'est pas considéré comme étant nécessaire pour mener une vie conforme à la dignité humaine, conformément à l'article 47.

Art. 26. L'Agence ou le partenaire peut, selon les modalités définies par le Roi, conclure des conventions avec les établissements de soins de santé en vue de fixer les conditions de remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et autres, résultant des soins dispensés au bénéficiaire de l'accueil.

Art. 27. Un dossier médical unique est tenu à jour et conservé au sein de la structure d'accueil communautaire désignée comme lieu obligatoire d'inscription.

En cas de désignation du lieu obligatoire d'inscription conformément à l'article 11, § 2, et de modification du lieu obligatoire d'inscription conformément à l'article 12, ce dossier est transmis au nouveau lieu désigné.

Art. 28. Si l'état de santé du bénéficiaire de l'accueil le justifie et sur avis du médecin traitant, l'Agence peut modifier ou supprimer son lieu obligatoire d'inscription, conformément aux articles 12 et 13.

Art. 29. Le bénéficiaire de l'accueil peut être soumis à un examen médical obligatoire pour des motifs de santé publique.

Art. 30. L'accompagnement psychologique nécessaire est assuré au bénéficiaire de l'accueil. A cette fin, l'Agence ou le partenaire peut conclure, selon les modalités définies par le Roi, des conventions avec des organismes et institutions spécialisés.

Annexe 10: Convention

Convention établie entre les parties suivantes:

Partie 1:

Nom de la personne/organisation: _____ ;

Adress: _____ ;

Représentée par _____ ;

Directeur/ directrice de la maison de repos et de soins _____ ,

dénommée ci-après « le gestionnaire » ou « l'établissement ».

EN (*Doorhalen wat niet past)

Partie 2(*):

Monsieur/ Madame (Nom de la personne en charge de Fedasil): _____ ,

né(e) le _____ , dénommée ci-après « le (la) résident(e)».

OF

Partie 2(*):

Monsieur/ Madame (nom de tuteur): _____ ;

Adress: _____ ,

dénommée ci-après « le tuteur» et tuteur du mineur étranger non accompagné (nom)

_____ ,
né(e) le _____ , dénommée ci-après « le (la) résident(e)».

ET

L'Agence Fédérale pour l'Accueil des demandeurs d'Asile, Située rue des Chartreux 21 à Bruxelles et représentée par Madame fanny François, Directeur-Général a.i., dénommée ci-après « l'Agence ».

est convenu ce qui suit:

Art. 1: Objet de la convention

La présente convention porte sur l'hébergement de Monsieur/ Madame/ mineur étranger non accompagné _____ dans l'établissement susmentionné.

Cet hébergement ne porte en aucun cas préjudice au maintien du lieu obligatoire d'inscription qui a été désigné. En l'espèce, ce lieu est le centre d'accueil (adresse) :

Art. 2: Conditions générales et particulières d'hébergement

L'établissement fournit au (à la) résident(e) les services énoncés à l'article 4 de la présente convention dans le respect réciproque des conditions générales d'hébergement énoncées dans le règlement d'ordre intérieur. Ce règlement est annexé à la présente convention et en fait partie intégrante.

Art. 3: Hébergement

L'établissement met à la disposition du (de la) résident(e) la chambre portant le n° _____ lit _____ .

Le nombre maximum de résident(e)s admissibles dans cette chambre est de ____ personnes.

Sauf avis médical contraire, tout changement de chambre se fera avec l'accord du (de la) résident(e) ou de l'Agence.

Le (La) résident(e) utilisera sa chambre conformément à sa destination, qu'elle soit meublée par ses soins ou par l'établissement, et autorisera l'établissement à y faire pénétrer un tiers si cela s'avère nécessaire pour l'entretien, l'hygiène et les soins.

Art. 4: Services rendus

L'établissement s'engage à fournir au (à la) résident(e) l'ensemble des services suivants qui sont inclus dans le prix de journée d'hébergement:

- Le logement et la literie;
- le chauffage, l'eau, l'électricité, etc.;
- les repas (matin, midi, soir);
- les soins courants familiaux et ménagers.

Ne sont pas inclus dans le prix de journée d'hébergement:

- Prestations médicales, paramédicales et pharmaceutiques ;
- matériel d'incontinence pour des personnes incontinentes ;
- pédicure, coiffure (est pris en charge par le résident et non pas par Fedasil)
- lavage du linge personnel ;
- les boissons en dehors de celles servies durant les repas et la collation disponible en tout temps (est pris en charge par le résident et non pas par Fedasil)
- les frais d'utilisation du téléphone, de la télévision, d'internet, et d'autres achats personnels du (de la) résident(e) qui ne sont pas nécessaires pour ses soins (est pris en charge par le résident et non pas par Fedasil)

Art. 5: Accompagnement social et modalités de communication

1. Suivi administratif

Le suivi administratif et social du dossier concernant la procédure d'examen de la demande de protection internationale du (de la) résident(e) est assuré par le collaborateur désigné au sein du centre d'accueil.

Une copie du dossier social du (de la) résident(e) est transmise par le centre d'accueil à l'établissement et une copie du dossier médical du (de la) résident(e) est transmise par le médecin du centre d'accueil au médecin de l'établissement (sauf s'il n'y a pas de dossier social ou médical lorsque l'intéressé n'a jamais été hébergé dans une structure d'accueil).

2. Correspondance

L'hébergement du (de la) résident(e) au sein de l'établissement en exécution de la présente convention ne porte pas préjudice à son inscription dans la commune sur le territoire de laquelle le centre d'accueil est situé.

Toute correspondance adressée au (à la) résident(e) et arrivant au centre d'accueil lui sera transmise par le centre à l'établissement qui en donnera connaissance au résident dans les plus brefs délais.

De la même manière, si une correspondance ou une information devait arriver à l'établissement, elle serait transmise au collaborateur de l'Agence chargé du suivi du dossier dans les meilleurs délais.

3. Modalités de communication

Une liste des personnes de contact figure en annexe de la présente convention.

Art. 6: Accompagnement médical

1. A la charge

L'Agence prend en charge l'accompagnement médical qui s'avère nécessaire pour que le (la) résident(e) puisse mener une vie conforme à la dignité humaine. L'application de ce critère fondamental s'effectue sur la base de la nomenclature INAMI mise en œuvre en application de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Cependant, au regard des nécessités requises pour mener une vie conforme à la dignité humaine, l'accompagnement médical peut s'écarter de la nomenclature INAMI :

- D'une part, certains soins médicaux, bien que repris dans la nomenclature telle que prévue à l'article 35 de ladite loi, ne sont pas assurés par l'Agence au (à la) résident(e) (voir annexe 1 à cette convention) ;
- D'autre part, l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne et qui bien que non repris dans la nomenclature telle que prévue à l'article 35 de ladite loi, sont assurés par l'Agence au (à la) résident(e) (voir annexe 2 à cette convention).

2. Médicaments

Le (La) résident(e) achète en principe ses médicaments avec une prescription au nom de matière, comme établi dans l'arrêté royal du 9 avril 2007, chez le pharmacien de son choix.

Le (La) résident(e) a toutefois la possibilité de donner, pour une durée déterminée, un mandat résiliable et renouvelable à la direction pour commander ses médicaments. Un modèle de mandat figure en annexe de la présente.

Dans tous les cas, un(e) infirmier(ère) assure la préparation et la distribution nominative des médicaments prescrits par le médecin traitant. Les médicaments sont conservés sous sa responsabilité dans un meuble adéquat ou un local réservé à cet effet, fermé à clef.

L'établissement décline toute responsabilité quant aux erreurs qui pourraient survenir si le (la) résident(e) désire s'occuper lui-même de la gestion de ses médicaments.

Les factures relatives aux frais médicaux sont transmises au centre d'accueil. (Voir coordonnées à l'article 1 pour paiement ou remboursement).

3. Conseils médicaux

Le (La) résident(e) fournira une attestation médicale de non-contagion.

Le (La) résident(e) se soumettra à une visite et/ou à un traitement médical chaque fois que l'établissement, s'appuyant sur des indications sérieuses, l'estimera nécessaire.

Sur ordre du médecin traitant et si l'établissement ne peut donner les soins nécessaires, celui-ci peut transporter le (la) résident(e) dans un hôpital. Cette décision sera prise, lorsque cela s'avère possible avec la famille et l'Agence. A défaut, l'établissement avertira ces derniers dans les plus brefs délais.

La consultation de médecins spécialistes se fait sur ordre du médecin traitant.

Art. 7: Prix

Le prix d'hébergement journalier est fixé à € _____ + forfait INAMI € _____ = € _____

Ce prix a été fixé par le gestionnaire et approuvé par le service des prix du Service Public Fédéral Economie. Il peut être modifié, après approbation du même service; dans ce cas, le nouveau prix est applicable dès sa notification au (à la) résident(e).

Art. 8: Modalités de paiement

L'Agence dispose d'un délai de 60 jours maximum à compter de la date de réception de la facture mensuelle régulièrement émise ainsi que des autres documents éventuellement requis pour effectuer les vérifications nécessaires au paiement de la facture.

La facture sera adressée au centre de réception mentionné à l'article 1.

La somme est versée par l'Agence sur le compte n° BE _____ ouvert au nom de _____ en indiquant le nom et le prénom du (de la) résident(e).

Au cas où le (la) résident(e) prend possession de la chambre dans le courant d'un mois, l'Agence est redevable alors et pour la première fois d'un montant correspondant à la partie restante du mois.

En cas de départ ou de décès du (de la) résident(e), les comptes ne seront clôturés qu'au début du mois suivant et aucune somme éventuellement due par l'établissement ne sera rendue avant cette période et au plus tard le 10 du mois suivant.

Toute somme non payée à l'échéance produira de plein droit et sans mise en demeure un intérêt de 12% l'an. Toute contestation relative aux factures doit être signalée dans le mois suivant la représentation.

Art. 9: Hospitalisation et absence

.En cas d'hospitalisation ou d'absence continue de plus de 7 jours, le tarif journalier sera réduit pour les services et produits non utilisés à hauteur de € _____ et ce à partir du 8ème jour.

Le remboursement sera effectué lors de l'émission de la facture suivante.

Art. 10: Argent de poche

Le prix de l'hébergement doit être augmenté de _____ € par semaine, à titre d'argent de poche. L'argent de poche hebdomadaire est de € _____.

Le gestionnaire paiera l'argent de poche au (à la) résident(e) contre signature d'un accusé de réception par ce dernier. Le (La) résident(e) peut inviter le gestionnaire à en assurer la garde.

L'argent de poche est indexé chaque année. Au début de chaque année, l'Agence informe l'établissement du nouveau montant de l'argent de poche.

Art. 11: Garantie

Aucune garantie n'est spécifiée.

Art. 12: Dépôt de biens de valeur

Sauf en ce qui concerne l'argent de poche, il est interdit pour l'établissement et les membres de son personnel d'exiger, d'accepter ou de gérer de l'argent ou des biens de valeur appartenant au(à la) résident(e).

Art. 13: Durée et conditions de résiliation de la convention

1. Durée et fin de la convention

La convention est conclue pour une durée déterminée. Elle prend cours à compter de l'hébergement du/ de la résident(e) par l'établissement, soit le _____ et prend fin, de plein droit, en même temps que la fin du droit à l'aide matérielle conformément à la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers.

Lorsque ce droit prend fin, l'Agence notifie par courrier la fin imminente de la convention à l'établissement.

L'Agence et l'établissement collaborent de bonne foi pour organiser les suites de cette fin d'aide matérielle en tenant compte de l'intérêt du résident.

2. Résiliation

La résiliation se fait soit par écrit recommandé, soit par écrit avec accusé de réception 2 jours ouvrables avant la prise de cours de délais prévus ci-dessous.

La résiliation par le gestionnaire doit être motivée.

Préalablement à l'admission, le (la) résident(e) ou l'Agence peut résilier la convention sans frais, à condition d'en prévenir le gestionnaire par lettre recommandée, dans un délai de 7 jours à dater du lendemain de la signature du contrat.

Le premier mois sert de période d'essai. Durant cette période, chacune des parties peut résilier la convention moyennant un préavis d'au moins 7 jours.

Au terme de cette période d'essai, la convention peut être résiliée en observant un délai de préavis. Ce délai ne peut être inférieur à 60 jours en cas de résiliation par le gestionnaire. Il est de 30 jours en cas de résiliation par le (la) résident(e) ou l'Agence.

Si le médecin traitant estime que la santé du (de la) résident(e) est telle que des soins particuliers sont définitivement requis dans un établissement spécialisé, le gestionnaire s'engage à prolonger le délai de préavis à raison du temps nécessaire pour trouver cet établissement spécialisé ou de commun accord écrit avec le (la) résident(e) ou l'Agence, à le raccourcir, s'il y va de l'intérêt du (de la) résident(e).

En cas de résiliation pour raison médicale, le délai de préavis, dans le chef du (de la) résident(e) ne peut être supérieur à 15 jours calendrier.

En cas de décès du (de la) résident(e), l'obligation reste à payer le prix tant que la chambre n'est pas libérée. Cette obligation ne peut pas excéder un délai de 15 jours calendrier à partir du jour du décès. Le mobilier personnel non repris endéans le mois suivant le décès ou le départ du (de la) résident(e) sera considéré comme abandonné.

3. Indemnités

Le (La) résident(e) ou l'Agence qui résilie la convention sans avoir observé le délai de préavis paiera au gestionnaire une indemnité correspondant au prix des journées d'hébergement couvrant la durée du préavis fixé.

De plus, si à l'expiration du délai de préavis, les locaux n'ont pas été libérés, le gestionnaire est autorisé à le faire aux frais du (de la) résident(e), de l'Agence ou de son ayant droit et à ses risques et périls.

Dans tous les cas, l'obligation de payer le prix journalier d'hébergement subsiste tant que les locaux occupés ne sont pas libérés, toute semaine entamée devant être entièrement payée (sachant que la semaine débute le lundi).

4. Litige

Tout litige concernant l'exécution de ladite convention est de la compétence des tribunaux civils de _____.

Art. 14: Etat des lieux

L'état des lieux de la chambre qu'occupera le (la) résident(e) figure en annexe de la présente convention.

Tout dégât causé aux locaux ou au mobilier sera réparé aux frais du (de la) résident(e) ou de son mandataire et sera porté en compte.

Art. 15: Modification de la convention

La présente convention ne peut être modifiée que du commun accord des parties.

Fait à _____, le _____, en autant d'exemplaires que de parties.

Chacune des parties déclarent en avoir pris connaissance, acceptent les clauses et conditions figurant dans la présente convention et dans le règlement d'ordre intérieur, et reconnaissent en avoir reçu un exemplaire.

(Signature précédée de la mention «Lu et approuvé »)

Le (La) résident(e)

Le gestionnaire

L'Agence Fedasil,

Fanny François

Directeur – Generaal a.i.

Annexe 11: Loi accueil. Remboursement des soins paramédicaux et psychologiques

9 AVRIL 2007. - Arrêté royal déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.

Art. 1. Le présent arrêté royal transpose partiellement la directive 2003/9/CE du Conseil de l'Union européenne du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les Etats membres.

