

VADEMECUM MÉDICAL

Directives et instructions sur les soins médicaux

Version 2: Décembre 2023

Gestion Médicale Fedasil

AJUSTEMENTS ET AJOUTS

Pour que le vade-mecum médical reste exact, il est prévu une mise à jour semestrielle et une mise à jour complète tous les deux ans.

En cas d'ambiguïté, une règle qui ne reflète pas la réalité ou un doute, vous pouvez le signaler à fhq_med_sud@fedasil.be.

Si la remarque est fondée, le vade-mecum médical sera adapté dans une prochaine mise à jour semestrielle ou mise à jour complète.

Les nouveaux ajustements et ajouts sont énumérés ci-dessous dans une vue d'ensemble et apparaissent en vert dans le texte. **Il est également possible d'y accéder rapidement en cliquant sur "Ctrl+F" "NEW"**. Les ajustements et ajouts de la version précédente seront indiqués en noir.

Version	Page	Partie de texte	Ajustement et/ou Ajout
2	9	1.3. Régularisation pour raison médicale	Ajustement
2	12	2.2.2.3. DPI dehors du réseau d'accueil	Ajout
2	21	4.4.1. Cadre des soins médicaux	Ajustement
2	32	6.3. Cadre légal afférent au remboursement des soins médicaux par Fedasil	Ajustement
2	37	6.3.1.2.1. Interventions non chirurgicales – 2. Lentilles de contact	Ajustement
2	38	6.3.1.2.2. Interventions chirurgicales – 4. Autres	Ajustement
2	39	6.3.1.4. Bandagisterie - semelles	Ajout
2	39	6.3.1.5. Pédicure médicale	Ajout
2	40	6.3.1.6.2. Traitement de la fertilité	Ajustement
2	41	6.3.1.7. Tests génétiques – Tests ADN	Ajustement + Ajout
2	43	6.3.3.1. Transport	Ajustement
2	43	6.3.3.2. Interprètes	Ajustement
2	43	6.3.4. Demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux	Ajout
2	45	6.3.4.1. Comment soumettre une demande de prise en charge exceptionnelle ?	Ajustement
2	54	7.4. Régime alimentaire	Ajustement
2	63	7.6.5.2. Circoncision masculine	Ajustement
2	70	9.1.5. Procédure Dublin	Ajout
2	74	11.4. Transplantation d'organes	Ajout
2	ADD.6 22-24	Addendum 6 : Hépatite C <ul style="list-style-type: none">4. Critères de traitement et d'imputation4.2. Demande exceptionnelle	Ajustement
2	ANN.13	Annex 13: Demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux – 4.2. Des soins médicaux ?	Ajustement

Table des matières

AJUSTEMENTS ET AJOUTS	2
AVANT-PROPOS	7
1. LA LOI ACCUEIL	8
1.1. DEMANDEUR DE PROTECTION INTERNATIONALE	8
1.2. ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL DANS LE CADRE DE LA LOI ACCUEIL	8
1.3. RÉGULARISATION POUR RAISON MÉDICALE.....	9
2. ACCUEIL DES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE	10
2.1. PHASE 1 : ARRIVÉE	10
2.2. PHASE 2 : ACCUEIL	11
2.2.1. Centres d'accueil.....	11
2.2.2. Alternatives	11
2.2.2.1. Structures d'accueil individuelles.....	11
2.2.2.2. Structures spécifiques.....	11
2.2.2.3. DPI dehors du réseau d'accueil	12
2.2.3. Mineurs étrangers non accompagnés	12
3. CADRE MÉDICAL	12
3.1. GESTION MÉDICALE FEDASIL	12
3.2. ÉQUIPE MÉDICALE RÉGIONALE À FEDASIL	13
3.3. SERVICE MÉDICAL STRUCTURE D'ACCUEIL.....	13
4. SERVICES MÉDICAUX PENDANT LA PROCÉDURE DE DEMANDEUR DE PROTECTION INTERNATIONALE ..	14
4.1. EXAMEN MÉDICAL.....	14
4.2. ENTRETIEN MÉDICAL.....	15
4.3. PROGRAMMES DE PRÉVENTION	16
4.3.1. Prévention de la tuberculose	16
4.3.1.2. Traitement des RX du thorax	16
4.3.2. Programme de vaccination.....	17
4.3.2.1. Programme de vaccination	17
4.3.2.2. Vaccination des mineurs (< 18 ans)	18
4.3.2.3. Intervalle entre les différents vaccins	18
4.3.2.4. Enregistrement des vaccinations administrées	19
4.3.2.5. Vaccinations.....	19
4.3.2.5.1. Vaccination contre la polio (IMOVAX).....	19
4.3.2.5.2. Vaccination contre la rougeole - la rubéole - les oreillons (RRO).....	19
4.3.2.5.3. Vaccination contre la diphtérie - le tétanos - la coqueluche.....	20
4.3.2.5.4. Vaccination contre la grippe saisonnière (= Influenza)	20
4.3.2.5.5. Vaccination contre le COVID-19	20
4.3.3. Sensibilisation générale et prévention.....	21
4.3.4. Épidémie ou pandémie	21
4.4. ADMINISTRATION DES SOINS MÉDICAUX	21
4.4.1. Cadre des soins médicaux.....	21
4.4.2. Directives pour la prescription et la délivrance de produits pharmaceutiques dans une structure d'accueil collective.....	22
5. DOSSIER MÉDICAL GLOBAL	22
5.1. DOSSIER MÉDICAL GLOBAL ÉLECTRONIQUE	22
5.1.1. Saisie des données dans le dossier médical global électronique	22

5.1.2. Accès à la réception d'informations provenant de services externes	23
5.1.3. Transmission du Dossier Médical Global	23
5.1.3.1. Échange du dossier médical global	23
5.2. CERTIFICAT	24
5.2.1. Certificat dans le cadre d'une procédure d'asile.....	24
5.2.1.1. Attestation de victime de tortures.....	24
5.2.1.2. Attestation de mutilations génitales féminines	25
5.3. SECRET PROFESSIONNEL ET RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES	25
5.3.1. Secret professionnel	25
5.3.2. Règlement général sur la protection des données (RGPD)	26
6. FRAIS MÉDICAUX	27
6.1. INTRODUCTION	27
6.1.1. Inscription à la mutuelle ou à la caisse auxiliaire pour l'assurance maladie et invalidité	27
6.2. ASPECTS FINANCIERS	28
6.2.1. Le réquisitoire/l'autorisation	28
6.2.1.1. Mise en œuvre pratique	29
6.2.1.1.1. Le DPI réside dans un centre d'accueil (Fedasil ou partenaire).....	29
6.2.1.1.2. Le DPI réside à une adresse privée ou sans place d'accueil (No Show).....	29
6.2.2. Frais d'annulation.....	30
6.2.3. Achat ou location d'équipements	30
6.2.4. Factures	31
6.2.4.1. Réquisitoires ou autorisations	31
6.2.4.2. Médecins dans une structure d'accueil: Paiement des prestations.....	31
6.2.5. Conventions	31
6.3. CADRE LÉGAL AFFÉRENT AU REMBOURSEMENT DES SOINS MÉDICAUX PAR FEDASIL.....	32
6.3.1. Prestations médicales.....	33
6.3.1.1. Soins bucco-dentaires	33
6.3.1.1.1. Élimination du tartre	34
6.3.1.1.2. Soins conservateurs en cas de caries	34
6.3.1.1.3. Extractions dentaires	34
6.3.1.1.4. Traitements du canal radiculaire.....	34
6.3.1.1.5. Anesthésie générale.....	34
6.3.1.1.6. Prothèses dentaires	34
6.3.1.1.7. Octroi par le service médical.....	35
6.3.1.2. Troubles oculaires	36
6.3.1.2.1. Interventions non chirurgicales.....	36
6.3.1.2.2. Interventions chirurgicales	38
6.3.1.3. Aide auditive	39
6.3.1.4. Bandagisterie	39
6.3.1.5. Pédicure médicale.....	39
6.3.1.6. Planning familial.....	40
6.3.1.6.1. Contraception	40
6.3.1.6.2. Interruption de grossesse	40
6.3.1.6.2. Traitement de la fertilité	40
6.3.1.7. Tests génétiques	41
6.3.1.8. Parcours de soins	41
6.3.2. Médicaments et parapharmacie	41
6.3.2.1. Médicaments	41
6.3.2.2. Parapharmacie.....	41
6.3.2.2.1. Produits parapharmaceutiques	42
6.3.3. Transport et interprètes	42
6.3.3.1. Transport	42
6.3.3.2. Interprètes	43
6.3.4. Demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux	43
6.3.4.1. Comment soumettre une demande de prise en charge exceptionnelle ?	45

6.3.4.1.1. Pour les centres partenaires	45
6.3.4.1.2. Pour les centres Fédéraux	45
7. PROBLÈMES MÉDICAUX SPÉCIFIQUES	45
7.1. MALADIES INFECTIEUSES	45
7.1.1. <i>Infections sexuellement transmissibles (IST)</i>	45
7.1.1.1. Chlamydia, gonorrhée et syphilis	46
7.1.1.2. VIH	46
7.1.1.3. Hépatite	47
7.1.1.3.1. Hépatite A	47
7.1.1.3.2. Hépatite B	47
7.1.1.3.3. Hépatite C	48
7.1.2. <i>Tuberculose</i>	49
7.1.2.1. Dépistage à l'arrivée	49
7.1.2.3. Rapport et surveillance de la tuberculose	49
7.1.3. <i>SARM</i>	50
7.1.4. <i>Varicelle</i>	50
7.1.5. <i>Helicobacter pylori</i>	51
7.2. PARASITOSE	51
7.2.2. <i>Helminthiase</i>	52
7.2.3. <i>Schistosomiase</i>	53
7.3. TRAITEMENT DE SUBSTITUTION À LA MÉTHADONE	53
7.4. RÉGIME ALIMENTAIRE	54
7.4.1. <i>Hypersensibilité alimentaire</i>	54
7.5. SOINS DE SANTÉ MENTALE	55
7.5.1. <i>Prévention</i>	55
7.5.2. <i>Détection de la détresse psychique</i>	55
7.5.3. <i>Approche</i>	56
7.5.3.1. L'intake médical et les consultations médicales	56
7.5.3.2. L'échange multidisciplinaire (EMD)	56
7.5.3.3. Plan d'accompagnement individuel (PAI)	56
7.5.3.4. Orientation vers une aide psychologique et psychiatrique	57
7.5.3.5. Procédure de mise en observation	57
7.5.3.6. Attestation de problèmes psychiques dans le cadre de la procédure d'asile	58
7.5.3.7. Problèmes de toxicomanie	58
7.5.3.8. Transferts entre structures d'accueil et continuité des soins	59
7.5.3.9. Accueil et soins résidentiels	59
7.6. VIE FAMILIALE ET AFFECTIVE	59
7.6.1. <i>Violences intrafamiliales</i>	59
7.6.2. <i>Maltraitance des enfants</i>	60
7.6.3. <i>Violences sexuelles</i>	61
7.6.4. <i>Torture</i>	61
7.6.4.1. Certificat médical d'identification des symptômes et des signes de torture	62
7.6.5. <i>Mutilations génitales</i>	62
7.6.5.1. Mutilations génitales féminines	62
7.6.5.1.1. Introduction générale	62
7.6.5.1.2. MGF dans les centres d'accueil	63
7.6.5.2. Circoncision masculine	63
7.6.5.2.1. Introduction générale	63
7.6.5.2.2. Prise en charge de la circoncision masculine	64
7.7. SANTÉ SEXUELLE	64
7.7.1. <i>Contraception</i>	65
7.7.2. <i>Interruption de grossesse</i>	65
7.7.3. <i>Transgenre</i>	65
7.7.4. <i>Prophylaxie pré-exposition</i>	66

8. TRANSFERTS	66
8.1. TRANSFERT MÉDICAL	66
8.1.1. <i>Introduction</i>	66
8.1.2. <i>Responsables</i>	66
8.1.3. <i>Procédure</i>	66
8.2. EXCEPTIONS MÉDICALES POUR L'EXCEPTION D'UN TRANSFERT OU D'UN DÉPART	66
8.2.1. <i>Exception médicale pour le sursis au départ</i>	66
8.2.2. <i>Exception médicale pour l'exception du transfert vers un pays relevant de la Convention de Dublin</i>	67
8.2.3. <i>Exception médicale pour l'exception du transfert vers une place de retour ouverte</i>	67
9. FIN DE L'AIDE MATÉRIELLE	68
9.1. FIN DE LA PROCÉDURE	68
9.1.1. <i>Obtention du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire</i>	68
9.1.2. <i>Retour volontaire</i>	68
9.1.3. <i>Aide médicale urgente, possibilités et limites</i>	68
9.1.4. <i>Prolongation du droit d'accueil</i>	69
9.1.5. <i>Procédure Dublin</i>	70
10. PROGRAMMES INTERNATIONAUX	70
10.1. RELOCALISATION	70
10.2. RÉINSTALLATION	70
10.3. RETOUR VOLONTAIRE	71
11. DIVERS.....	72
11.1. GRÈVE DE LA FAIM	72
11.2. DÉCÈS	72
11.2.1. <i>Autopsie</i>	73
11.3. DONS D'ORGANES	73
11.4. TRANSPLANTATION D'ORGANES	74
11.5. ÉTUDES CLINIQUES	74
12. ANNEXES	75
13. ADDENDA.....	75

Avant-propos

L'accueil des demandeurs de protection internationale (DPI) et des autres catégories d'étrangers repose sur la loi du 12 janvier 2007. Souvent, cette dernière est simplement appelée « loi accueil ».