Art. 2. Conformément à l'article 24 de la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers (ci-après dénommée " la loi "), l'annexe 1re au présent arrêté comprend la liste de l'aide et des soins médicaux qui, bien que repris dans la nomenclature telle que prévue à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ne sont pas assurés par l'Agence, parce qu'ils apparaissent comme manifestement non nécessaires.

Art. 3. Conformément à l'article 24 de la loi, l'annexe 2 au présent arrêté comprend la liste de l'aide et des soins médicaux qui, bien que non repris dans la nomenclature telle que prévue à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sont assurés par l'Agence, étant donné qu'ils relèvent de la vie quotidienne.

Art. 4. Dans l'intérêt du patient, le directeur général de l'Agence peut à titre exceptionnel accorder au bénéficiaire de l'accueil l'aide et les soins médicaux qui s'avèrent requis pour qu'il bénéficie d'un accompagnement médical conforme à la dignité humaine, même s'ils ne sont repris ni dans la nomenclature telle que prévue à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ni dans l'annexe 2 au présent arrêté.
La décision du directeur général de l'Agence est prise sur proposition d'un médecin.

Art. 5. En vue de la coordination des listes annexées au présent arrêté, le Ministre peut annuellement procéder à leur republication sans y apporter de modifications sur le plan du contenu.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le même jour que l'article 24 de la loi.

Art. 7. Notre Ministre qui a l'Intégration sociale dans ses compétences est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 9 avril 2007.

Annexe 1: Exceptions aux soins médicaux de l'assurance obligatoire et aux soins médicaux non couverts par l'Agence

La liste des aides et soins médicaux qui, bien que figurant dans la nomenclature prévue à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux coordonnée le 14 juillet 1994, ne sont pas assurés par l'Agence au bénéficiaire du refuge car ils n'apparaissent manifestement pas nécessaires.

Liste.

- Orthodontie
- Investigation et traitement d'infertilité
- Prothèses dentaires, lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, quelque soit l'âge du demandeur d'asile
- Interventions purement esthétiques sauf pour la reconstruction après la chirurgie ou un trauma
- Soins dentaires et les extractions dentaires sous anesthésie générale

Vu pour être annexé à notre arrêté du 9 avril 2007.

Annexe 2: Exceptions à l'assurance obligatoire des soins médicaux et des soins médicaux non assurés par l'Agence

La liste des aides et soins médicaux qui, bien que ne figurant pas dans la nomenclature prévue à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux coordonnée le 14 juillet 1994, sont assurés par l'Agence au bénéficiaire du refuge parce qu'ils font partie de la vie quotidienne.

Liste.

- Des médicaments catégorie D (non A, B, C, Cs, Cx) :
 - enregistrés comme médicament en Belgique
 - prescrits par un médecin, autorisé à exercer la médecine en Belgique
 - avec une prescription de nom de matière
 - tenant compte des recommandations pour le remboursement de référence
 - à l'exception de médicaments pour le traitement de l'impuissance.
- Des médicaments catégorie D (non A, B, C, Cs, Cx) :
 - enregistrés comme médicament en Belgique
 - accessibles sans prescription d'un médecin
 - remboursés sur base du prix du produit actif le meilleur marché
 - repris dans les rubriques suivantes :
 - Antiacides
 - Spasmolytiques
 - Antiémétiques
 - Antidiarrhéiques

- Analgésiques en antipyrétiques (paracétamol, acide salicylique, ibuprofène 400 mg, naproxène de sodium 220 mg)
- médicaments des affections bucco-pharyngées.
- Des extractions dentaires.
- Des prothèses dentaires, uniquement pour rétablir la capacité de mastication.
- Des lunettes pour les enfants, prescrits par un ophtalmologue, à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés.
- Des lunettes pour les adultes en cas d'un indice de réfraction d'au moins 1D au meilleur oeil, prescrites par un ophtalmologue, à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés.
- Lait adapté pour les nourrissons lorsque l'allaitement n'est pas possible.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 9 avril 2007.

Annexe 12: Nomenclature des numéros des prothèses dentaires

	PROTHESE SUPERIEURE	PROTHESE INFERIEURE
1 dent	307731	307753
2 dents	307775	307790
3 dents	307812	307834
4 dents	307856	307871
5 dents	307893	307915
6 dents	307930	307952
7 dents	307974	307996
8 dents	308011	308033
9 dents	308055	308070
10 dents	308092	308114
11 dents	308136	308151
12 dents	306832	306854
13 dents	306876	306891
complet	306913	306935

Annexe 13: Demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux

Groupe cible :

Demandeurs de protection internationale ou appartenant à d'autres catégories d'étrangers (membres de la famille des demandeurs ; mineurs étrangers non accompagnés ; mineurs et leurs parents sans résidence légale sur le territoire.) et résidant dans le réseau d'accueil officiel (ci-après dénommé "bénéficiaire").

1. COORDONNÉES STRUCTURE D'ACCUEIL

Nom structure d'accueil:

Personne de contact (NOM et prénom)

Numéro de téléphone:

Nom du médecin:

Numéro de téléphone du médecin:

Le médecin du centre ou le médecin externe consultant du centre évalue si les préoccupations supplémentaires pour lesquelles une demande est faite sont nécessaires et indispensables et si ces préoccupations peuvent avoir un impact réel et positif sur la santé du demandeur et si la continuité des soins sera assurée.

2. COORDONNÉES DU RÉSIDENT CONCERNÉ

Nom et prénom:

Date de Naissance:

Sexe: M F X

Pays d'origine:

Numéro S.P.:

et/ou Num. Nat.:

Nom et prénom du chef de famille:

Date arrivée à la structure d'accueil:

Etat de la procédure:

3. DROIT À L'AIDE MATÉRIELLE

Le bénéficiaire a-t-il droit, au moment de la demande de dépendance exceptionnelle, à une aide matérielle (*Rayez ce qui ne convient pas) ?

OUI* (Ceci a été vérifié et est confirmé par la présente)

NON*

4. TYPE DE LA DEMANDE D'AUTORISATION EXCEPTIONNELLE

(*Rayez ce qui ne convient pas)

4.1. Médicaments?

OUI* ↓ NON*

Prescrivez toujours un produit générique ou choisissez le médicament au prix le plus bas !

Pour chaque médicament remboursé par l'INAMI et pour lequel une autorisation du médecin prescripteur est normalement requise, joignez toujours le formulaire de demande officielle de l'INAMI, rempli par le médecin prescripteur.

Nom du médicament:

Posologie:

Pour une durée de

4.2. Des soins médicaux?

OUI* ↓ NON*

Les conditions et les tarifs maximaux de l'INAMI doivent toujours être respectés. Joignez toujours un devis avec les coûts approximatifs, *s'il n'y a pas de taux d'INAMI pour les soins proposés. Si les soins médicaux sont fournis selon le taux de l'INAMI, il n'est pas nécessaire de joindre une estimation de prix.*

Durée:

Fréquence:

Prix: €

Description brève des soins médicaux:

Numéro(s) INAMI:

4.3. Matériel médical sur prescription médicale?

OUI* ↓ NON*

Les conditions et tarifs INAMI max. doivent toujours être respectés.

Pour les produits/matériaux sans nomenclature INAMI : toujours joindre 3 offres de prix (3 fournisseurs différents).

Prix: €

Description brève des produits/materiaux:

5. Motivation de la demande

► Description **OBLIGATOIRE** du dysfonctionnement basée sur un rapport médical ou sur sa propre motivation.

6. SOUMISSION DE LA DEMANDE

Date de l'envoi de la demande: / / 20

Envoyer le document rempli par e-mail à la coordination médicale de la REGION SUD, FHQ_med_sud@fedasil.be avec la mention suivante dans l'objet (titre) de l'e-mail : "Demande de frais médicaux exceptionnels/ Nom_Prenom/ Numéro de VO du demandeur".

7. DÉCISION DE LA COORDINATION MÉDICALE DE FEDASIL

La décision de la coordination médicale de FEDASIL en date du / /20 est la suivante (*Rayez ce qui ne convient pas):

- Le tarif exceptionnel pour les soins ou les médicaments demandés sera **autorisé pour la période de** .
- Le tarif exceptionnel pour les soins ou les médicaments demandés sera **autorisé pour la période de** , **MAIS avec les restrictions suivantes:**
- Le tarif exceptionnel pour les soins ou les médicaments demandés **ne sera PAS autorisé.**

Signature (électronique):

Nom ou cachet :

Annexe 14: Informations sur la Tuberculose pour les membres du personnel

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA TUBERCULOSE

La tuberculose (TB) se transmet presque exclusivement par voie aérienne. Une personne atteinte de tuberculose pulmonaire infectieuse libère des bactéries dans l'air lorsqu'elle tousse, parle ou éternue. Les personnes proches de la personne malade, demeurant avec elle dans un espace clos pendant plusieurs heures sans masque de protection, peuvent inhaler les bactéries.

Si les bactéries inhalées pénètrent dans les poumons, elles y provoquent une petite inflammation. Celle-ci guérit généralement spontanément, mais il arrive que l'inflammation s'étende davantage. La bactérie peut alors pénétrer dans d'autres organes.

La tuberculose ne se transmet pas par des objets tels que les ustensiles de cuisine, les vêtements, les livres, la literie, les meubles, etc.

La tuberculose peut être traitée et guérie.

1.1. CATEGORIES

La lutte contre la tuberculose et la surveillance se fait en étroite collaboration avec le **FARES** (Association pour la santé respiratoire et la lutte contre la tuberculose) et l'Agence pour une Vie de Qualité-AVIQ (en Wallonie) ou la Commission Communautaire. Les résultats des radiographies sont classés par catégories. Commune-COCOM (à Bruxelles).

Les résultats des radiographies sont classés par catégories.

- **Catégorie 0:** image normale des poumons → pas prendre de mesures
- **Catégorie 1:** suspicion forte de tuberculose active infectieuse → **l'hospitalisation d'urgence et d'isolement sont nécessaires.**
- **Catégorie 2:** suspicion de tuberculose active infectieuse → cela signifie que s'il y a des symptômes compatibles avec une tuberculose, alors la personne doit être isolée et adressée à l'hôpital, et si pas de symptôme alors des examens supplémentaires dans les 2 jours dans un hôpital sont nécessaires (consultation pneumologue).
- **Catégorie 3:** suspicion faible de tuberculose active infectieuse → cela signifie que des examens supplémentaires dans les 2 jours dans un hôpital sont nécessaires (consultation pneumologue).

2. INFORMATIONS SPECIFIQUES SUR LA SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE

Les demandeurs de protection internationale sont un groupe à risque pour la tuberculose. En effet, la tuberculose est plus fréquente dans certains pays d'origine. Les mauvaises conditions de voyage ou les conditions de vie jouent également un rôle sur le risque.

Par conséquent, un contrôle actif est effectué sur tous les demandeurs de protection internationale en Belgique. Cela se fait à des moments précis :

- A l'arrivée, après la présentation pour la demande d'asile: via imagerie RX des poumons au dispatching ou par un test cutané dans le centre.
- Après 6 mois par un questionnaire au service médical.
- Après 12 mois par un questionnaire au service médical.

Des examens complémentaires sont également effectués après le dépistage passif chez les personnes présentant des symptômes de tuberculose ou après le dépistage chez les personnes susceptibles d'avoir été en contact avec un patient atteint de tuberculose.

2.1. 1. DES NOUVEAUX DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE DANS LE RÉSEAU

Le jour de désignation, les demandeurs d'asile reçoivent une RX au dispatching.

Les résultats de cette image sont connus le même jour ou exceptionnellement le lendemain.

Le FARES, regardant les images, informe le service de dispatching et le service médical du centre à l'arrivée.

S'il s'agit d'une personne très contagieuse, (cat 1 ou cat 2 avec des symptômes) la personne est envoyée le plus tôt possible à l'hôpital. On évite que cette personne arrive au centre d'accueil avant que les résultats d'autres examens ne soient connus.

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes (potentiellement) enceintes et les filles mineures non accompagnées ne reçoivent pas de RX mais sont redirigés vers le FARES pour un test cutané (Test Mantoux). Si ce test est positif, ils sont envoyés au pédiatre ou un pneumologue pour d'autres bilans.

Si nécessaire, vous pouvez trouver les données du screening au dispatching dans Match-it.

The screenshot shows the Match-iT interface. At the top, there is a navigation bar with 'Home pagina', 'Plaatsen', 'Bewoners', 'Matching', 'Rapporten', and 'Tools'. Below this is a 'Dossier' section with fields for 'Fedasil nummer van titularis', 'Gezinssamenstelling', 'Burgerlijke staat', 'Ext. Ref. Dossier', 'Ext. Ref. Titularis', 'Voornaamste procedure', and 'Huidige opvangstructuur'. A 'Lijst begunstigden' table is also visible, with columns for 'Rol in de familie', 'Achternaam', 'Voornaam', 'Nationaal nummer', 'Fedasil nummer', and 'Datum in netwerk'. A black arrow points to the 'Nationaal nummer' column in the table.

Rol in de familie	Achternaam	Voornaam	Nationaal nummer	Fedasil nummer	Datum in netwerk
Titularis	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
Partner	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	

Si votre centre d'accueil n'a pas été contacté par le FARES et que vous pouvez retrouver la fiche de screening, il est certain que le résident concerné a été examiné et qu'il n'est pas porteur d'une tuberculose active infectieuse.

LE SUIVI DE LA TUBERCULOSE EST LE TRAVAIL DU SERVICE MEDICAL ET LE SUIVI DANS DES CONDITIONS NORMALES NE NECESSITE PAS DE SURVEILLANCE D'AUTRES COLLABORATEURS !

2.1.1. Les demandeurs d'asile qui entrent dans le centre après un transfert d'un autre centre ou une ILA

Ces personnes sont déjà examinées. Le transfert du dossier médical de l'un à l'autre centre est assuré et également le transfert de dépistage et le suivi.

2.1.2. Les demandeurs d'asile qui entrent dans le centre dans le cadre de retour volontaire

Ces personnes sont considérées comme de nouveaux arrivants dans le réseau et passent d'abord au dispatching pour le dépistage.

Seulement dans des cas exceptionnels ces personnes peuvent aller directement au centre, après l'autorisation explicite du médecin régional ou le remplaçant. Le médecin prend la responsabilité d'exclure une situation infectieuse et en collaboration avec le service médical du centre assurer le dépistage strict de la personne ainsi que de mettre en place les mesures préventives nécessaires pour les résidents et le personnel.

3. INFORMATIONS SPÉCIFIQUES SUR LE SUIVI DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE

Les situations suivantes sont discutées :

- ⇒ **Situation 1:** le centre d'accueil est averti par téléphone qu'un résident avec cat.1 **viendra** au centre.
- ⇒ **Situation 2:** le centre d'accueil est averti qu'un résident avec cat.1 se trouve **dans le centre**.
- ⇒ **Situation 3:** le centre d'accueil est averti par téléphone qu'un résident avec **catégorie 2 ou 3** viendra au centre ou se trouve dans le centre.

3.1. SITUATION 1: LE CENTRE D'ACCUEIL EST AVERTI PAR TÉLÉPHONE QU'UN RÉSIDENT AVEC CAT.1 VIENDRA AU CENTRE.

Cela peut arriver lorsque le résultat de RX est connu après le départ de la personne du dispatching ou d'un service de radiologie.

Si un **médecin ou un(e) infirmier(ière) est présent**, il y a un contact direct avec le service médical. Assurez-vous que vous avez des informations de Dispatching ou l'hôpital (Demandez les coordonnées de l'appelant.)

Si les **infirmiers(ières) et le médecin ne sont pas présents**, assurez-vous que le patient peut aller à l'hôpital d'une manière sans risque et efficace.

3.1.1. Feuille de route

Etape 1: La réception du résident

1. Protégez –vous et vos collègues avec un masque chirurgical. Ce masque est un bon filtre anti-poussière et empêche d’inhaler les bacilles tuberculeux.
2. Laissez le nouveau résident arrivant prendre place dans un espace séparé à l’accueil et ventilez bien (fenêtre ouverte)
3. Vous lui transmettez les résultats de l’image de RX (l’image suspecte pour la tuberculose) et lui signalez qu’il doit aller directement à l’hôpital pour des examens plus approfondis.
4. Vous lui donnez un masque FFP2 et lui expliquez clairement qu’il doit le mettre jusqu’à l’arrivée dans la chambre d’hôpital. Le masque doit bien couvrir le nez et la bouche.
5. Vous lui indiquez qu’il /elle ne peut pas aller plus loin dans le centre et que vous allez organiser le transport vers l’hôpital.



Exemple d'un masque FFP2.

Etape 2: Désignation vers l’hôpital

1. Vous informez l’hôpital qu’un résident viendra.

S’ils suivent les bonnes procédures, la personne est immédiatement isolée à l’arrivée pour éviter toute contamination d’autres patients ou du personnel. Cela signifie que la **personne ne doit PAS être envoyée aux urgences** mais directement au service de pneumologie.

La personne est hospitalisée pour un examen plus approfondi et/ ou le traitement. Elle revient quand les autres examens montrent que la tuberculose n’est plus contagieuse.

Etape 3: l’organisation du transport à l’hôpital

1. Appelez immédiatement l’ambulance par le numéro d’urgence 100 ou 112
2. Indiquez qu’il s’agit d’une personne avec **une tuberculose infectieuse suspectée qui porte déjà un masque.**
3. Restez sur place lorsque l’ambulance est sur l’endroit, le résident est monté à bord de l’ambulance et a quitté le centre d’accueil.

3.2. SITUATION 2: LE CENTRE D’ACCUEIL EST AVERTI QU’UN RÉSIDENT AVEC CAT.1 SE TROUVE DANS LE CENTRE

Quand un médecin ou un/e infirmier/ière est présent, il y a un contact direct avec le service médical. Assurez-vous que dans tous cas que vous avez des informations (les coordonnées de l’appelant !)

Le service médical effectue la poursuite de la surveillance.

Si le service médical est sans équipage, le transfert du résident concerné devrait être organisée dès que possible.

Etape 1: Isolation du résident

1. Protégez –vous et vos collègues avec un masque FFP2, au moment que vous venez tout près du résident
2. Laissez le nouveau résident aller dans sa chambre qui est bien ventilée (fenêtre ouverte)
3. Vous lui informiez des résultats de l'image de RX (l'image suspecte pour la tuberculose) et dit lui qu'il doit aller directement à l'hôpital pour des examens plus approfondi.
4. Vous lui donnez un masque FFP2 et explique lui clairement qu'il doit le mettre jusqu'à l'arrivée dans la chambre d'hôpital. Le masque doit être bien couvrir le nez et la bouche
5. La personne est isolée avec sa famille **dans la chambre** en attente du transfert à l'hôpital. Parfois un séjour d'une nuit à l'hôpital peut être nécessaire en attente d'une chambre d'isolement. Les repas sont apportés à la chambre.
6. Il est prévu que la personne peut utiliser un sanitaire séparé.
7. Si la personne se trouve dans un chambre commune, il faut lui mettre dans la chambre d'isolement ou une chambre seule

Etape 2 et 3 Comme dans la situation 1 (voir ci-dessus)

3.3. LE CENTRE D'ACCUEIL EST AVERTI PAR TÉLÉPHONE QU'UN RÉSIDENT AVEC CAT.2 OU 3 VIENDRA AU CENTRE OU SE TROUVE DANS LE CENTRE

Le risque d'infection est faible.

Le service médical doit être informé afin qu'ils puissent prendre des mesures nécessaires et eux-mêmes peuvent être responsables de la surveillance.

Si nécessaire (pendant les vacances, les jours fériés,) un médecin externe ou un médecin de garde peut être appelé..

Le transport doit être organisé s'il est décidé que la personne est renvoyée à un médecin externe ou d'un hôpital. Cela peut être avec ambulance ou en taxi. Pendant le transport, les fenêtres sont ouvertes, pour que il y a une bonne circulation de l'air.

L'individu et le conducteur portent tous deux un **masque FFP2 ou un masques chirurgical** pendant le transport.

4. QUELQUES REMARQUES

- Les membres de la famille du demandeur d'asile concerné ne seront pas isolés. Ils seront examinés par un dépistage de contact.
- D'autres résidents demandent souvent des questions sur ce qui est passé. Certainement porter des masques provoque souvent des réactions. Il est important de rassurer les gens

sans empieter le secret professionnel. Le diagnostic ne peut pas être communiqué. Les masques sont également portés dans d'autres situations par exemple un rhume, par les résidents avec une résistance réduite, etc.

- Tout le personnel de Fedasil qui entre en contact avec les résidents sont régulièrement examiné. Cette maladie peut être détectée tôt, si vous avez été infecté sans le savoir. S'il y a une raison pour faire un examen en plus suite à un cas, le FARES lui-même prend contact avec vous . Cela ne peut pas dire que vous pouvez toujours demander d'information au service médical ou le FARES concernant votre situation personnelle.

Annexe 15: Checklist pour dépistage périodique de la Tuberculose

[NEW] Merci de contrôler tous les nouveaux demandeurs d'asile/ nouveaux migrants (âgés de 5 ans et plus) régulièrement sur des symptômes et/ou facteurs de risque pour TB à **chaque fois que cela vous semble opportun**.

Vous pouvez utiliser la **check-list** ici-bas pour effectuer ce dépistage périodique.

Mode d'emploi de la checklist

Pour tout symptôme ou facteur de risque positif → ajoutez le score correspondant (nombre de points).

Si vous arrivez à **4 points ou plus** → merci de référer pour examen complémentaire (Rx thorax min).

A.	Présence d'un des symptômes clefs	Score	
	Toux chronique (> 3 semaines)	+ 2 p.	
	Hémoptysie (rejet de sang < voies resp.)	+ 4 p.	
B.	Présence d'autres symptômes ?	Score	
	Fièvre modérée (d'origine inconnue)	+ 1 p.	
	Sueurs nocturnes	+ 1 p.	
	Perte de poids et perte d'appétit	+ 1 p.	
	Fatigue prolongée et/ou perte d'énergie	+ 1 p.	
	Douleurs dans la poitrine à la respiration ou pendant la toux	+ 1 p.	
C.	Présence de facteurs de risque?	Score	
	Immunodépression suite à une maladie (VIH...), un traitement etc...	+ 1 p.	
	Antécédents de Tuberculose	+ 1 p.	
TOTAL	Nombre total des points =		
Conclusion	Si score total = ou > 4 points → référer pour Rx thorax !		

Annexe 16: Directives sur la politique de lutte contre la varicelle dans les structures d'accueil collectives

<p>Contact: Direction Services Opérationnels Fedasil Coordination médicale Lien Bruggeman Lien.bruggeman@fedasil.be Tel. : +32 476 78 33 31</p>	<p>Adressé à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • directions et services médicaux des • structures d'accueil collectives • régions • service Dispatching
--	--

1. INTRODUCTION

Des infections avec le virus varicelle-zoster ont lieu partout dans le monde mais plus fréquemment dans les pays à climat tempéré. Dans les pays (sub)tropicaux, la prévalence est plus faible. A l'âge de 12 ans, moins de 50% y est protégé /a été en contact avec le virus varicelle-zoster.

La varicelle est une maladie très contagieuse. Le virus se transmet dans l'air par des gouttelettes en toussant ou en éternuant ainsi que par le liquide qui se trouve dans les vésicules. La maladie est contagieuse à partir de 2 jours avant l'apparition des boutons jusqu'à ce qu'ils soient séchés. Il est très probable que d'autres enfants aient été déjà contaminés avant qu'on voit qu'un enfant a la varicelle.

En principe, la varicelle est une maladie infantile bénigne et on estime qu'en Belgique 90 % des enfants ont eu la varicelle avant l'âge de 5 ans. Quelques infections se déroulent de manière sub-clinique (avec pas ou presque pas de symptômes)

Cependant, il faut bien tenir compte des complications - heureusement rares, mais graves - comme la pneumonie associée à la varicelle, l'encéphalite, ...

Chez les nouveau-nés et les adultes – surtout les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées - les symptômes sont plus forts et le risque de développer des formes sévères et/ou des complications est plus grand.

Un vaccin existe mais ni le degré de protection, ni la durée de protection après l'administration du vaccin ne sont bien connus. Ainsi l'immunisation naturelle – par une infection par le virus varicelle – est préférable et ceci avant d'arriver à l'âge de maturité (18 ans).

Une attention spéciale pour les femmes enceintes est nécessaire!

Dans les 20 premières semaines de la grossesse, il existe un risque - bien que très bas (2 %) - pour des malformations congénitales graves chez le fœtus.

Plus tard dans la grossesse, et en particulier si l'enfant est né juste avant ou après le déclenchement des boutons chez la maman, il existe le risque d'une varicelle néonatale avec pneumonie et/ou encéphalite chez le nouveau-né avec une mortalité néonatale très élevée.

Finalement, la femme enceinte elle-même risque beaucoup plus une maladie grave càd. une pneumonie par varicelle, durant la grossesse.

2. PREVENTION: VACCINATION

Le vaccin existant avec un virus vivant atténué, **n'est pas recommandé par Le Conseil Supérieur de la Santé pour la vaccination universelle des enfants en Belgique.**

En Belgique, la vaccination contre la varicelle est seulement conseillée pour les personnes et groupes à risques spécifiques, comprenant aussi les travailleurs (para)médicaux qui ne sont pas immunisés, ainsi que les adultes non-immunisés qui ont des contacts fréquents avec les enfants.

Pour déterminer si quelqu'un est immunisé contre la varicelle ou pas, il est conseillé d'effectuer une analyse sérologique (détermination des anticorps contre la varicelle) avant de commencer la vaccination.

3. MESURES DE PROTECTION QUAND IL Y A UN OU PLUSIEURS RÉSIDENTS AVEC LA VARICELLE DANS UNE STRUCTURE D'ACCUEIL COLLECTIVE

3.1. MESURES GÉNÉRALES

Un isolement strict/ la mise en quarantaine des résidents avec la varicelle n'est souvent pas possible, ni très efficace. En effet, le virus souvent s'est propagé déjà avant que les symptômes (des petits vésicules remplies de liquide) ne soient visibles.

Toutefois, le conseil à donner est de **rester dans la chambre et - autant que possible - de rester à l'écart des lieux communs.**

Des enfants avec varicelle ne peuvent pas aller à la garderie ou à l'école jusqu'à ce que toutes les vésicules aient séché (aient des croûtes). **Les visites aux malades à l'hôpital doivent être interdites** aussi.

Les mesures d'hygiène générales doivent être renforcées pour diminuer la propagation, comme l'hygiène des mains (lavage des mains fréquent avec savon liquide, couper les ongles court, mettre de l'alcool gel dans la chambre du patient et au service médical pour désinfecter les mains après chaque contact...), assurer une bonne aération des locaux, tousser et éternuer de manière hygiénique, mouchoirs en papier jetables, etc.

3.2. DÉTECTION DES PERSONNES À HAUT RISQUE

Personnes présentant un risque élevé de développer une forme sévère doivent **être détectées le plus vite possible** et des **mesures spécifiques doivent être prises** pour protéger ces personnes.

Les personnes à risque accru sont :

- La **femme enceinte qui n'a pas eu la varicelle enfant et qui n'a pas été vaccinée**, ou autrement toute femme enceinte qui dit ne pas avoir d'immunité contre la varicelle.

- **Le nouveau-né**, si la mère développe des vésicules 2 jours après l'accouchement et/ou le nouveau-né ayant moins d'1 mois et nés prématurément (né avant 35 semaines de grossesse)
- **Les patients immuno-déprimés**: identification par le médecin du centre via la consultation de tous les dossiers médicaux, c'est-à-dire:
 - les patients avec immunodéficience congénitale connue
 - les patients atteints d'une infection à VIH connue et faible numération des lymphocytes T CD4 (<200)
 - les patients recevant des médicaments immunosuppresseurs après transplantation d'organes (prévention de la réaction de rejet), ou après une greffe de moelle osseuse
 - les patients atteints de tumeurs malignes hématologiques telles que la leucémie et les lymphomes
 - les patients recevant ou ayant reçu une chimiothérapie (jusqu'à 3 mois après la dernière administration)
 - les patients avec une irradiation corporelle totale
 - patients atteints du syndrome néphrotique sévère (ou sous dialyse)
 - les patients recevant 10 mg ou plus de prednisolone - ou un équivalent de cortisone – (pédiatrie : prednisolone > 0.2-0.3mg/kg/d ou équivalent) depuis au moins 14 jours, et jusqu'à 3 mois après la dernière prise.
 - les patients prenant d'autres médicaments immunosuppresseurs: comme l'infliximab (Remicade ou Inflectra® ou Remsima®) 6 mois après la dernière prise ; le rituximab (Mabthera®) 12 mois après la dernière dose, le léflunomide (Luflenomide®) jusqu'à 24 mois après la dernière dose, etc ...

3.2.1. La détection des personnes à risque

La détection des personnes à risque se fait comme suit :

1. D'abord : **anamnèse des femmes enceintes et des personnes immunodéprimées** sur historique de varicelle (pendant l'enfance), ou vaccination contre la varicelle dans le passé.

Si la personne est vraiment sûre d'avoir eu la varicelle ou a une preuve de vaccination → **stop**: aucune autre mesure requise.

2. **Si l'anamnèse est peu concluante** → test sanguin pour dosage d'anticorps (IgG contre la varicelle) aussi vite que possible →
 - Si les anticorps sériques démontrent une immunité contre la varicelle → **stop**: la personne est immunisée et aucune autre mesure n'est requise.
 - Si IgG négatif / pas d'anticorps → voir la suite, **3.3. Mesures de prévention primaire**.

Note: Le résultat IgG doit être connu dans les 96 heures après le contact. Si cela est impossible → voir la suite, 3.4. Prévention secondaire !