Le vade-mecum « Soins médicaux » contient les lignes directrices et les instructions pour l'application de cette loi et de ses arrêtés royaux pour ce qui concerne les soins médicaux prodigués à un DPI. Il met en exergue les aspects de la santé qui sont essentiels quand on travaille avec un DPI et/ou qu'on assure son suivi médical.

Les utilisateurs de ce vade-mecum sont les prestataires de soins au DPI.

Ce vade-mecum est une révision des versions précédentes et se fonde sur des informations et des arguments techniques et scientifiques. Il tente de répondre aux questions fréquemment posées par les prestataires de soins du réseau d'accueil, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'accueil. Il n'a toutefois pas la prétention d'être un manuel médical, mais explique les directives pour un cadre médical standardisé, harmonisé et qualitatif pour tous les bénéficiaires d'un accueil en Belgique. Cependant, une révision régulière est nécessaire.

Plusieurs procédures existantes sont annexées à la fin de ce document. Les addenda fournissent des informations supplémentaires sur certains sujets. La référence aux annexes ou addenda est toujours clairement indiquée dans le paragraphe correspondant. Cependant, une révision régulière est nécessaire. Un comité de pilotage autour du vade-mecum médical se réunira deux fois par an et validera les propositions de changement.

Le vade-mecum « Soins médicaux » est le résultat du travail et des efforts de nombreuses personnes. Nous les remercions donc toutes pour leurs contributions.

1. La loi accueil

La loi accueil du 12 janvier 2007 prévoit une aide matérielle pour les demandeurs de protection internationale et certaines autres catégories d'étrangers. Cette aide matérielle comprend : un abri, de la nourriture, des vêtements, une aide médicale, sociale et psychologique, une allocation journalière et l'accès à une assistance juridique et à des services tels que des interprètes et des formations.

1.1. Demandeur de protection internationale

Tout étranger arrivant en Belgique peut, conformément à la loi accueil de 2007, introduire une demande de protection internationale auprès de l'**Office des Étrangers** (OE) et acquérir ensuite la qualité de demandeur de protection internationale (DPI). (Par le passé, « Demandeur d'asile »)

Le **Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides** (CGRS) examine si l'étranger remplit les critères énoncés dans la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés. En signant cette Convention, la Belgique s'engage à protéger les réfugiés sur son territoire.

Au cours d'un entretien individuel avec un collaborateur du CGRA (« l'audition »), l'opportunité est offerte au DPI de raconter son histoire et d'expliquer les motifs de sa demande. Ensuite, le CGRA examine si les déclarations correspondent à la réalité et si le DPI peut ou non bénéficier du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire.

La protection subsidiaire (introduite en 2006) peut être octroyée aux demandeurs qui ne satisfont pas aux critères afférents au statut de réfugié, mais qui se trouvent néanmoins dans une situation telle que le retour vers leur pays d'origine implique un risque réel et grave.

Pendant toute la durée de cet examen, le DPI jouit d'un permis de séjour temporaire (sous la forme d'un certificat d'immatriculation ou « la carte orange »).

S'il n'approuve pas la décision du CGRA, le DPI peut introduire un recours auprès du **Conseil du Contentieux des Étrangers** (CCE). Cette juridiction peut confirmer la décision du CGRA (la décision reste inchangée), la réformer (la décision est modifiée) ou l'annuler (le CGRA doit mener une nouvelle enquête). La décision finale prise par le CCE clôture la procédure.

Si le CGRA rejette la demande ou si le CCE rejette le recours, le DPI recevra alors un « ordre de quitter le territoire » (OQT).

Si le DPI recueille le statut de réfugié ou est éligible à la protection subsidiaire, il jouit alors d'un premier séjour limité en Belgique et un permis de séjour temporaire sous la forme d'une carte A électronique lui est remis. À l'échéance de cinq années à compter de la date de dépôt de la demande de protection internationale, le réfugié recueille un droit de séjour illimité.

1.2. Accompagnement médical dans le cadre de la loi accueil

La loi accueil de 2007 prévoit notamment un **accompagnement médical** pour tous les DPI étant en procédure et pour lesquels aucune décision définitive n'a encore été prise.¹

¹ Les textes de loi peuvent être consultés sur le site Internet suivant : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007011252&table_name=loi

- L'art. 23 de la loi accueil dispose que cet accompagnement médical consiste en soins « nécessaires pour mener une vie conforme à la dignité humaine ».
- L'art. 24 dispose qu'il s'agit de soins médicaux « qu'ils soient repris dans la nomenclature (...) ou relevant de la vie quotidienne ».
- De même, l'art. 30 de la loi accueil prévoit explicitement un accompagnement psychologique.
- Dans l'arrêté royal (AR) du 9 avril 2007 est établie une liste INAMI plus et INAMI moins (voir 6.3.).

La liste de base des soins médicaux accordés aux DPI est celle visée dans la **nomenclature de l'INAMI** (art.35 de la loi du 14 juillet 1994, avec le consentement exceptionnel du Directeur général aux fins de répondre à la dignité humaine telle que décrite à l'article 4.).

→ à l'exception de certains soins expliqués dans l'AR susmentionné, comme étant « non vitaux ».

→ avec l'ajout des soins non mentionnés dans la nomenclature, mais autorisés, car ils font partie de la « vie quotidienne ».

La loi, hormis cette très courte liste INAMI plus et moins, demeure vague quant aux soins médicaux exacts nécessaires pour mener une vie conforme à la dignité humaine.

Il est important d'adapter les soins médicaux accordés aux DPI à leurs besoins réels et de les dispenser de manière rationnelle. De plus, le caractère temporaire de la procédure d'asile et la durée de l'accueil doivent également être pris en compte.

1.3. Régularisation pour raison médicale

Indépendamment de la procédure de demande de protection internationale, on peut également citer une procédure de régularisation pour raison médicale, également appelée **9ter** (en référence à l'article 9ter de la loi sur le séjour du 15 décembre 1980). Elle est réservée aux étrangers (il ne s'agit pas toujours d'un DPI) demandant un statut de séjour légal dans le cadre d'un traitement médical.

Il s'agit en l'occurrence de personnes dont l'état de santé présente un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique et pour lesquelles les soins médicaux nécessaires sont indisponibles ou inaccessibles dans le pays d'origine.