3.3. MESURES DE PRÉVENTION PRIMAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET PERSONNES IMMUNODÉPRIMÉES NON IMMUNISÉES, TANT QU'IL N'Y A PAS EU DE CONTACT DIRECT AVEC LA VARICELLE

a. Eviter tout contact direct avec les personnes qui ont la varicelle

NB: Dans ce sens, il peut être intéressant de mettre des patients immunodéprimés en quarantaine/ chambre isolée en attendant le résultat de l'analyse labo et/ou d'un transfert vers une autre place d'accueil.

b. Si le contact entre demandeurs d'asile ayant la varicelle avec des femmes enceintes et personnes immunodéprimées non immunisées - qui n'ont jamais eu la maladie et qui ne sont pas vaccinées - ne peut pas être évité :

→ **transférer ces personnes**, dans la mesure du possible, vers une autre structure d'accueil où le risque d'attraper la varicelle est beaucoup moins grand (par ex. vers un logement individuel, une ILA)

La demande de transfert pour raisons médicales doit être faite à votre région d'accueil respective c.à.d. Noord ou Sud

Note : Si besoin, une exception de transfert vers place Dublin ou POR pour raisons médicales peut être demandée pour une durée courte (jusqu'à la fin de la période d'incubation, max. 1 mois).

3.4. PRÉVENTION SECONDAIRE APRÈS UN CONTACT AVEC LA VARICELLE

Les contacts sont:

- Des contacts familiaux: les personnes qui font partie du même ménage que le patient.
- Des personnes ayant eu un contact 'en face' (<2 mètres) avec un patient souffrant de varicelle pendant au moins 5 minutes.
- Des personnes qui se trouvent durant plus d'une heure dans la même chambre que le patient.

Note: **En pratique cela veut dire que souvent, la plupart des travailleurs et des autres résidents sont à considérer comme des « contacts ».**

Les femmes enceintes non-immunisées (et éventuellement leur nouveau-né cfr. supra) et les personnes immunodéprimées non immunisées doivent être **protégées et recevoir un traitement prophylactique** :

→ Référer après un contact confirmé vers l'hôpital / son gynécologue via les urgences pour administration immédiate des immunoglobulines non-spécifiques : administration IV de Multigam (pas les autres produits IV-IG)

NB: L'administration des Immunoglobulines doit se faire endéans les 96 heures après le contact!

→ Éviter des nouveaux contacts avec des personnes infectées par varicelle

Note: En pratique, cela revient souvent à considérer la majorité du personnel et des autres résidents comme des "personnes de contact".

Les femmes enceintes non immunes (et éventuellement leurs nouveau-nés cf. supra) et les patients immunodéprimés non immunisés **doivent être protégés et traités de manière prophylactique après un contact direct:**

1. Orientation vers l'hôpital/son gynécologue via une admission d'urgence pour l'administration immédiate d'immunoglobulines non spécifiques : Administration IV de Multigam (pas les autres produits d'IG IV).

Note : L'administration d'immunoglobulines doit se faire dans les 96 heures suivant le contact

2. Éviter tout autre contact.

4. SIGNALEMENT DE LA VARICELLE

S'il y a **un ou plusieurs cas de varicelle dans votre structure d'accueil**, ceci doit être déclaré au médecin coordinateur de Fedasil de votre région :

- Regio Noord: FHQ_med_noord@fedasil.be
- Regio Zuid: FHQ_med_sud@fedasil.be

et fadila.elmarouani@fedasil.be .

Ainsi, les transferts nécessaires des femmes enceintes et des personnes immunodéprimées peuvent être organisés ainsi que la non-désignation temporaire de nouveaux résidents vers votre structure d'accueil.

Pour éviter la propagation de la varicelle vers d'autres centres, dans la mesure du possible des départs/transferts seront interdits temporairement et ce, jusqu'à la fin de la période d'incubation (date à déterminer en concertation avec le médecin coordinateur régional).

Note: Si nécessaire, **une exception temporaire de transfert vers place POR / place Dublin ou une prolongation pour raisons médicales** peut être demandée pour une durée courte (jusqu'à la fin de la période d'incubation, max. 1 mois).

Note: La varicelle ne doit pas être déclarée obligatoirement aux médecins inspecteurs d'hygiène de votre région / province. Le médecin coordinateur de Fedasil de votre région prendra contact avec eux de toute façon pour les informer et discuter des mesures à mettre en place.

4.1 PRÉVENTION DU PERSONNEL ET DES VOLONTAIRES DES CENTRES FEDASIL

Il est important **de prévenir aussi le service de prévention interne** (Vincent Noterman) **et le service externe de médecine de travail** (Idewe) afin que des **mesures adéquates** puissent être envisagées **pour les travailleurs et les volontaires** (comme la vaccination, mesures préventives pour les femmes enceintes etc...).

Annexe 17: Directives sur la politique de lutte contre la gale dans les structures d'accueil collectives

<p>Contact: Direction des services opérationnels Unité de gestion médicale Lien Bruggeman Lien.bruggeman@fedasil.be Tel. : +32 476 78 33 31</p>	<p>Adressé a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aux directions et aux services médicaux des structures d'accueil collectives • Région • Service dispatching
--	--

1. INTRODUCTION

De nombreux demandeurs de protection internationale contractent la gale par manque d'une hygiène suffisante. Souvent aussi, les gens sont proches les uns des autres, ce qui favorise la transmission de l'infection.

Compte tenu de la difficulté de réaliser un traitement complet pendant le trajet, il est essentiel de faire un dépistage actif de la gale chez les primo-arrivants. La gale survient plus souvent dans certains groupes de DPI (isolés, jeunes, certaines nationalités) et à certaines périodes de l'année.

2. INFORMATIONS ET DIAGNOSTIC

La gale est causée par des *Sarcoptes scabiei* (des acariens). La maladie survient chez l'homme ainsi qu'un grand nombre d'espèces animales. Le variant humain survit toutefois uniquement chez l'homme (et vice versa).

La durée **d'incubation est de 2 à 6 semaines** (et maximum 10 semaines).

Le diagnostic est souvent établi cliniquement, mais peut également être confirmé par une analyse en laboratoire de prélèvements cutanés. Ceci n'est pas nécessaire pour démarrer un traitement.

3. MESURES GÉNÉRALES DANS UNE STRUCTURE D'ACCUEIL

Les mesures standards au niveau de l'ensemble de la structure d'accueil :

- Éviter tout contact direct et prolongé avec la peau d'une personne potentiellement infectée
- Essayer de garder une bonne hygiène des mains : après chaque contact avec une personne ou un objet (potentiellement) infecté(e), se laver les mains à l'eau et au savon. Les désinfecter ensuite avec une solution hydroalcoolique.
- Porter des gants jetables avant chaque contact avec une personne ou du matériel potentiellement infecté(e).
- Éviter le contact direct ainsi que l'échange de vêtements, de linge ou d'autres effets personnels (peigne, essuies, ustensiles de rasage...).
- Nettoyer quotidiennement les sols et les surfaces avec un détergent désinfectant normal.
- Isoler les personnes (potentiellement) atteintes de la gale n'est PAS nécessaire.

- Démarrer un traitement adapté des compagnons de chambre, des membres de la famille ou des contacts proches d'un résident (potentiellement) atteint de la gale.
- Traiter toutes les personnes potentiellement infectées, y compris laver les vêtements et les draps.
- Si des membres du personnel signalent des symptômes analogues, mettre le service prévention et/ou le médecin du travail au courant afin d'éventuellement lancer la procédure « maladie professionnelle ».

4. DÉPISTAGE

Réaliser un **dépistage actif** des primo-arrivants est fortement recommandé. Au dispatching, les DPI sont activement interrogés au sujet d'éventuelles démangeaisons. En cas de suspicion de gale, l'information est transmise au centre d'arrivée ou au centre d'accueil (s'il y a désignation directe) avec la mention « prior ». Si possible, démarrer le traitement directement après l'arrivée (le jour même).

Rapidement après l'arrivée dans la structure d'accueil de première ou de deuxième ligne, il est essentiel d'interroger une nouvelle fois les primo-arrivants sur d'éventuelles démangeaisons. En cas de fortes démangeaisons la nuit, toujours démarrer un traitement, même en l'absence de lésions typiques de la gale (diagnostic de la gale incertain).

Si une personne développe des symptômes de la gale dans les 2 semaines après son arrivée dans le réseau, cela veut dire que l'infection a été contractée en dehors du réseau (possible jusqu'à 6 semaines après l'arrivée).

5. GESTION DE CAS ISOLÉS OU D'UN NOMBRE RESTREINT DE CAS DE GALE

Le premier choix de traitement est une **crème ou une lotion contre la gale**, aussi bien pour les cas suspectés ou confirmés que pour les contacts directs. Le premier choix (également pour les enfants à partir de 2 mois et les femmes enceintes) : perméthrine locale à 5% en crème hydrophile FTM, 100g (ou Zalvor®) : 30 grammes par personne (adulte normalement constitué) Alternatives : crotamiton crème à 10% (Eurax®).

Pour l'application de crèmes locales, voici les directives à suivre :

1. Couper les ongles courts (si nécessaire)
2. Si la personne n'est visiblement pas « propre », lui faire prendre une douche à l'eau tiède (pas chaude) avant d'appliquer la crème. Il est essentiel de très bien sécher la peau, avec une attention particulière pour tous les plis cutanés. S'il n'y a pas de signes visibles de saleté, mieux vaut ne pas prendre de douche avant d'appliquer la crème.
3. Appliquer la crème sur tout le corps, depuis la mâchoire jusqu'aux plantes de pieds comprises (pour les enfants entre deux mois et deux ans, également appliquer de la crème sur la tête et le visage), avec une attention particulière pour les espaces entre les orteils, les doigts, etc. Laisser agir **la pommade** sur le corps **pendant douze heures**. Il est recommandé de l'appliquer le soir afin que la crème puisse agir toute **la nuit**.
4. La personne peut éventuellement appliquer elle-même la crème si elle est aidée pour le dos, mais une infirmière à domicile peut également être sollicitée.

5. Après avoir appliqué la crème, mettre des vêtements non contaminés par la gale et des draps/tailles d'oreiller propres sur les lits. Vêtements non contaminés = des vêtements qui viennent d'être lavés à 60° ou qui n'ont pas été portés les dernières 72h.
6. Toujours appliquer une nouvelle couche de crème sur les mains après les avoir lavées. Après chaque passage aux toilettes également, remettre de la crème sur la région intime et le pli des fesses.
7. Après 12h, prendre une douche ou un bain, rincer la crème et mettre des vêtements non contaminés par la gale. Se sécher avec un nouvel essuie.
8. Traiter tous les vêtements portés comme décrit ci-dessous.
9. Remplacer de nouveau la literie après la douche.

Portez des vêtements de protection (blouse jetable avec de longues manches et des gants) pour aider à mettre de la crème.

N. B.: les démangeaisons perdurent encore généralement un peu après le traitement (entre 3 à 4 semaines) et empirent même les premiers jours. Ceci ne veut pas dire que le traitement n'a pas fonctionné. Il est recommandé de donner un **antihistaminique par voie orale** pour atténuer les démangeaisons, surtout au moment d'aller dormir.

Si de nouvelles lésions apparaissent après le traitement, il est recommandé de répéter le traitement avec la crème ou l'émulsion, mais au plus tôt une semaine après le premier traitement!

Si la crème est correctement appliquée, **un seul traitement** suffit dans 95% des cas. Après une semaine, **contrôler activement**, pour chaque personne traitée, si de nouvelles lésions sont apparues ! En cas de gale sévère très répandue sur le corps, il est dans tous les cas recommandé de répéter le traitement après une semaine.

Les enfants peuvent aller à l'école ou à la crèche après le traitement. Les adultes peuvent aller travailler.

L'Ivermectine est recommandé dans les situations suivantes:

- Traiter une épidémie/de grands groupes de résidents (voir plus loin)
- Traiter une personne avec une surinfection sévère (plaies ouvertes)
- Rupture de stock de zalvor (après vérification auprès des pharmaciens locaux et/ou du centre d'accueil voisin)
- Après concertation avec le médecin régional
- En cas d'allergie connue ou de contre-indication pour la perméthrine et le benzoate de benzyle

Un **traitement combiné** d'ivermectine et d'une crème topique est recommandé **dans les situations suivantes:**

- Après 2 traitements avec une crème topique sans guérison
- Patients immunodéprimés
- Gale norvégienne

Il vaut alors mieux réaliser les deux traitements simultanément, donc également prendre les médicaments le soir. Attention : 2h avant et 2h après la prise des médicaments, il n'est pas permis de manger.

En l'absence d'amélioration, après deux traitements par crème topique et une thérapie combinée (ivermectine + crème topique) avec la mise en oeuvre correcte de toutes les mesures d'hygiène, il est recommandé de demander l'avis d'un dermatologue.

L'ivermectine est à prendre en une seule fois à **jeun** (ne rien manger ni boire 2h avant et 2h après). Il est préférable de commencer le traitement le matin du jour suivant la consultation. Une deuxième dose n'est pas systématiquement nécessaire. L'ivermectine ne peut pas être donnée aux enfants de moins de 15kg.

- 15–24 kg: 3 mg (~1 tab);
- 25–35 kg: 6 mg;
- 36–50 kg: 9 mg;
- 51–65 kg: 12 mg;
- 66–79 kg: 15 mg;
- ≥ 80 kg: 18 mg

6. MESURES D'HYGIÈNE

Attention: ceci est essentiel lors du traitement avec l'ivermectine **ET** lors du traitement avec les crèmes locales!

Juste avant que les personnes concernées n'appliquent la crème ou pendant les heures qui suivent l'application, **prendre les mesures d'hygiène suivantes**. Lors du traitement avec l'ivermectine, prendre les mesures suivantes dans les 10 heures après la prise des pilules, donc dans le courant de la journée.

- **Laver** la literie et tous les vêtements portés jusqu'à trois jours avant le traitement à une température de **minimum 60°**. En cas de doute, tout laver.
- Mettre les vêtements que vous ne pouvez pas laver à haute température, les peluches en tissu, les chaussures et les pantoufles **dans des sacs plastiques bien fermés**. Conserver les sacs bien fermés **pendant 72 heures** à température ambiante.
- Mettre également les coussins des fauteuils en tissu, les couvertures et les petits tapis (par ex. tapis de prière) dans des sacs plastiques fermés et les conserver à température ambiante pendant trois jours. Rouler les grands tapis et les laisser 72h dans le coin d'une chambre. Les aspirer ensuite intégralement.

Pour les affaires qui ne peuvent pas être lavées, appliquer les alternatives suivantes :

- Les faire tourner pendant un cycle dans un sèche-linge chaud.
- Mettre les sacs plastiques remplis et fermés au congélateur à une température de -20° et les y laisser pendant 12h.

Si une personne a dormi sur un matelas sans drap-housse, laisser le matelas aérer pendant 72h à température ambiante et l'aspirer ensuite intégralement.

Laver régulièrement le reste de la chambre/maison/structure d'accueil comme d'habitude avec un produit de nettoyage désinfectant. Il n'est **pas nécessaire de procéder à des nettoyages supplémentaires**. S'il y a de la moquette, l'aspirer intégralement.

En cas de suspicion de gale norvégienne : contacter le service médical de la région pour organiser une réunion et discuter de la gestion de la situation.

Mesures de précaution à prendre pour soigner les personnes atteintes d'une gale sévère:

- Planifier les soins infirmiers à la fin des consultations
- Administrer les soins de préférence dans un local avec peu de matériel et de meubles pour pouvoir le nettoyer et le désinfecter plus facilement.
- Soins des plaies ou des lésions : toujours porter des gants jetables
- Couvrir les blessures infectées avec un pansement occlusif
- Nettoyer et désinfecter le matériel qui a été en contact avec les personnes infectées, comme le mobilier, le matériel médical...
- Nettoyer et désinfecter le local après les soins avec un détergent désinfectant normal

7. TRACING DES CONTACTS

Contacts à risque:

- Les membres de la famille,
- Les personnes ayant été en contact (contact cutané) physique prolongé (> 15 min) ou répété, par ex. se promener main dans la main, dormir dans le même lit... les 14 derniers jours,
- Les personnes avec qui des vêtements/la literie ont été échangés les 14 derniers jours
- En cas de doute, il est recommandé de considérer la personne comme un contact à risque et de lui faire suivre un traitement.

Faire traiter simultanément les membres d'une famille et autres contacts à risque au moment où le diagnostic est établi, également en l'absence de symptômes, afin d'éviter une réinfection. Traiter les contacts à risque une seule fois, le plus vite possible après leur identification, avec un contrôle actif après une semaine.

8. GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE GALE DANS UNE STRUCTURE D'ACCUEIL

COLLECTIVE

Si **5 cas de gale ou plus** sont dépistés sur une période de 7 jours parmi des **résidents séjournant depuis déjà minimum 2 semaines dans la structure d'accueil**, prendre contact avec le responsable médical de la région. Après concertation et en accord avec l'inspecteur provincial de la santé, les mesures suivantes peuvent être prises:

1. Désigner un(e) coordinateur/trice de « soins » (médecin, infirmier/ère ou conseiller/ère en prévention) et constituer un groupe de pilotage ad hoc (membre de la direction, membre du service social, membre du service médical, responsable des services logistiques (laverie, équipe de nettoyage...))
2. Établir une liste de tous les cas suspectés ou confirmés
3. Transmettre cette liste des cas à l'inspection provinciale de la santé

4. Transmettre tous les cas à la direction (en respectant le secret professionnel) et à la coordination médicale de votre propre réseau ainsi qu'à la coordination médicale de la région fhq_med_sud@fedasil.be

N.B.: Si l'épidémie ne semble pas sous contrôle, la structure d'accueil peut éventuellement être placée provisoirement en quarantaine – après concertation entre la direction du centre, le coordinateur médical de la région et le directeur régional – afin de permettre le traitement adéquat de toutes les personnes (potentiellement) infectées et de prévenir la propagation de l'infection.

- Traitement avec l'**ivermectine** de tous les cas suspectés et confirmés. Traiter éventuellement tous les résidents d'un bloc/étage spécifique et/ou de la structure d'accueil. **Traiter** par défaut tous les cas suspectés et confirmés **2 fois** avec min. 7 jours entre les deux.
- Appliquer les mêmes mesures d'hygiène (vêtements, literie, etc.).
- En cas de **gros foyers épidémiques**, et toujours en concertation avec l'équipe médicale de la région, traiter également une fois **les contacts à risque** sans symptômes le **8e jour**, après le
- traitement des cas suspectés et confirmés (donc au moment du 2e traitement).

9. SINGALEMENT DE LA GALE

Chaque cas de gale dans une structure d'accueil collective doit être enregistré et mentionné dans les statistiques médicales du réseau d'accueil.

Chaque cas de gale norvégienne doit être immédiatement signalé au service médical de la région et aux autorités sanitaires régionales.

Chaque épidémie doit être signalée au service médical de la région et aux autorités sanitaires régionales.

Annex 18: Directive sur la substitution médicale dans les centres d'accueil collectifs

<p>Contact: Direction des services opérationnels Unité de gestion médicale Tel.: +32 2 213 44 16 Fax: +32 2 213 44 22</p>	<p>Adressé a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aux directions et aux services médicaux des structures d'accueil collectives • Région • Service dispatching/ Centre d'arrivée
--	--

1. INTRODUCTION: PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Cette note de service s'inscrit dans une politique plus large de prévention et de traitement des problèmes de dépendance aux drogues dures chez les demandeurs de protection internationale.

Bien que les problèmes de dépendance requièrent une attention quotidienne dans les centres d'accueil, cette note de service ne traite **PAS** de l'accompagnement des consommateurs problématiques de tabac, d'alcool ni de drogues douces. La problématique de dépendances des médicaments psychoactifs n'est pas non plus le sujet de cette note. Cette note traite de **l'accompagnement spécifique des personnes bénéficiant d'un traitement de substitution.**

La recherche montre que chez les demandeurs d'asile, les réfugiés et les migrants, il existe un risque de toxicomanie accru en raison de plusieurs facteurs de risque, à savoir : chômage accru, possibilités d'éducation limitées, barrière linguistique, conflits intergénérationnels, problèmes d'acculturation et une grande pression du groupe. Les minorités ethniques et culturelles qui consomment des drogues illégales ont difficilement accès aux structures de soins existantes pour toxicomanes¹⁶. La prévalence exacte et le type de toxicomanie varient selon le pays d'origine et le trajet¹⁷.

En Belgique, le traitement de substitution est protégé sur le plan médico-légal et approuvé socialement et médicalement. Le traitement de substitution doit être considéré comme une phase transitoire au cours de laquelle le toxicomane recherche un « nouveau mode de vie ».

2. TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

2.1. PRINCIPE

Le traitement de substitution consiste à remplacer la consommation illégale d'opiacés, par exemple l'héroïne, par l'utilisation contrôlée de méthadone ou de buprénorphine. L'objectif est de réduire le besoin de consommer des opiacés et de promouvoir la réinsertion du toxicomane dans la société. Le traitement est destiné aux adultes et aux adolescents de plus de 15 ans qui ont consenti au

¹⁶ Derluyn, I., Vanderplasschen, W., Alexandre, S., Stoffels, I., Scheirs, V., Vindevogel, S., Decorte, T., Franssen, A., Kaminski, D., & Cartuyvels, Y. (2008). Etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg. Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues. Gent: Academia Press

¹⁷ De Kock, C., Decorte, T., Schamp, J., Vanderplasschen, W., Hauspie, B., Derluyn, I., Sacco, M., et al. (2016). Substance use among people with a migration background: a community-based participatory research study.

traitement de leur dépendance. La dose est progressivement augmentée jusqu'à ce que la dose d'entretien optimale soit atteinte. Lorsque la personne est stabilisée, la dose peut être lentement réduite à nouveau. Une surdose mais aussi un sous-dosage, doivent être évités. Un suivi adéquat pendant le séjour dans le réseau d'accueil est donc nécessaire pour éviter les problèmes.

2.2 PRODUITS

2.2.1. Méthadon

Ce produit agit sur le cerveau mais, contrairement aux «vrais» opiacés, il ne donne pas de sentiment d'euphorie. La méthadone a une longue durée d'action, et fonctionne mieux si l'apport est fait 1x / jour, toujours au même moment.

2.2.2. Subutex®

= Buprenorphine HCl

2.2.3. Suboxone®

= Buprenorphine HCl + Naloxone HCl dihydrate

Cette substance a un effet similaire. La naloxone est ajoutée pour éviter le surdosage ou le mauvais usage (utilisation intraveineuse) mais ne peut pas être administrée pendant la grossesse.

Suboxone et Subutex ont une durée d'action limitée et fonctionne mieux pris deux fois par jour.

2.3. CADRE JURIDIQUE

La méthadone et la buprénorphine sont deux médicaments soumis à des réglementations spécifiques. La prescription de méthadone / buprénorphine est réglementée par l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution¹⁸.

Dans le **dossier médical**, le médecin doit noter les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, la posologie, les modes d'administration et de délivrance, ainsi que les recommandations multidisciplinaires ou spécialisées demandées et obtenues. Dès qu'un médecin prescrit de la méthadone ou de la buprénorphine, il devient également le médecin responsable et assure l'accompagnement de cette personne. Le médecin prescripteur conclut l'accord entre le patient et le médecin-pharmacien pour le traitement de substitution méthadone/buprénorphine. Le médecin prescripteur peut organiser des modalités de délivrance ou d'administration en fonction de l'état médical ou psychosocial du patient. Il est conseillé de l'adapter dans l'accord.

Dès que le médecin réalise une **prescription pour plus de 2 patients en même temps**, il doit

- suivre une formation spécifique (> forum VAD pour la toxicomanie / RAT)
- apporter la preuve d'une formation continue (lecture d'articles scientifiques et participation à un centre spécialisé)

¹⁸ Arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, *M.B.*, 30 avril 2004, p.35927

- être enregistré auprès d'un centre agréé: Institut de pharmaco-épidémiologie de Belgique (ou IFEB) / Direction générale des médicaments de la commission médicale de la santé publique fédérale et compétente

2.4. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA DISPOSITION DE SOINS

Le traitement de la dépendance aux opiacés avec des produits de substitution a démontré des effets bénéfiques et est largement utilisé en Belgique depuis 2002¹⁹.

L'équivalence des soins, conformément à la loi d'accueil, nécessite donc un traitement adéquat des personnes ayant recours aux opiacés.

De toute évidence, ce traitement doit aller **de pair avec un soutien psychosocial intensif**. A cet effet, un certain nombre de centres de référence externes sont disponibles (Voir l'**Annexe 1** : Aperçu des centres d'expertise en matière de conseil en toxicomanie).

En raison de l'expertise spécifique requise pour cet accompagnement médical et psychologique, Fedasil veut **externaliser** au maximum cette prise en charge. Dans un centre d'accueil, il n'y a pas lieu de prescrire des préparations de substitution à long terme, mais une collaboration avec un centre d'expertise est de préférence mise en place.

Dans le contexte de la continuité des soins, il peut toutefois être nécessaire de prescrire un traitement de substitution pour une période limitée. Une **communication** approfondie avec le résident est dans ce cas primordiale.

Enfin, il convient de mentionner que l'interruption de la méthadone ne conduit jamais à une situation mortelle contrairement à l'interruption de certaines autres substances.

3. MESURES PRATIQUES

3.1 Dans le centre d'arrivée

Chaque demandeur d'asile se présente au centre d'arrivée pour se faire enregistrer auprès de l'OE puis se présente au service Dispatching. Celui-ci peut alors inviter le demandeur à séjourner au centre d'arrivée pendant quelques jours.

Durant ce séjour au centre d'arrivée, un intake médical et social est réalisé afin de désigner la personne vers une structure d'accueil adaptée.

Les utilisateurs de traitement de substitution suivent essentiellement le même trajet générique à moins que la situation ne nécessite une désignation accélérée vers un centre de deuxième phase.

3.1.1. Orientation et stabilisation dans le centre d'arrivée

Le service médical fournit une ou plusieurs consultations pour objectiver et stabiliser l'usage de substitution.

¹⁹ http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2004031960&table_name=loi

- Si un demandeur de protection internationale (DPI) mentionne la consommation d'un opiacé, l'infirmier DIS vérifie l'utilisation effective des substituts sur la base d'un test d'urine et enregistre la dose indiquée par la personne dans son dossier médical. Il vérifie seulement si la personne obtient un score positif pour le produit méthadone ou subutex (çàd utilisateur). Il ne s'agit pas d'un dépistage général.
- Si le test est positif, l'infirmier DIS enregistre 'PRIOR' dans le dossier médical pour que le service médical du centre d'arrivée soit informé de l'arrivée d'une personne ayant des problèmes de dépendance.
- La personne se voit attribuer une place dans le centre d'arrivée.
- La personne est convoquée au plus tard le lendemain matin au service médical pour une consultation avec le médecin (ou le lundi si la personne arrive un vendredi).
- Le médecin opte pour un suivi externe ou prescrit la substitution nécessaire pendant le séjour.
- La livraison et la consommation de méthadone ont lieu à la pharmacie les jours de semaine. La dose est mise à disposition du résident pour les week-ends et les jours fériés (voir ci-dessous).
- Le service médical note les informations pour le service en charge de la désignation (LOC 10, dossier médical).
- Le service médical informe également le service médical du centre désigné par téléphone.
- La personne quitte le centre le matin avec des médicaments pour 3 jours.
- Si la personne réside plus de 3 jours au centre d'arrivée, le suivi sera effectué par le service médical du centre d'arrivée.

3.1.2. Désignation directe vers le centre de deuxième phase

Si l'occupation du centre d'arrivée ou la situation médicale de l'utilisateur l'exige (MOB2, LOC 5, LOC 6...), une désignation directe vers un centre d'accueil peut également être effectuée.

- Le médecin DIS examine la personne et décide de faire une désignation directe vers un centre de deuxième phase.
- L'infirmier DIS informe le service Désignations pour trouver une place adaptée (LOC 10, note dans le dossier médical)
- La procédure «désignation directe vers un centre d'accueil à partir du dispatching pour raisons médicales» est mise en œuvre: assure le suivi de l'intake médical et social, des besoins procéduraux, ...
- L'infirmier DIS informe le service médical du centre désigné par téléphone.
- Le médecin DIS fournit une prescription pour des produits pour 3 jours si la personne arrive un vendredi OU si le centre désigné confirme la nécessité (temps d'avoir un rendez-vous chez le médecin au centre suivant)

3.2. Dans le centre d'accueil

3.2.1. Présentation et suivi au service médical

À l'arrivée dans le centre de deuxième phase, le résident (PRIOR) doit être vu le plus vite possible par le service médical.

→ Sur place, le centre peut demander au résident de donner ses médicaments au service médical. Des accords sont ensuite faits sur la réception et la prise des médicaments. Dans ce cas, les médicaments sont conservés selon les modalités de conservation des stupéfiants.

Accords entre le service médical, la direction et le résident.

Le service médical et / ou la direction du centre peuvent conclure des accords avec le résident concernant la substitution pendant le séjour dans le centre. À cette fin, un "contrat interne" dans lequel il est fait référence au contrat avec les prestataires de soins concernant les modalités pratiques du traitement, peut être utilisé. En annexe, vous trouverez un exemple de document adaptable si ce contrat est souhaité (**Annexe 2**: Convention interne entre la personne sous traitement de substitution et le centre d'accueil)

En cas de faits graves (violences, menaces,...), de non-respect répétés des accords, d'indices montrant la persistance d'une consommation régulière interférant avec le traitement, le contrat sera suspendu. Le résident est également informé qu'il peut faire l'objet de sanctions disciplinaires selon les faits ayant eu ou pouvant avoir lieu au sein du centre ou à l'extérieur. S'il souhaite reprendre le traitement, le résident devra négocier un nouveau contrat avec le service médical.

- ➔ Une consultation chez le médecin du centre d'accueil est planifiée au plus vite et au plus tard le jour de la dernière dose des médicaments reçus au centre d'arrivée.
- ➔ Si possible, le patient est référé à un centre d'expertise en dehors du centre d'accueil. Le contact avec le centre d'expertise est pris dans les 72h après la première consultation.
- ➔ Le service médical prend contact avec le pharmacien.
- ➔ Le service médical note le suivi dans le dossier médical dans le trajet de soins prévu. On y note la dose précise, le nombre de doses délivrées et le lieu de délivrance / prise.
- ➔ Si indiqué et en accord avec les prestataires de soins concernés, d'autres contrôles d'urine peuvent être prévus pour évaluer l'adhérence au traitement.