Le certificat médical joue un rôle crucial dans la régularisation 9ter. Si une personne répond à la définition ci-dessus, il est important de discuter avec lui de la possibilité de déposer un 9ter et, en cas d'accord, de demander au médecin et/ou aux spécialistes de le rédiger cet attestation.

Le formulaire complété est remis à l'intéressé, qui peut le déposer, via son avocat, au Département Séjour Exceptionnel – Service Séjour Médical d'office des étrangers.

[NEW] Il appartient au médecin d'établir (ou non) un certificat médical en son âme et conscience. Si un médecin ne voit pas de raison de demander une régularisation médicale, il peut refuser de le faire.

Si, par la suite, une personne continue de demander l'établissement d'un 9ter, l'avis d'un spécialiste peut être sollicité. Ce spécialiste décidera en son âme et conscience de remplir ou non le 9ter. Si un renvoi est toujours demandé après l'avis du spécialiste, ce renvoi sera aux frais du résident.

En cas de doute sur l'opportunité de demander une régularisation pour raison médicale, il est important de compléter la demande. Il incombe au service médical de l'OE de juger si une demande est fondée ou non.

► **Annexe 1** : Régularisation pour raison médicale – 9ter

2. Accueil des demandeurs de protection internationale

Chaque demandeur de protection internationale (DPI) jouit d'un droit à l'accueil et parcourt un trajet d'accueil se composant de 2 phases. Le réseau d'accueil se compose de structures d'accueil collectives et individuelles. La Belgique propose un modèle d'accueil dans lequel les centres collectifs sont la norme.

2.1. Phase 1 : Arrivée

Le parcours d'accueil du DPI débute au centre d'arrivée (CDA) de Fedasil. Depuis le mois de décembre 2018, le CDA est installé au Petit Château à Bruxelles.

Le CDA se compose de trois services :

1. **Office des étrangers (OE)** : Le DPI s'y présente afin d'y déposer une demande de protection internationale. (= indépendant de Fedasil)
2. **Dispatching (Fedasil)**
Le service de dispatching se compose de 3 sous-départements :
 - ⇒ **Service médical** : Premier examen médical : Chaque DPI est vu par une infirmière et, si nécessaire, par un médecin du dispatching. Les vulnérabilités médicales sont notées, les premiers vaccins de base sont administrés et tout le monde est soumis à un dépistage de la tuberculose (à l'exception de quelques profils).
 - ⇒ **Service Désignation** : Est responsable de la désignation à un lieu d'accueil (= le lieu d'inscription obligatoire ou « **code 207** »), tant lors de la première phase que lors de la transition de la première à la deuxième phase d'accueil.
 - ⇒ **Point Info** : Les DPI peuvent s'y adresser pour poser des questions sur les procédures. Les No Shows avec une première procédure de protection internationale (personnes ayant droit à l'accueil et résidant à une adresse privée ou dans un autre lieu de résidence temporaire) peuvent demander une place d'accueil ici s'ils ne souhaitent plus être No Show.
3. **Centre d'observation et d'orientation (COO)** : Centre de première phase où les nouveaux DPI sont brièvement accueillis après le dépôt d'une demande de protection internationale. Les résidents qui ont été identifiés comme prioritaires/médicalement vulnérables lors de l'examen médical initial bénéficieront d'une prise en charge médicale et/ou sociale pendant leur séjour au COO. Les Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA) sont accueillis dans les COO à part. Les adultes et enfants accompagnés sont accueillis dans le centre d'arrivée ou un autre centre de première phase.

L'objectif du CDA est de procéder rapidement à un examen social et médical des personnes afin d'affecter le DPI au centre d'accueil le plus approprié du réseau Fedasil ou des partenaires.

L'examen médical au dispatching et l'accompagnement médical au COO poursuivent les objectifs suivants :

- organiser le plus efficacement possible les arrivées dans le réseau d'accueil
- détecter les vulnérabilités médicales et/ou sociales impliquant des besoins d'accueil spécifiques (Labeling Match-IT)
 - ▶ **Annexe 2** : Labeling Match-IT
- la détection précoce des maladies infectieuses (par ex., la tuberculose, la gale, etc.)
- la détection précoce des problèmes psychologiques et psychiatriques
- le démarrage de soins médicaux urgents qui ne peuvent être reportés.
- le transfert du dossier (observation et détection des composantes sociales et médicales du DPI) au lieu d'accueil attribué au cours de la phase 2. (Voir 2.2.)

Sur la base des observations au CDA, le Service Désignation attribuera ensuite un lieu d'accueil au DPI.

Lors de la désignation, il sera tenu compte au maximum de la situation spécifique des DPI (familles avec enfants, personnes en fauteuil roulant, mineurs non accompagnés) et des besoins spécifiques d'un DPI (Labels Match-It). En effet, certaines structures d'accueil sont mieux adaptées à certaines situations et/ou certains besoins afférents aux DPI. Par ailleurs, il est également tenu compte des instructions de la direction et des règlements en vigueur.

2.2. Phase 2 : Accueil

2.2.1. Centres d'accueil

Les structures d'accueil collectives désignent des centres d'accueil ouverts gérés par Fedasil ou des partenaires. Les DPI bénéficient d'une aide matérielle conformément à la loi accueil (notamment, un accompagnement médical et psychologique, l'accès à des interprètes, etc.)

2.2.2. Alternatives

Si le DPI ne se rend pas dans un centre d'accueil, les alternatives suivantes peuvent être envisagées.

2.2.2.1. Structures d'accueil individuelles

Les structures d'accueil individuelles désignent des logements (semi-)individuels gérés par les CPAS (les « initiatives locales d'accueil » ou ILA) ou par des ONG. Les DPI y reçoivent également une aide matérielle tant que leur procédure d'asile est en cours. Il incombe au CPAS ou à l'ONG de prévoir cet accompagnement.

En général, les DPI résident plus longtemps dans une structure d'accueil collective avant un éventuel transfert vers une structure d'accueil individuelle. Dans certaines situations spécifiques (profil médical et/ou vulnérable, niveau de protection élevé), le transfert peut être plus rapide, voire immédiat dans des cas exceptionnels. Toutefois, le nombre de places d'accueil individuel est insuffisant pour répondre à la demande.

2.2.2.2. Structures spécifiques

Certains DPI nécessitent une place d'accueil très spécifique qui est indisponible dans le réseau d'accueil existant. Dans ce cas, une place d'accueil peut être recherchée auprès d'une organisation externe avec laquelle Fedasil a conclu une convention (par exemple, un centre de soins résidentiels).

2.2.2.3. DPI dehors du réseau d'accueil

Le DPI dispose déjà d'un lieu de résidence à la date du dépôt de sa demande la protection internationale et préfère y rester pendant la durée de sa procédure. Toutefois, si la situation de vie change et si le DPI souhaite toujours être inclus dans le réseau d'accueil, il doit alors se présenter au point info.