3.2.2. La prescription

Tout médecin a le droit de prescrire une thérapie de substitution selon certaines conditions. Pour les détails juridiques et pharmacologiques, voir **Annexe 3**: Informations complémentaires sur la prescription de substitution pour les médecins et les infirmières.

3.2.3. La délivrance des produits de substitution – la visite à la pharmacie

La visite régulière à la pharmacie joue un rôle important dans la réintégration sociale du patient par l'obligation d'une régularité, du respect des heures d'ouvertures, d'attendre son tour ... et est donc utilisé comme règle.

Il est préférable que la pharmacie ne délivre pas de produits de substitution au service médical du centre d'accueil. En aucun cas la Méthadone ou la Suboxone ne peuvent être conservées à l'accueil. Les résidents reçoivent eux-mêmes leur dose pour le weekend et les jours fériés. Veuillez demander au résident de le garder soigneusement hors de portée des enfants.

Exceptionnellement, la prise de produits de substitution peut avoir lieu dans le centre d'accueil ou dans un centre d'expertise externe et ce en présence du médecin prescrivait ou d'une autre personne agissant sous sa responsabilité.

Chaque centre doit adapter sa politique conformément à cette note de service.

Il est conseillé que le médecin prescripteur (médecin du centre ou médecin externe d'un centre d'expertise), le pharmacien et le patient s'engagent à respecter les accords mutuels par un 'contrat externe'. Celui-ci est **un accord écrit**, signé volontairement par le patient, le pharmacien et le médecin. A cette fin, Fedasil utilise des contrats standards de l'inspection de la santé provinciale (**Annexe 4: Contrat standard de l'Inspection provinciale de la santé entre la personne sous traitement de substitution, le médecin et le pharmacien**)

3.2.4. En sortant du centre d'accueil

Pour chaque résident sous thérapie de substitution qui quitte le centre, un suivi spécifique doit être mis en place.

3.2.4.1. La personne reste dans le réseau d'accueil (transfert, transfert disciplinaire, transition, POR...)

1. Contrôle en Match-It : la personne a le label 'LOC 10'
2. Contrôle du dossier médical: le dossier médical mentionne toute l'information nécessaire. La communication concernant les données médicales vers le futur médecin traitant se fait par téléphone, par communication électronique sécurisée ou par le dossier médical électronique.
3. Le service médical avertit le centre d'expertise qui fait le suivi.
4. Le centre de départ communique juste que la personne doit voir un médecin endéans 3 jours au nouveau centre d'accueil désigné.
5. Il faut prendre des mesures actives pour assurer la communication avant et après le transfert entre le centre d'expertise et le centre d'accueil.
6. La personne reçoit des médicaments pour 3 jours.

3.2.4.2. La personne quitte le réseau d'accueil (fin du droit à l'aide matérielle)

1. Toute l'info est disponible dans le dossier médical du patient pour que les futurs soignants puissent en disposer.
2. En cas de décision positive : le service médical informe le patient sur la procédure des Soins Médicaux d'Urgence et quelles mesures il doit prendre pour pouvoir continuer son suivi.
3. En cas de décision positive: le service médical informe le patient du suivi ultérieur dans le réseau de soins régulier.
4. Le dossier médical est imprimé et donné au résident.
5. Le service médical avertit le centre d'expertise accompagnant. La continuité des soins est prévue au maximum par ce centre d'expertise.
6. En cas d'un retour volontaire au pays d'origine, une continuité des soins est prévue le mieux possible.

4. DÉCLARATION D'UTILISATION DE PRODUITS DE SUBSTITUTION

- A. Dans Match-it :
- Le résident reçoit le label **LOC 10**. Cette info est nécessaire pour certains collaborateurs hors service médical.
- B. Dans le dossier médical :
- Enregistrer diagnostic et trajet de soins
 - Choisir le code dans les 'favorites" préprogrammées pour que les données sur la consommation des substances dans les réseaux puissent être traitées dans des statistiques
- C. Signalisation :
- Tout écart significatif par rapport à cette directive qui entraîne une sanction ou une cessation doit être signalé comme un incident par le biais de incident@fedasil.be ou incidentpartner@fedasil.be.
 - Les problèmes dans le domaine médical sont signalés au service médical de votre région par FHQ_med_sud@fedasil.be .

Annexe 1: Aperçu des centres d'expertise en matière de conseil en toxicomanie

1. CENTRE NÉERLANDOPHONE

1.1. VAD - ASSOCIATION POUR LES PROBLÈMES D'ALCOOL ET AUTRES DROGUES

VAD représente la plupart des organisations flamandes qui travaillent sur le thème de l'alcool, des drogues illégales, des médicaments psychoactifs et des jeux d'argent.

- Tel.: 02/423.03.33
- Fax: 02/423.03.34
- E-mail: vad@vad.be
- Website: www.vad.be

1.2. LA 'DRUGLIJN'

La "druglijn" est une initiative du VAD. C'est un service d'information anonyme auquel le grand public peut s'adresser pour toutes questions, demander de l'aide ou obtenir du matériel éducatif sur l'abus de substances (alcool, drogues, pilules et jeux de hasard).

- Telefoon: 078/15 10 20 (du lundi au vendredi de 10h à 20h).
- Chat: <https://www.druglijn.be/stel-je-vraag/chaten> (du lundi au vendredi de 10h à 20h)
- Website: www.druglijn.be pour les questions non-urgentes (après max 5 jours ouvrables vous recevez une réponse).

1.3. ACCOMPAGNEMENT DROGUE (VVBV) (DRUGSHULPVERLENING VVBV)

VVBV est l'association flamande des centres de traitement des dépendances. Cette association regroupe tous les centres en Flandre avec une reconnaissance INAMI qui prennent en charge les consommateurs de drogues.

Website: www.verslaafdenzorg.be et cliquer sous l'onglet "membres VVBV". Vous trouverez sur le site web un centre d'expertise près de chez vous.

Pour plus d'informations, consultez aussi le website <https://www.drughulp.be/hulpverlening-drugproblemen> développé par CAD Limbourg et Centre de santé mentale Kempen, avec le soutien de la Communauté Flamande.

2. CENTRE FRANCOPHONE

2.1. FEDERATION FRANCOPHONE DES INSTITUTIONS POUR TOXICOMANES

La Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO) fédère 18 institutions bruxelloises actives dans la prévention, la réduction des risques et les soins relatifs aux assuétudes (services d'information pour le public, centres de soins, réseau de médecins, services de consultations psychosociaux, ...).

Une division est faite pour la Région Bruxelloise et la Région Wallonne.

2.2.1. FEDITO Bruxelles ASBL

- Réunit 18 institutions bruxelloises
- Tel.: 02/514 12 60
- E-mail: courrier@feditobxl.be
- Website: fedito@brutele.be

2.1.2. FEDITO Wallone ASBL

- Réunit 52 institutions wallonnes
- Tel.: 04/222 26 52
- E-mail: feditowallonne@skynet.be
- Website: www.feditowallonne.be

2.2. INFOR-DROGUES ASBL

Cette association offre de l'information, de l'aide, des conseils à toute personne confrontée d'une façon ou d'une autre, de près ou de loin, à la problématique des drogues.

Website: www.infordrogues.be

Adress e-mail: courrier@infordrogues.be

2.2.1. Permanence téléphonique: 02/227 52 52

- Lundi au Mercredi: 9u-21h
- Jeudi: 13u-21h
- Vendredi: 9u-17u
- Samedi : 10u-14u

2.2.2. Service de prévention:

- Tel: 02/227 52 61
- Du Lundi au Vendredi : 8h30 - 16h30

2.2.3. Service de documentation:

- Tel: 02/227 52 65
- Du Lundi au Vendredi: 9h - 17h

Annexe 2: Convention interne entre la personne sous traitement de substitution et le centre d'accueil

Cet accord doit être rédigé **en deux exemplaires**. 1 exemplaire pour le résident et 1 pour le membre du conseil d'administration.

Concernant l'accord pour la prise en charge spécifique par traitement de substitution de :

Nom et prénom de résident: _____

Né le: _____

N°-SP: _____ Résident à CA: _____

Avec votre accord, le service médical du centre d'accueil a contacté différents prestataires de soins et acteurs dans le cadre d'un suivi médical spécialisé.

Ces intervenants sont :

1. Service spécialisé ou médecin :

- Nom service :
- Nom et première lettre du nom médecin:
- Tél: _____ Adresse e-mail: _____

2. La pharmacie:

- Nom pharmacie :
- Commune :
- Tél: _____ Adresse e-mail: _____

3. Centre d'accueil:

- Nom membre du conseil d'administration:
- Nom et première lettre du nom médecin responsable:
- Tél. centre d'accueil:

Le résident (nommé ci-dessus) et le refuge représenté par le membre de la direction (nommé ci-dessus) ont convenu des dispositions suivantes :

- Toutes les parties s'engagent à respecter ce contrat.
- Le "Contrat type Inspection provinciale de la santé entre médecin, pharmacien et substitution" est également signé et respecté.

- Le résident s'engage à se présenter à l'institution spécialisée pour les différents rendez-vous.
- Le résident s'engage à prendre strictement et personnellement les médicaments qui lui sont fournis.
- Le non-respect de ces différentes dispositions entraînera des sanctions disciplinaires et/ou juridiques, qui peuvent aller d'une simple admonestation écrite à l'exclusion du centre et/ou à l'intervention de la police.

Fait te _____

, le _____

Pour accord,

Pour accord,

Résident:

Membre du conseil d'administration:

Annexe 3: Informations complémentaires sur la prescription de substitution pour les médecins et les infirmières

1. CADRE JURIDIQUE

La Méthadone et la Buprénorphine sont deux médicaments soumis à des réglementations spécifiques. La prescription de Méthadone/ Buprénorphine est réglementée par l'arrêté royal du 19 mars 2004²⁰.

Tout médecin peut prescrire des traitements de substitution:

- conformément aux recommandations scientifiques en vigueur
- si vous veillez au soutien psychosocial du patient (non précisé)
- si une demande d'aide motivée est disponible (problème de langue)

Dès que le médecin réalise une prescription pour plus de 2 patients en même temps, il doit :

- suivre une formation spécifique (> forum VAD pour la toxicomanie / RAT)
- apporter la preuve d'une formation continue (lecture d'articles scientifiques et participation à un centre spécialisé)
- enregistré auprès d'un centre agréé: Institut de pharmaco-épidémiologie de la Belgique (ou IFEB) / Direction générale des médicaments de la commission médicale de la santé publique fédérale et compétente

1.1. CONCLUSION

Les médecins non-registrés peuvent, selon la loi, prescrire Méthadone/Buprenorfine à maximum 2 patients à la fois.

Les médecins registrés (qui ont eu une formation supplémentaire) peuvent, s'il n'y a pas de centre de référence pour assistance en matière de drogue, prescrire à plusieurs patients à la fois

Chaque médecin est libre de prescrire la dose qu'il trouve approprié. Celle-ci peut être basée sur la dose déterminée au dispatching ou pendant le séjour au Centre d'arrivée, éventuellement, la dose est adaptée après anamnèse et observation du patient.

2. PRODUITS

1.1. METHADONE

Ce produit se lie, après ingestion, au cerveau et dans le corps aux mêmes récepteurs que les opiacés (= endroit où le médicament a un effet sur la cellule). C'est donc un « agoniste des opiacés ».

²⁰ Koninklijk besluit tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen.

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2004031960

Pendant le traitement à la méthadone, il est nécessaire de contrôler la consommation d'héroïne et d'autres substances, car parfois, d'autres substances sont utilisées pour ressentir l'euphorie. Cependant, contrairement au «vrai» opiacé, il ne donne pas de sentiment d'euphorie.

La méthadone a une longue durée d'action, et fonctionne mieux si l'apport est fait 1x / jour, toujours au même moment.

1.1.1. L'utilisation de la Méthadone

- La Méthadone est **prescrite chaque fois pour maximum une semaine** et en doses d'un jour.
- **Une dose de départ** de 30 mg par jour est recommandée. La dose de départ ne peut pas dépasser 20 mg par jour en cas d'une faible tolérance ou une tolérance inconnue, ou si les patients utilisent en même temps de l'alcool ou des sédatifs (benzodiazépines).
- La dose initiale maximale et la dose maximale à la fin de la première semaine sont de 40 mg.
- La dose peut être augmentée de 15 mg et de 20 mg maximum par semaine.
- Généralement la **dose de stabilisation** est plus élevée. Les symptômes de sevrage peuvent être mieux contrôlés avec des doses de 60 à 100 mg par jour. Ils sont donc plus efficaces pour que patient persévère dans son traitement et pour supprimer l'usage d'héroïne au cours du traitement en bloquant ses effets.
- Évaluez le patient avant chaque prise. Faites attention aux interactions médicamenteuses et interactions avec d'autres agents actifs tels que les benzodiazépines et l'alcool.
- La **diminution** est adaptée au bien-être subjectif du patient et a lieu à 10 mg / semaine et à une dose de 40 mg par jour, puis à 5 mg / semaine.
- Généralement la Méthadone est prescrite en préparation magistrale (sirop ou gélules). Vue du risque réel de marchander la Méthadone, le sirop est donc préférable. Le pharmacien doit faire à ce que les solutions aqueuses sont difficile à injecter, en ajoutant un sirop simple ou du sirop sorbitol, et en ajoutant un agent gonflant à base de gomme ou un dérivé de cellulose pour les gélules.

Compte tenu du risque réel de trafic de méthadone, le sirop est préférable. Le pharmacien doit rendre les solutions aqueuses difficiles à injecter en ajoutant du sirop simple ou du sirop de sorbitol, et les capsules en ajoutant un agent gonflant à base de gomme ou de dérivée de cellulose.

Les formules suivantes sont souvent utilisées:

A. Solution buvable 1 mg/ ml

R/ Méthadone Chlorhydrate 100 mg (cent milligrammes)

- Citrique acide anhydre 100 mg
- Arôme de banane 100 mg
- Glycérol 10 g
- Simple sirop conserve 40 g
- Eau conservante q.s. ad 100 ml (= 112 g)

Ou version simplifiée :

R/ Sirop à un milligramme par millilitre de Chlorhydrate de Méthadone FTM

- Dt/ X millilitres
- S/ X millilitres par jour en délivrance quotidienne à la pharmacie

B. Capsules (la dose journalière doit être intégrée dans la capsule)

R/ Methadon Chlorhydrate 40 mg (quarante milligrammes)

- Guar 50 mg

- Excipient diluent A (lactose monohydrate très fin 99,5 g + silice colloïdale anhydre 0.50 g) q.s. pour un capsule

R/ Méthadone Chlorhydrate 100 mg (cent milligrammes)

- Chlorofyl (soluble dans l'eau) 0,02 g
- L'huile de menthe poivrée 0,2 g
- Polysorbate 20 1,1g
- De l'eau ad 100 ml

1.2. BUPRENORPHINE

Cette substance se lie également aux mêmes récepteurs que les opiacés. L'occupation des récepteurs opiacés par la buprénorphine empêche les opiacés de se lier aux récepteurs. Cela réduit ou élimine l'effet de l'héroïne lorsque le patient / toxicomane utilise encore de l'héroïne sous traitement.