Le DPI possédant son propre lieu de résidence conserve son droit à l'aide médicale de Fedasil.

[NEW] Le DPI qui dépose une deuxième demande ou une demande multiple et le VIB qui a droit à un logement après la première demande de protection internationale, mais qui est sur la liste d'attente pour un logement en raison du manque de place, ont droit à une assistance médicale de Fedasil.

Cette catégorie de DPI est appelée « No Shows ».

2.2.3. Mineurs étrangers non accompagnés

Le processus d'accueil d'un mineur étranger non accompagné (MENA) diffère de celui des DPI adultes. Et ce, en raison de la protection accrue des mineurs.

Les MENA ne transitent pas, après leur premier examen médical et social au Dispatching du CDA, par le centre d'observation et d'orientation du CDA (jour 1+), mais sont directement affectés à un Centre d'Observation et d'Orientation (COO) où seuls les MENA sont accueillis.

D'une part, cela offre au Service des Tutelles l'opportunité de vérifier si le jeune est effectivement non accompagné et mineur. Et d'autre part, cela offre la possibilité de procéder à une première esquisse de profil social, médical et psychologique du mineur (observation) au COO.

Après deux à quatre semaines dans un COO, le MENA est orienté vers un lieu d'accueil collectif qui répond à ses besoins. Les jeunes y séjournent dans un groupe de vie autonome, avec une propre équipe d'accompagnateurs et d'éducateurs. Les MENA de moins de 15 ans ou présentant une vulnérabilité évidente sont généralement accueillis dans des structures gérées par les communautés (Aide à la jeunesse).

Pour plus d'informations sur les procédures, le traitement médical, la mutuelle, les aspects psychosociaux et la prévention pour les MENA, ► **Addendum 1** : Mineurs étrangers non accompagnés.

3. Cadre médical

3.1. Gestion médicale Fedasil

La cellule Gestion médicale désigne une équipe multidisciplinaire se composant de médecins, d'infirmiers, de coordinateurs psychosociaux et de profils de soutien pour l'administration, les projets, l'E-santé et l'analyse des données.

Cette équipe est dirigée par le coordinateur médical national, soutenu par un adjoint, et travaille depuis le siège de Fedasil.

Ses tâches principales sont :

- Développer, définir et suivre la stratégie médicale nationale pour un accompagnement médical harmonisé et de qualité proposée aux DPI, cet accompagnement inclut notamment la santé mentale.
- Publier des directives, des instructions et des vade-mecum médicaux nationaux.
- Gérer des projets nationaux et régionaux
- Coordonner et conseiller les équipes médicales régionales.
- Gérer le dossier médical électronique (DME)
- Assurer la coordination médicale et la mise en œuvre des programmes internationaux
- Collecter et analyser les données

3.2. Équipe médicale régionale à Fedasil

L'équipe médicale régionale se compose de médecins, d'infirmiers et de collaborateurs administratifs médicaux et est responsable du suivi des soins médicaux dans les centres d'accueil. Cette équipe est scindée en deux équipes régionales, à savoir la Région Nord (Flandre) et la Région Sud (Wallonie). Les centres d'accueil se situant dans une commune de la Région de Bruxelles-Capitale sont affectés à l'une des équipes médicale régionales.

Chaque équipe médicale régionale est dirigée par un coordinateur médical régional et travaille à partir des bureaux régionaux Nord/Sud de Fedasil.

Leurs tâches principales sont :

- Appui médical opérationnel
- Suivi des dossiers médicaux complexes
- Décisions sur les demandes de prises en charge exceptionnelles
- Traitement des demandes de transferts médicaux
- Helpdesk : toutes les autres questions médicales liées aux opérations et à l'organisation quotidiennes

3.3. Service médical structure d'accueil

Un service médical est créé si le volume de la capacité d'accueil et le cadre de personnel correspondant d'un centre d'accueil le permettent. Les DPI peuvent s'y adresser pour exposer des questions et des besoins médicaux.

Une coopération externe est établie avec les prestataires de soins et les pharmaciens locaux. En l'absence d'un service médical au sein du centre, les DPI peuvent poser toutes leurs questions et exposer leurs besoins aux prestataires de soins externes. A cet égard, il est important de prendre en compte les points d'attention suivants :

- Le cabinet du médecin généraliste est facilement accessible et n'est pas trop éloigné
- L'entretien « intake » est organisé dans un délai correct
- les piluliers sont préparés par l'infirmière/le pharmacien

- Des moments de concertation sont organisés régulièrement.

Dans les centres fédéraux, les services médicaux relèvent directement de la responsabilité de la direction du centre pour l'organisation et le cadre de personnel, et des équipes médicales régionales pour la gestion du contenu. Les partenaires d'accueil peuvent organiser ceci d'une autre façon.

Leurs tâches principales sont :

- Mener un premier entretien médical/social avec le DPI (ou orientation pour un entretien)
- Tenir un dossier médical pour chaque DPI
- Exécuter des consultations médicales régulières (triage)
- Dispenser des soins médicaux (urgents)
- Orienter vers des prestataires de soins médicaux externes
- Dispenser des soins médicaux préventifs (dépistage de la tuberculose, vaccination,...) et/ou orienter vers des prestataires de soins externes
- Organiser des séances individuelles ou collectives sur la prévention sanitaire
- Détecter et étiqueter les profils médicaux
- Détecter et assurer un suivi approprié des personnes présentant une vulnérabilité psychologique et/ou psychiatrique
- Veiller à ce que le lieu d'accueil réponde aux besoins médicaux du DPI et introduire une demande de transfert si nécessaire.
- Nouer et entretenir des contacts avec les prestataires de soins locaux
- Transférer le dossier médical lors du départ du résident

4. Services médicaux pendant la procédure de Demandeur de Protection Internationale

Si le DPI entre dans le réseau d'accueil de Fedasil ou d'un partenaire, il est soumis à un screening médical au Dispatching et un entretien médical fait par la service médical de centre d'accueil. La prévention est également un élément important de la santé.

4.1. Examen médical

L'examen médical est réalisé par le service médical du Dispatching du CDA au jour 0.

L'objectif de cet examen médical est de détecter les problèmes médicaux, physiques et mentaux, d'identifier les personnes qui ont besoin de soins médicaux rapides et d'évaluer si ces indications médicales ont un impact sur l'attribution d'une place d'accueil. Les soins médicaux non urgents ne sont pas dispensés pendant l'examen médical.

Un système de *fast track* est utilisé en demandant aux DPI s'ils souffrent ou non d'un problème médical. Si la réponse est négative, aucune autre question médicale ne sera posée.

Si un problème médical est constaté, un dossier médical électronique (DME) est ouvert pour le DPI. Pour les personnes ne souffrant d'aucun problème médical, le premier rapport médical dans le DME est réalisé lors de l'entretien médical (voir 4.2.).

Si un DME est ouvert, une « Prior catégorie » (► **Annexe 3** : Intake médical - catégories prioritaires Centre d'Arrivée) peut être attribuée.

Lors de la visite médicale, les éventuelles étiquettes médicales sont également attribuées dans le cadre du programme Match-It. Ainsi, le service Désignation connaît les besoins spécifiques du DPI et tente de trouver un lieu d'accueil approprié pour ledit DPI.

En l'absence de toute contre-indication, une RX du thorax est réalisée afin de déceler la tuberculose chez chaque DPI de plus de 5 ans (voir 4.3.1).

Les premiers vaccins sont également administrés en l'absence de contre-indication (voir 4.3.).

Un formulaire d'entrée médicale est créé dans Match-It pour chaque DPI ; il est imprimé et remis au DPI. Ce formulaire précise ce qui suit :

- Vaccinations administrées
- Vaccinations à administrer
- Éventuels labels

4.2. Entretien médical

Si un DPI est classé dans une « Catégorie prioritaire » lors de l'examen médical (voir 4.1.), la visite médicale sera menée pendant son séjour au centre d'arrivée. Si un DPI classé dans une « Catégorie prioritaire » est affecté directement à un centre d'accueil de 2^e ligne, un entretien médical doit être mené dans un délai de 2 jour ouvrable. Le jour ouvrable suivant, le service médical du Dispatching (examen médical) informe par courriel les centres d'accueil de 2^e ligne sur la situation médicale.

Généralement, un premier entretien est mené avec tous les résidents dans un délai de cinq jours ouvrables à compter de la date de leur arrivée dans la structure d'accueil (COO ou centre d'accueil de 2^e ligne).

L'objectif de cet entretien est de procéder à un examen général de l'état de santé du nouveau résident et de détecter les problèmes médicaux et psychosociaux à un stade précoce.

Ce qui suit est réalisé durant l'admission :

- création du dossier médical électronique (DME)
- anamnèse sur la base du questionnaire standard (► **Annexe 4**: Questionnaire standard de prise en charge médicale) : détection des principaux problèmes de santé et des éventuelles autres vulnérabilités.
- Proposition d'une prise de sang pour détection systématique des maladies infectieuses (VIH, hépatite B et C, syphilis)
- orientation vers le médecin (si nécessaire) et/ou d'autres prestataires de soins de santé
- explication du fonctionnement du service médical
- soins de santé préventifs, en mettant l'accent sur le dépistage de la tuberculose et les vaccinations

Si la personne est affectée à un lieu d'accueil à caractère temporaire, par exemple un COO, les soins médicaux ou psychologiques non urgents sont reportés jusqu'à la désignation à la structure d'accueil définitive.

4.3. Programmes de prévention

4.3.1. Prévention de la tuberculose

Le dépistage systématique de la tuberculose chez les DPI est réalisé sur la base des conseils de l'ASBL Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) et de l'ASBL Fonds des Affections Respiratoires (FARES).

Le service médical du dispatching du CDA dispose de son propre équipement de radiographie (RX) pour exécuter des RX du thorax. Dans le cadre du programme national de prévention, chaque DPI est soumis à un dépistage de la tuberculose (TB) avant d'entrer dans le réseau.

Aucun RX-Thorax ne sera réalisé dans les situations suivantes :

- Les femmes qui sont (vraisemblablement) enceintes
- Jeunes filles mineures non accompagnées
- Les personnes en fauteuil roulant ou celles qui ne peuvent pas se tenir debout de manière stable et indépendante
- Enfants de moins de 5 ans
- Les personnes présentant un comportement extrêmement agité et incapables de se soumettre à un RX du thorax.

Les jeunes filles mineures non accompagnées sont d'abord soumises à un test de grossesse. Si ce dernier est négatif, un RX-Thorax est réalisé. En raison de la nécessité d'un soutien supplémentaire pour détecter une éventuelle grossesse, le test de grossesse est réalisé dans les premiers jours suivant l'arrivée dans la structure d'accueil. En cas de test négatif, un thorax RX est programmé dès que possible.

Pour les autres personnes de la liste susvisée, la pose d'un Intradermo (ID) doit être organisée par l'équipe médicale ou le médecin responsable attaché à la structure d'accueil.

4.3.1.2. Traitement des RX du thorax

Les RX-thorax sont lus par des pneumologues externes collaborant avec la VRGT et le FARES, et ce, dans un délai de 48 heures à compter de leur prise.

Le service médical du Dispatching du CDA reçoit les résultats le jour ouvrable suivant (max. 48h après) et vérifie la présence de résultats anormaux. En cas de résultat anormal, l'adresse de séjour du DPI est transmise à la VRGT/le FARES afin qu'ils puissent organiser le suivi. Le VRGT/le FARES contacte le service médical du centre d'accueil concerné.

Les catégories suivantes peuvent être attribuées par les pneumologues :

- **Catégorie 0** : RX normal
- **Catégorie 1** : Forte suspicion de tuberculose -> la personne doit être isolée et dirigée vers un service d'urgence.
- **Catégorie 2** : Suspicion de tuberculose -> Si les symptômes cliniques sont compatibles avec la tuberculose, idem que pour la catégorie 1. Dans le cas contraire, consultation dans un délai de deux jours chez le pneumologue.
- **Catégorie 3** : Faible suspicion de tuberculose -> consultation dans un délai de deux jours chez le pneumologue

- Catégorie 4 : Ancienne lésion inactive TB -> pas de suivi nécessaire
- Catégorie 5 : Lésions non-TB -> aucun suivi nécessaire
- Catégorie 6 : Lésions non-TB -> suivi nécessaire par un pneumologue dans la semaine
- Catégorie 10 : RX impossible à interpréter en raison d'une erreur technique -> RX doit être refait.

Dès qu'un résultat anormal est connu, le service médical prend les mesures nécessaires. Un résultat de catégorie 1 signifie que le DPI reçoit immédiatement un masque FFP2 ou chirurgical et qu'il doit être transporté à l'hôpital en ambulance. Si aucune ambulance n'est disponible, le résident peut être transporté en taxi à condition que le chauffeur porte un masque chirurgical et ouvre les fenêtres pendant le trajet. Si le DPI se trouve encore dans un centre de première phase, il ne sera pas transféré en 2ème ligne.

Les résultats de RX-thorax sont automatiquement intégrés (dans les 3 jours qui suivent son passage au dispatching) dans le dossier médical électronique du DPI pour les centres d'accueil fédéraux. Le FARES/VRGT contacte par téléphone le centre d'accueil de la personne pour transmettre les résultats au service médical.