1.2.1. SUBUTEX® en SUBOXONE®

Subutex® = Buprenorphine HCl

Suboxone® = Buprenorphine HCl + Naloxone HCl dihydrate

Naloxone est ajouté pour éviter le surdosage ou le mauvais usage (utilisation intraveineuse). Avec l'utilisation orale normale de Suboxone, l'effet de la naloxone ajoutée est annulé par l'effet de premier passage au niveau du foie. En cas d'utilisation excessive ou d'administration IV du produit, la naloxone provoque toutefois des symptômes indésirables.

Suboxone et Subutex ont une demi-vie courte et sont mieux pris deux fois par jour.

1.2.2. L'utilisation de la Buprenorphine (Subutex® en Suboxone®)

- Buprénorphine est **prescrit pour maximum une semaine.**
- La dose initiale de buprénorphine mentionnée dans la notice scientifique de Subutex® est de 0,8 à 4 mg dans une prise journalière unique. Cependant dans la pratique cette dose initiale varie entre les 2 à 8 mg. Elle est augmentée progressivement en étapes de 2 à 4 mg par jour, en fonction de la situation clinique et le suivi du patient.
- La notice de Subutex® recommande de ne pas dépasser une dose journalière de 16 mg. Selon l'avis du Conseil Supérieur de la Santé une dose d'entretien moyenne efficace varie entre 16 et 32 mg par jour.

Le comprimé sublinguale doit être gardé sous la langue jusqu'à ce qu'il est complètement dissout, sans y sucer. Ceci prends environs 5 à 10 minutes. Le comprimé à un gout amer.

3. INTOXICATION AVEC DES PRODUITS DE SUBSTITUTION

Les symptômes d'un surdosage à la Méthadone ou Buprénorphine sont : nausées, vomissements, ralentissement du rythme cardiaque, ralentissement de la coordination psychomotrice et irritabilité. Ils se produisent entre ½ heure et 4 heures après la prise.

Des situations de risque sont:

- Prise du médicament par un enfant
- Les 2 – 3 premiers jours d'un traitement de substitution avec la Méthadone ou a reprise d'un traitement après un arrêt de plus de 5 jours pour la Méthadone et de 5 jours pour la Buprénorphine.
- La prise d'une dose trop élevée ou de doses doubles
- L'utilisation simultanée d'alcool, de psychopharmaca ou de certains médicaments.
- L'utilisation par une personne qui n'est pas tolèrent au opiacés (un déficit enzymatique génétique dans le foie).

En cas **d'une prise accidentelle par un enfant ou une personne non-tolèrent:**

- ➔ Avertir IMMÉDIATEMENT les services d'urgences!
- ➔ En attendant leur arrivé il faut essayer de garder la personne éveillé.
- ➔ S'il s'agit d'une personne sous traitement de substitution, il faut contacter, si possible, au plus vite le service médical et/ou le médecin traitant.

4. SEVRAGE D' OPIOÏDES

En cas de manque d'opioïdes, les convulsions ne se produisent presque jamais et le délire ne se produit jamais. Après la dernière dose, nous pouvons observer les symptômes suivants::

Après +/- 6u	Agitation
Après +/- 15u	Dilatation des pupiles, chair de poule, transpiration, yeux larmoyants, bâillement
Après +/- 24u	Agitation, insomnie, fièvre légère, douleurs musculaires et osseuses, hyperventilation, parfois vomissements et diarrhée
Après +/- 36 à 72u	Retrait plus sévère
Après +/- 7d	Sevrage disparu

Par la suite, le «syndrome d'abstinence prolongée» peut survenir en raison de modifications neurophysiologiques: dépression, anxiété et culpabilité, troubles du sommeil, dépendance psychologique à long terme (état de manque).

En cas d'interruption de la thérapie, les directives suivantes sont suivies:

Abstinence 1 à 2 jours	Sans problème / même dose continue
Abstinence pendant 3 jours	Réduire la dose à moitié
Abstinence de 4 jours	Réduire la dose à moitié mais pas plus de 40 mg
Abstinence de 5 jours ou plus longtemps	Redémarrage complet

Annexe 4: Contrat standard de l'Inspection provinciale de la santé entre la personne sous traitement de substitution, le médecin et le pharmacien

**TRAITEMENT DE SUBSTITUTION MÉTHADON/BUPRÉNORFINE
ACCORD PATIENT - MÉDECIN - PHARMACIEN**

Entre **le patient** d'une part:

Nom: Prénom:
N°-NISS: Sexe:
Mutualité:
Rue: N°: Boîte:
Code postale: Commune:

et le **médecin** et le **pharmacien** d'autre part:

Nom et prénom du médecin OU cachet:

Rue: N°: Boîte:
Code postale: Commune:
N°-NISS:

Nom et prénom du pharmacien OU cachet

Rue: N°: Boîte:
Code postale: Commune:
N°-APB :

Les accords suivants sont enregistrés :

- ✓ J'ai l'intention, par ce traitement de substitution, d'arriver à un fonctionnement sans drogue dans notre société.
- ✓ Le médecin et le pharmacien respecteront la confidentialité de mes données personnelles. Je suis informé que mes données personnelles sont enregistrées dans la 'Registration Nationale des traitements de substitution' exclusivement en forme codé et conforme la Loi sur la Protection de la Vie Privé.

- ✓ Le médecin et le pharmacien s'engagent à effectuer le traitement de substitution selon les dispositions de l'AR du 19 mars 2004, modifié par l'AR du 6 octobre 2006.
- ✓ Le médecin demande pour le patient un numéro d'agrément à la Commission Médicale Provinciale.
- ✓ Le pharmacien averti la Commission Médicale Provinciale à la première livraison d'un produit de substitution pour un patient particulier.
- ✓ Le médecin et la pharmacie peuvent se concerter sur ma situation et échanger des informations si nécessaire.
- ✓ Pour mon traitement j'irais toujours chez le médecin et la pharmacie mentionnée ci-dessus, ou son remplaçant. Si je veux changer de médecin ou de pharmacien, j'en discuterais d'abord avec eux.
- ✓ Par respect pour ma vie privée, le produit de substitution sera délivré à moi personnellement, et cela journalièrement et en forme orale, sauf si le médecin prescrit autrement. La mode de livraison et d'administration doit être décrite sur la prescription.

La dose de départ du médicament est: _____ . Le mode de dispensation et d'administration doit être indiqué sur chaque ordonnance.

Le médicament doit **être pris sur place/ peut être donné** (supprimer ce qui ne convient pas). Si le médicament peut être remis en cours de route, ce sera pour une durée maximale de jours à la personne autorisée (nom + prénom) :

.....

- OU vignette
- OU cachet
- OU cachet 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17.

- ✓ J'ai le droit de consulter l'information gardé à mon nom chez mon pharmacien et mon médecin et éventuellement je peux demander une correction.
- ✓ Si je ne respecte pas les règles de livraison et d'administration – prescrits par le médecin – le pharmacien préviendra immédiatement le médecin.

Afin de ne pas interrompre le traitement, le pharmacien donnera la ou les doses quotidiennes nécessaires la veille du week-end ou du jour de fermeture.

- ✓ **La pharmacie est ouverte du:**
 - ⇒ **Lundi au vendredi:** le matin de heures à heures, l'après-midi de heures à heures, EXCEPTÉ
 - ⇒ **Samedi:** le matin de heures à heures;

Pour récupérer mes médicaments

.....

- ✓ Si le jour prévu je ne viens pas chercher la dose, elle ne peut être récupérée. Si je ne viens pas chercher ma dose pendant quatre jours successifs, le contrat s'arrête et je dois de nouveau consulter mon médecin.
- ✓ Dès que le médicament est en ma possession, j'en suis responsable.
- ✓ Médication perdue, volé ou détruit n'es pas remplacé.
- ✓ En absence du médecin ou de la pharmacie, un arrangement adapté est pris pour ne pas interrompre le traitement de substitution.
- ✓ Un médicament de substitution n'est pas livré pendant le service de garde.
- ✓ Je suis mis au courant que, par la loi, je n'ai pas le droit de conduire un véhicule pendant le traitement de substitution.
- ✓ Dès que j'ai un comportement non-correct, agressif ou menaçant, le contra test terminé immédiatement.

Si ces règles ne sont pas suivies, le médecin ou le pharmacien peuvent rompre le contrat. Dans ce cas je peux faire un recours chez l'Ordres des Médecins ou des Pharmaciens.

SIGNATURES:

Fait le, en trois exemplaires. Le pharmacien, le médecin et le patient reçoivent chacun un exemplaire.

Pour accord,

Pharmacien:

Médecin:

Patient:

Annexe 19: Modalités organisationnelles des consultations psychologiques et conditions de remboursement pour les résidents en structures d'accueil.

A L'ATTENTION DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SERVICES FINANCES DES STRUCTURES D'ACCUEIL.

Les équipes de terrain organisent une première évaluation des besoins et si nécessaire réfèrent le résident concerné vers un prestataire de soins psychologiques. Idéalement, ce dernier a une expérience avec le groupe cible (DPI).

Modalités organisationnelles consultations psychologiques (résidents en structure d'accueil)	Conditions de remboursement (valable à partir de mars 2023)
<p><u>Demande d'avis – Première évaluation</u></p> <p>Utilisation du document de contact « demande d'avis »</p> <p>La première évaluation s'organise en 1 à 3 séances (si nécessaire) pour que le prestataire établisse la proposition thérapeutique et indique la catégorie de prise en charge nécessaire (individuelle, famille, groupe).</p> <p>L'utilisation du document de contact « proposition thérapeutique » est laissée à la libre appréciation du prestataire.</p>	<p><u>Réquisitoire : CAT A</u></p> <p>Validé par le service médical</p> <p>1 RQ par séance (joint à la facture)</p> <p><u>Séance individuelle</u> : max 81.74€/h (exonéré de TVA)</p> <p><u>Séance famille (2p. et plus)</u> : max 122.61€/1h30 (exonéré de TVA)</p>
<p><u>Prise en charge psychologique (enfant, MENA, adulte)</u></p> <p><u>Séance individuelle</u> de 60min (min 45min avec le patient)</p> <p><u>Séance famille</u> de 90 min (min 75min avec la famille)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fréquence standard recommandée : jusqu'à 2X/mois ✓ Trajet de suivi intensif (individuel et/ou famille) jusqu'à max 4X/mois (une motivation à introduire auprès de la structure d'accueil est souhaitée) <p>Echange d'informations « utiles et nécessaires »²¹ avec le prestataire de soins est recommandée.</p>	<p><u>Réquisitoire : CAT B (individuel) ou C (famille)</u></p> <p>Validé par le service médical</p> <p>1 RQ par séance (joint à la facture)</p> <p><u>Séance individuelle</u> : max 81.74€/h (exonéré de TVA)</p> <p><u>Séance famille (2p et plus)</u> : max 122.61€/1h30 (exonéré de TVA)</p>

²¹ Art. 33§1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé :

<p>Utilisation du follow-up dans le dossier médical du résident.</p>	
<p><u>Prise en charge psychologique (enfant, MENA, adulte) dans le centre (Outreaching)</u></p> <p><u>Séance individuelle</u> de 60min (min 45min avec le patient) dans le centre</p> <p><u>Séance famille</u> de 90 min (min 75min avec la famille) dans le centre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fréquence standard recommandée : jusqu'à 2X/mois ✓ Trajet de suivi intensif (individuel et famille) jusqu'à max 4X/mois (une motivation à introduire auprès de la structure d'accueil est souhaitée) <p>Echange d'informations « utiles et nécessaires » avec le prestataire de soins est recommandé.</p> <p>Utilisation du follow-up dans le dossier médical du résident.</p>	<p><u>Réquisitoire : CAT B Outreaching (individuel) ou C Outreaching (famille)</u></p> <p>Validé par le service médical</p> <p>1 RQ par séance (joint à la facture)</p> <p><u>Séance individuelle</u> : max 81.74€/h (exonéré de TVA)</p> <p><u>Séance famille</u> : max 122.61€/1h30 (exonéré de TVA)</p>
<p><u>Prise en charge psychologique (enfant, MENA, adulte) à distance (VISIO/teams)</u></p> <p><u>Séance individuelle</u> de 60min (min 45min avec le patient)</p> <p><u>Séance famille</u> de 90 min (min 75min avec la famille)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fréquence standard recommandée : jusqu'à 2X/mois 	<p><u>Réquisitoire : CAT B VISIO (individuel) ou E VISIO (famille)</u></p> <p>Validé par le service médical</p> <p>1 RQ par séance (joint à la facture)</p> <p><u>Séance individuelle</u> : max 81.74€/h (exonéré de TVA)</p> <p><u>Séance famille (2p et plus)</u> : max 122.61€/1h30 (exonéré de TVA)</p>

Tout praticien visé aux articles 3 §1er (médecins), 4 (dentistes), 6 (pharmaciens), 63 (sages-femmes), **68/1 (psychologues cliniciens) et 68/2 (orthopédagogues cliniciens)** est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer à un autre praticien traitant désigné par ce dernier pour poursuivre ou compléter soit le diagnostic, soit le traitement, toutes les informations utiles et nécessaires d'ordre médical, pharmaceutique et psychologique le concernant.

L'échange d'information ne doit pas uniquement s'envisager comme une initiative du patient. Si vous estimez opportun ou indispensable d'informer un autre praticien professionnel traitant pour poursuivre ou compléter le diagnostic ou le traitement (ex. le médecin ou le psychiatre du patient), vous pouvez proposer au patient d'échanger des informations concernant le suivi.

Il est possible qu'un autre praticien (psychologue, médecin, infirmière) traitant vous demande directement une information pour poursuivre ou compléter un traitement ou un diagnostic. Si le patient marque son accord, vous êtes tenu de transmettre toute information utile ou nécessaire à cet effet.