4.3.2. Programme de vaccination

En Belgique, les autorités fédérées (communautés et régions) sont compétentes pour la prévention dans le secteur des soins de santé, y compris les vaccinations. Elles sont responsables de la stratégie de vaccination, y compris l'ajustement et la mise en œuvre du calendrier de vaccination. Par conséquent, de légères différences distinguent les programmes de vaccination des communautés. (Voir note de bas de page ²&³ pour plus d'informations sur le calendrier des vaccinations)

Le service médical du Dispatching du CDA informe le DPI des vaccins proposés par Fedasil. À l'exception du vaccin contre la polio, aucun vaccin n'est obligatoire en Belgique.

Un vaccin peut uniquement être administré après avoir reçu l'approbation verbale du DPI. Si un DPI refuse un vaccin, il sera renseigné comme « non-vacciné » dans la fiche médicale d'arrivée dans Match-It.

4.3.2.1. Programme de vaccination

Toutes les personnes sont vaccinées dans le service médical du Dispatching du CDA, à l'exception des personnes suivantes :

- Enfants de moins de 6 ans (voir plus loin Vaccination des mineurs)
- Jeunes filles mineures non accompagnées sans test de grossesse (si le test de grossesse est négatif, la jeune fille est vaccinée selon le calendrier de rattrapage régional applicable).
- Les personnes qui peuvent démontrer, au moyen d'un carnet de vaccination ou d'une autre preuve valable, qu'elles ont déjà été vaccinées avec les vaccins concernés et ne nécessitent pas une vaccination de rappel.
- Les personnes pour lesquelles une preuve de vaccination avec les vaccins concernés a été trouvée dans Match-It, e-Vax ou Vaccinnet et pour lesquels une dose de rappel n'est pas nécessaire.
- Personnes dont l'immunité est réduite

² Flandre : <https://www.laatjevaccineren.be/basisvaccinatieschema>

³ Bruxelles et Wallonie : https://www.ccref.org/e-vax/Calendrier_vaccination_2020-2021.pdf

- Les personnes qui refusent les vaccins. Ces personnes sont toujours informées de l'importance de la vaccination.

En fonction de l'âge et de la nationalité, et pour autant que les exceptions susmentionnées ne s'appliquent pas, les vaccins suivants sont administrés dans le service médical du Dispatching du CDA :

- ⇒ Rougeole, oreillons, rubéole
- ⇒ Vaccination de rappel contre le tétanos, la diphtérie (dose réduite) et la coqueluche (dose réduite).
- ⇒ Polio

La fiche médicale d'arrivée (dans Match-It) renseigne les vaccins qui ont été administrés et ceux qui doivent encore l'être dans la structure d'accueil. Ce document remplace la carte de vaccination standard, mais pas l'enregistrement dans Vaccinnet ou e-Vax (voir 4.3.2.4.).

4.3.2.2. Vaccination des mineurs (< 18 ans)

- Enfants de moins de 6 ans : pour le contrôle et la complétude du calendrier vaccinal, il convient de s'adresser à Kind & Gezin / O.N.E. ou aux services de médecine scolaire, à savoir le Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en Flandre (<https://data-onderwijs.vlaanderen.be/onderwijsaanbod/lijt?s=clb>) et le Service de Promotion Santé à l'École (PSE) en Wallonie (<https://www.one.be/public/6-12-ans/pse-medecine-scolaire/liste-des-services/>), et ce, en fonction du calendrier vaccinal de la commune concernée.
- Enfants en âge scolaire à partir de 6 ans et de moins de 18 ans : contrôle du calendrier vaccinal et administration des vaccins de base manquants par le PSE. Si le rendez-vous au PSE tarde trop, un premier rappel de vaccination peut être offert en structure d'accueil.

Le CLB demandera à l'Association scientifique flamande pour les soins de santé à la jeunesse (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugd gezondheidszorg - VVVJV) un formulaire de consentement (► **Annexe 5**: Info-formulaire de consentement pour l'administration des vaccinations de rappel nécessaires) pour l'administration des vaccinations de rappel nécessaires, signé par le(s) parent(s) ou tuteur(s).

Si le CLB/PSE ne peut compléter le calendrier de vaccination, le service médical peut alors le faire exceptionnellement ou l'intéressé sera orienté vers un médecin généraliste qui procédera à la vaccination.

4.3.2.3. Intervalle entre les différents vaccins

La règle générale est la suivante :

- Tout intervalle peut être préconisé entre 2 vaccins non vivants (par exemple, simultanément, un intervalle d'une semaine, un mois).
- Entre un vaccin vivant et un vaccin non vivant : idem qu'entre 2 vaccins non vivants.
- Entre deux vaccins vivants : soit administrés simultanément, soit à au moins 4 semaines d'intervalle (pour le RRO).
- Entre l'administration d'un vaccin vivant (RRO) et le test intra-dermo (ID) pour le dépistage de la tuberculose : soit le même jour, soit au moins 4 semaines après l'administration du RRO (risque de résultat 'ID faux négatif).

4.3.2.4. Enregistrement des vaccinations administrées

L'enregistrement de chaque vaccin administré est nécessaire dans Vaccinnet ⁴ou e-Vax ⁵ et dans le DME du DPI.

Le service médical de la structure d'accueil dans laquelle le résident séjourne pour une longue période (centre d'accueil de 2^e ligne, domicile individuel, donc pas dans un COO ou le CDA) ou le médecin généraliste doit enregistrer tous les vaccins administrés au service médical du Dispatching du CDA dans vaccinnet ou e-vax. Les nouveaux arrivants ne sont pas encore enregistrés dans Vaccinnet et E-vax. Malheureusement, cela signifie que l'enregistrement ne peut être réalisé immédiatement.

Quand un résident quitte la structure d'accueil, remettez-lui toujours la preuve de sa ou ses vaccinations afin qu'il puisse démontrer par la suite les vaccinations qu'il a reçues.

La Gestion médicale demandera semestriellement des statistiques de vaccination aux services médicaux afin de les recenser en cas de demande par les autorités sanitaires fédérales et régionales.

4.3.2.5. Vaccinations

Première vaccination (rappel) contre la polio, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (en l'absence d'exception ou de contre-indication), administrée par le service médical du Dispatching du CDA (voir le point précédent Programme de vaccination). Les éventuels rappels de vaccins doivent être organisés dans le cadre de la suite de l'accueil.