<p>✓ Trajet de suivi intensif (individuel et famille) jusqu'à max 4X/mois (une motivation à introduire auprès de la structure d'accueil est souhaitée)</p> <p>Echange d'informations « utiles et nécessaires » avec le prestataire de soins est recommandé.</p> <p>Utilisation du follow-up dans le dossier médical du résident.</p>	
<p><u>Prise en charge psychologique en groupe (min. 5p. et max 15p.)</u></p> <p>Les interventions de groupes concernent un nombre minimum de 5p. et max 15p. Elles se déroulent en 120 minutes (avec un minimum de 90 minutes avec le groupe).</p> <p>✓ Validé jusqu'à 2X/mois (Fréquence standard)</p> <p>Elles sont effectuées par 1 à 2 intervenants, dont au minimum 1 psychologue (ou médecin psychothérapeute) présent.</p>	<p><u>Réquisitoire : CAT D (groupe psy)</u></p> <p>Validé par le service médical</p> <p>1 RQ par séance avec le nom des concernés (joint à la facture)</p> <p><u>Séance effectuée par 1 psychologue et 1 autre prestataire de soins : max 355.6€/120 minutes/groupe</u> (exonéré de TVA)</p> <p><u>Séance effectuée par 1 psychologue et 1 psychologue/ou un médecin psychothérapeute : max 435.98€/120 minutes/groupe</u> (exonéré de TVA)</p>
<p><u>Activité thérapeutique en groupe (min 5p. max 12p.)</u></p> <p>Il est recommandé d'introduire la demande auprès de la coordination psychosociale (ou du service préposé) en indiquant les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le prestataire de l'activité ; • Les objectifs proposés (expliquer la vision thérapeutique du groupe) ; • Les modalités de l'intervention (l'organisation pratique) ; • Le nombre de séances prévues (cycles de x séances) et la durée d'une séance ; • Le prix (les séances, les frais de déplacement et autres). <p>Cycle de 6-10 séances. Chaque séance dure 2h (et max.3h/sur demande).</p> <p>Min 5p. et max 12p. participant. Max 2 cycles/an.</p>	<p><u>Réquisitoire : CAT E (activité à visée thérapeutique)</u></p> <p>Validé par la coordination psychosociale ou le service préposé (via mail)</p> <p>Honoraire spécifique fixé par Fedasil</p> <p>1 séance à max 90€/h/groupe (exonéré de TVA)</p> <p>Cycle de 6-10 séances. Chaque séance dure 2h (et max.3h/sur demande). Max 2 cycles par an</p> <p>1 RQ par séance/participant ou 1 RQ avec le nom des concernés et les dates des activités.</p> <p>Min 5participants. et max 12p.</p> <p>Remboursement des frais divers voir ci-joint.</p>

Cycle effectué par un prestataire de soins psychologue agréé ou sans titre de professionnel de la santé.	
--	--

Remboursement des frais (divers)

- ✓ Les frais d'**interprète** selon l'instruction « frais de transport et interprète » en vigueur et séparément des honoraires de consultations.
- ✓ Les frais de **déplacement** (par trajet et non par consultation) peuvent être facturés à la structure d'accueil, pour autant qu'une distance de plus de trois km soit parcourue et au tarif en vigueur (<https://fedweb.belgium.be>). Les déplacements en train peuvent également être remboursés.
- ✓ Les frais d'**annulation d'une consultation**, à raison d'1/3 des honoraires, sont à charge de la structure d'accueil si la consultation est annulée moins de deux jours ouvrables (48h) avant le RDV ou en raison de l'absence du résident à la consultation (sauf en cas de force majeure - comme une grève des transports,...). Les prestataires de soins informent le service médical (ou le service désigné), par téléphone ou par e-mail, de l'absence du résident à la consultation. Fedasil ne remboursera aucun frais de consultation si une consultation est annulée par e-mail ou par téléphone deux jours ouvrables avant le RDV.
- ✓ Les frais **administratifs et de dossiers** ne peuvent pas être facturés en supplément. Les échanges d'informations (téléphone, mails ou courriers) sont inclus dans les frais de consultation.

En cas de questions relatives aux honoraires veuillez prendre contact avec le coordinateur psychosocial (Julie Vanderkelen) FHQ_Psychosocial@fedasil.be 0470/67.13.47.

Annexe 20: Fiche type sur les violences intrafamiliales

1. INTRODUCTION

1.1. DEFINITIONS

La **VIOLENCE** peut être décrite comme "tout acte (ou menace d'acte) qui affecte le droit à l'autodétermination et l'intégrité physique et/ou psychologique d'autrui".

La **VIOLENCE INTRAFAMILIALE** est une violence qui se produit entre des personnes qui entretiennent une relation étroite et importante les unes avec les autres. Elle inclut la violence entre les parties suivantes ::

- partenaires ou ex-partenaires
- frères et soeurs
- par et pour les enfants, les parents, les grands-parents et les autres membres de la famille

La violence peut prendre différentes formes:

- la négligence physique et les mauvais traitements
- la négligence et les abus psychologiques
- les abus sexuels
- la violence structurelle (Est une violence qui est causée par les systèmes sociaux plutôt que par les individus.)

Informations complémentaires : il n'y a pas de consensus sur les limites et l'interprétation concrète du concept de violence. Les différents secteurs appliquent des critères différents. Dans le secteur juridique, la preuve est importante ; dans le secteur social, une définition subjective, c'est-à-dire l'histoire de la victime, est suffisante.

1.2. SUIVI DE LA SITUATION AIGUË

- Stop à la violence
- Parties distinctes
- Demander de l'aide à la victime
- Fournir un abri si des enfants et/ou des témoins sont impliqués. Il peut s'agir d'une séparation des deux parties dans la structure d'accueil elle-même ou temporairement dans un autre centre d'accueil.
- Régime de droits de visite des enfants si la victime déménage dans un autre centre d'accueil. Tant qu'il n'y a pas de décision officielle sur la tutelle par la police, le juge des jeunes ou le juge de paix, un arrangement doit être conclu.
- Voir les critères "transfert d'un lieu approprié" - Demande de lieu approprié 12&2

1.3. SUIVI/SUCCESSION

1.3.1. Signalement

- Advies geven tot aangifte bij de politie voor klacht neerlegging. Dit kan ook later gedaan worden.
 - ⇒ Si la victime ne souhaite pas porter plainte, la structure d'accueil peut toujours déposer une plainte en tant que témoin.
- Dans le cas d'enfants : signaler les cas de maltraitance au centre de protection des enfants.
- Inscrire l'incident dans le rapport de notification et d'agression

1.3.2. Soutien médical et psychosocial

- Détermination de la violence par un médecin : le médecin établit le certificat en trois exemplaires : 1 pour le médecin et 2 pour la victime
- Prise en charge psychosociale par le centre si aucune mesure n'est prise par la police
- Orientation de la victime vers des services psychosociaux (toujours en coopération avec le service médical) comme le centre de confiance pour obtenir des conseils, ainsi que le service de police local chargé de la jeunesse et de la famille.

1.3.3. Etappes juridique

- Éventuellement, et après consultation de la victime, engager une procédure de divorce ou des accords de résidence concernant les enfants.
- des mesures provisoires peuvent être demandées au juge de paix/ tribunal des jeunesse. Tant qu'aucune mesure provisoire n'a été prononcée, la mère/père légale peut prendre les enfants ou leur rendre visite autant qu'elle/il le souhaite.
- Si cela n'est pas souhaité, des mesures provisoires peuvent être demandées au juge de paix si les parents sont mariés ou au tribunal de la jeunesse si ce n'est pas le cas.
- Le juge se prononce ensuite sur l'autorité parentale, les règles de résidence et le droit de visite.
 - ⇒ En cas de "**garde conjointe**", les parents exercent la garde conjointe des enfants, et un accord de résidence est organisé entre les deux.
 - ⇒ Dans le cas de "**l'exercice exclusif de l'autorité parentale**", l'autorité parentale est attribuée à un seul parent. Les enfants restent alors chez le parent qui exerce l'autorité parentale. Si cette tâche est confiée à la mère, le père ne peut pas simplement emmener les enfants avec lui. Dans un régime de garde exclusive, le parent qui n'a pas l'autorité parentale a un droit de visite sur les enfants. Le juge peut décider où et comment les contacts ont lieu (par exemple, dans un parloir neutre), mais il peut aussi interdire temporairement le droit de visite si cela est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

1.3.4. Refuge

L'accueil dans un refuge est une possibilité s'il y a des menaces envers la victime, cette dernière serait en danger réel si elle restait dans la structure actuelle du refuge.

- Le coût d'un refuge est de +/- 25€/jour par adulte et 16€/enfant.
- Si la victime réside dans un centre Fedasil, ces frais seront pris en charge par Fedasil.
- Si la victime est hébergée dans une autre structure d'accueil, ce partenaire doit payer (LOI, Croix-Rouge, Caritas, ...).

1.3.5. Soutien du personnel

Si nécessaire, demandez l'aide de l'équipe antistress pour vous-même ou vos collègues qui ont du mal à faire face à l'incident.

Annexe 21: Checklist Mutilations Génitales Féminines

Cette checklist doit être remplie pour les filles/femmes qui ont subi, ou risquent de subir, des mutilations génitales féminines.

(Rayez, en cas de question à choix multiple, ce qui ne s'applique pas.)

Nom:		Prénom:		
Date de Naissance:				
Identification			Commentaires	Paraphes
1	Vient d'un pays qui pratique les MGF	Oui-Non		
2	Question sur les MGF posée lors de l'intake pour elle et éventuellement ses filles (si applicable)	Oui-Non		
3a	A déclaré avoir subi une MGF	Oui-Non		
3b	A déclaré être à risque de subir une MGF	Oui-Non		
4	Nombre de filles présentes en Belgique. (si connu, indiquer si les filles ont subi des MGF ou non)	0, 1, 2, 3		
Accompagnement psycho-médico-social				
5	Informations données sur MGF, impact sur la santé, protection	Oui-Non		
6a	Examen médical proposé pour la femme (et ses filles).	Oui-Non		
6b	Accepte l'examen médical	Oui-Non		
6c	Prise de rendez-vous pour un examen médical	Oui-Non	Date:	
6d	Certificats faits (mère et fille(s)) et besoins médicaux répondus	Oui-Non		

6e	Si besoin spécifique, proposer un RDV dans un centre spécialisé (CeMAViE ou VrouwenKliniek ouo autres structures)	Oui-Non		
6f	Accepte la référence vers un centre spécialisé	Oui-Non		
6g	RDV pris avec le centre spécialisé	Oui-Non	Date:	
7a	Suivi psychologique proposé	Oui-Non		
7b	Souhaite un suivi psychologique	Oui-Non		
7c	RDV psy pris	Oui-Non	Date:	
8a	RDV counseling individuel GAMS proposé	Oui-Non		
8b	Accepte le counseling individuel GAMS	Oui-Non		
8c	RDV avec GAMS pris	Oui-Non	Date:	
9a	Ateliers collectifs GAMS proposés	Oui-Non		
9b	Souhaite participer à un des ateliers collectifs du GAMS	Oui-Non		
9c	Inscription faite aux ateliers du GAMS (gratuit)	Oui-Non	Date du 1er atelier:	
Accompagnement juridique				
10a	Contact pris avec l'avocat et transmission du certificat médical et tous les documents	Oui-Non		
10b	Si nécessaire, contact pris avec INTACT	Oui-Non		
10c	Accepte le soutien juridique d'INTACT et transmission des documents	Oui-Non		
11	Entretien avant audition CGRA ou CCE pour faire le point sur tous les éléments du suivi	Oui-Non		

Si obtention du statut de réfugié ou protection subsidiaire				
12	Rappel de la loi belge interdisant l'excision	Oui-Non		
13	Relais vers ONE/K&G et PSE/CLB si enfants à risque	Oui-Non		
14	Explication donnée sur le suivi annuel demandé par le CGRA quand protection obtenue pour protéger les filles des MGF	Oui-Non		
Indien uitwijzing				
15	Contact avec des associations spécialisées si la femme le souhaite	Oui-Non		

Annex 22: Medical Screening Resettlement Belgium

MEDICAL SCREENING RESETTLEMENT BELGIUM

Date
Country

1. PATIENT INFORMATION			
Name Given name		UNHCR Case N° UNHCR Registration N°	
Date of birth		Country of origin	
Sex		Country of residence	
Nationality		Language(s)	

2. INFORMATION UNHCR

3. MEDICAL PARAMETERS [16+]					
BP	mm/HG	HR	/min	T°	°C

4. TUBERCULOSIS CHECKLIST						
TUBERCULOSIS (TBC)	NO	YES				
		→				
COHABITANT WITH ACTIVE CONTAGIOUS TBC?	NO	YES				
		→				
SYMPTOMS OF TBC	NO	YES	FEVER	WEIGHT LOSS	SPUTUM	HAEMOPTYSIS
		→	COUGH	NIGHT SWEATS	EXTERN HAEMORRHAGE	
ADDITIONAL INFORMATION →						

5. VACCINATION STATUS						
NOT ALL VACCINATIONS	ALL VACCINATIONS	NO VACCINATIONS	VACCINATIONCARD AT HOME			
COVID-19 VACCIN →		→	NO	YES	1st	2nd
		COMPLETED		→		

6. ADDITIONAL ATTACHMENTS			NO
MEDICAL REPORT(S)	VACCINATIONCARD(S)	OTHER ↓	

7. FOR CHILDREN < 7 YEARS						NO
DIAPERS	NIGHT	DAY	NUTRITION	BREAST MILK	POWDER MILK	OTHER →

ANY MEDICAL PROBLEM OR OTHER INFORMATION?

YES ↓	NO X
-------	------

8. MEDICAL PROFILE				NO
CURRENT MEDICATION	NO	YES →		
CARDIOVASCULAR DISEASE	NO	YES →		
PULMONARY DISEASE	NO	YES →		
UROLOGICAL DISEASE	NO	YES →		
GASTRO-ENTEROLOGICAL DISEASE	NO	YES →		
NEUROLOGICAL DISEASE	NO	YES →		
ENDOCRINOLOGICAL DISEASE	NO	YES →		
HAEMATOLOGICAL DISEASE	NO	YES →		
NOSE-THROAT-EAR DISEASE	NO	YES →		
EYE DEVIATION	NO	YES →		
			Glasses	Left Right Myopie Hyperopie
ALLERGY	NO	YES →		
SURGERIES	NO	YES →		
OTHER SIGNIFICANT DISEASES, INFECTIONS OR MEDICAL PROBLEMS	NO	YES →		

PREGNANCY	NO ↓	YES →	WEEKS		E.D.D.	
	CONTRACEPTION		TRAVEL BEFORE	32w	34w	
	NO	YES	COMPLICATIONS	NO	YES →	

9. PSYCHOLOGICAL WELL-BEING				OK
SLEEPING PROBLEMS	NO	YES	REDUCED ACTIVITY	NO YES
NIGHTMARES	NO	YES	REDUCED APPETITE	NO YES
CONCENTRATION PROBLEMS	NO	YES	LESS STRESS RESISTANCE	NO YES

► 3 TIMES OR MORE 'YES'? ►

INTRUSIVE MEMORIES	NO	YES →	
AVOIDANCE	NO	YES →	
NEGATIVE CHANGES IN THINKING AND MOOD	NO	YES →	
CHANGES IN PHYSICAL AND EMOTIONAL REACTIONS	NO	YES →	

ADDITIONAL INFORMATION →	
---------------------------------	--

10. PSYCHIATRIC PROBLEMS			NO
SUSPECTED PROBLEM OR DIAGNOSIS		TREATMENT AND/OR THERAPY	YES NO
ADDITIONAL INFORMATION →			

11. MOBILITY AND AUTONOMY			NO
REDUCED MOBILITY AND/OR DISABILITY	NO	YES →	
NEEDS ADAPTED ACCOMODATION	NO	YES →	
NEEDS MEDICAL EQUIPMENT	NO	YES →	
INCONTINENCE MATERIAL	NO	YES →	
(IN)DEPENDENT (self-reliance)	NO	YES →	
DIFFICULTY FOR JOURNEY (aircraft, bus)	NO	YES →	
OTHER	NO	YES →	

12. INFORMATION ON REFFERALS AND TRAVEL			
DIRECT APPOINTMENT GP	NO	YES →	
REFERRAL IOM PDMS	NO	YES →	
FIT TO FLY (ADVICE FEDASIL)	YES	NO →	REASON
		EXPECTED PROBLEMS DURING FLIGHT	
		SPECIAL TRAVEL REQUIREMENTS	

13. ADDITIONAL INFORMATION FOR RESETTLEMENT COACHES AND/OR RECEPTION PLACE IN BELGIUM