4.3.2.5.1. Vaccination contre la polio (IMOVAX)

- Groupe cible
 - Les DPI qui proviennent d'un pays endémique ⁶où circule le poliovirus (WPV et VDPV). L'OMS met régulièrement à jour la liste des pays endémiques.
- Calendrier de Vaccination
 - ⇒ Adultes : 1 (rappel) vaccination contre la polio dans les 3 mois suivant l'arrivée en Belgique
 - ⇒ Enfants et adolescents (< 18 ans) : 1 (rappel) vaccination contre la polio dans les 3 mois suivant l'arrivée en Belgique + calendrier complet de vaccination jusqu'à 3 doses au total (avec un intervalle de minimum 1 à maximum 6 mois)

4.3.2.5.2. Vaccination contre la rougeole - la rubéole - les oreillons (RRO)

- Groupe cible
 - Tout DPI né après 1970, sans immunité prouvée (rougeole dans l'enfance ou preuve de vaccination complète, à savoir 2 doses de vaccin contre la RRO)
- Calendrier de vaccination
 - ⇒ 2 doses à un intervalle d'au moins 4 semaines
 - Attention : NE PAS administrer aux femmes enceintes ou qui essaient de le devenir. La vaccination contre la rougeole peut être effectuée pendant la période d'allaitement.

N.B. : Chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui ont contracté une des 3 maladies infectieuses (RRO), il est recommandé de compléter le calendrier de vaccination pour garantir une protection contre les 2 autres maladies infectieuses.

⁴ <https://www.vaccinnet.be/Vaccinnet/welkom.do>

⁵ <https://www.e-vax.be/welkom.do>

⁶ Un pays endémique est un pays où une maladie infectieuse continue de sévir sans que les patients aient contracté la maladie en dehors du pays (dans ce cas, la polio). Les pays endémiques sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>

4.3.2.5.3. Vaccination contre la diphtérie - le tétanos - la coqueluche

- Groupe cible
 - Tout DPI âgé de 18 ans ou plus ne possédant pas de carnet de vaccination couvrant les 10 dernières années.
 - Toutes les femmes enceintes entre 24 et 32 semaines de gestation
- Calendrier de vaccination
 - ⇒ Une seule dose suffit, à l'exception des femmes enceintes qui sont à nouveau vaccinées à chaque grossesse.

4.3.2.5.4. Vaccination contre la grippe saisonnière (= Influenza)

- Groupe cible
 - Toutes les personnes âgées de 50 ans et plus⁷
 - Femmes enceintes au cours du deuxième ou du troisième trimestre de leur grossesse.
 - Tous les patients ⁸à partir de l'âge de 6 mois et qui souffrent d'une maladie chronique sous-jacente⁹.
 - Enfants âgés de 6 mois à 18 ans suivant un traitement à long terme à l'aspirine.
- Calendrier de vaccination
 - ⇒ Pendant la période allant de la mi-octobre à la fin novembre, le groupe cible susmentionné peut être vacciné.
 - ⇒ Vaccin anti-grippal trivalent inactivé ou quadrivalent inactivé à dose unique (prescription générique)

N.B. Les membres de la famille ou les colocataires qui n'appartiennent pas à un groupe à risque ne sont pas vaccinés dans l'accueil collectif.

4.3.2.5.5. Vaccination contre le COVID-19

- Groupe cible
 - Toutes les personnes âgées de 5 ¹⁰ans et plus
 - Sensibilisation accrue des profils à risque¹¹
- Calendrier de vaccination
 - ⇒ Les vaccins suivants contre le Covid-19 sont autorisés par l'Agence européenne des médicaments ¹²:
 - Pfizer-BioNTech (Comirnaty) - mRNA
 - Moderna (Spikevax) - mRNA
 - Astra-Zeneca (Vaxzevria) - Vecteur viral
 - Johnson & Johnson (Janssen Pharmaceutica) - Vecteur viral
 - Novavax – Protéine recombinante
 - Valneva – Virus inactivé
 - ⇒ À l'exception de Johnson & Johnson (une dose), une vaccination de base comprend deux doses.
 - ⇒ L'âge détermine le vaccin pouvant être administré

⁷ Si les directives nationales ciblent des groupes d'âge plus jeunes, elles peuvent alors être suivies.

⁸ Des ajustements sont possibles en fonction des recommandations nationales et internationales.

⁹ <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/influenza#risicogroepen>

¹⁰ Si les directives nationales ciblent des groupes d'âge plus jeunes, elles peuvent alors être suivies.

¹¹ <https://covid-19.sciensano.be/nl/procedures/risicogroepen>

¹² L'Agence européenne des médicaments (AEM) est chargée d'approuver et de surveiller les médicaments dans l'UE.

- ⇒ L'intervalle entre le premier vaccin de base et le deuxième vaccin de base (rappel) varie selon le vaccin.
- ⇒ Après la vaccination de base, un vaccin de rappel est recommandé. Le choix du vaccin à administrer et de l'intervalle à respecter diffère selon le vaccin.

4.3.3. Sensibilisation générale et prévention

Compte tenu de la durée limitée de l'examen de la demande de protection internationale, il est impossible d'aborder tous les domaines de prévention et de sensibilisation. La priorité est donc donnée à :

- la santé des mères et des enfants,
- la santé sexuelle
- les produits addictifs
- la santé mentale

La participation systématique à toutes les campagnes régionales de prévention, telles que le dépistage du cancer, n'est pas recommandée pendant la période limitée de la demande d'asile. Toutefois, en fonction du risque et de la gravité de l'affection, certains DPI peuvent être invités à se soumettre à des examens préventifs spécifiques. En cas de doute, consulter le médecin du centre.

4.3.4. Épidémie ou pandémie

En cas d'épidémie¹³ au niveau national ou de pandémie au niveau international¹⁴, des mesures doivent être parfois prises dans les centres ou lieux d'accueil, selon la maladie, afin de minimiser la propagation de la maladie concernée.

La gestion de chaque épidémie ou pandémie nécessitant des mesures de prévention et de traitement appropriées, ce vade-mecum ne contient pas de plan de prévention et de traitement.

En cas d'épidémie ou de pandémie ayant un impact majeur sur la santé publique, Fedasil développera et fournira, sur la base de l'avis d'experts d'institutions sanitaires régionales, nationales et éventuellement internationales, les outils de communication et de soutien nécessaires dans le but de limiter au maximum la propagation et l'impact de la maladie.

4.4. Administration des soins médicaux

4.4.1. Cadre des soins médicaux

[NEW] Lors de l'administration des soins aux DPI, il est important de s'efforcer de fournir des soins curatifs et préventifs de qualité, en tenant compte de la situation individuelle et des besoins de DPI. Il convient donc de toujours trouver un équilibre entre, d'une part, la durabilité et la continuité des soins et, d'autre part, l'impact et les risques éventuels d'un report des soins. Par exemple, pour certains soins spécifiques, il peut être important de prendre en compte les soins existants dans le pays d'origine (par exemple, le modèle de stimulateur cardiaque, certains médicaments,...).

¹³ Épidémie : On parle d'épidémie quand une maladie se déclare dans un pays ou une région particulière et entraîne une maladie massive de la population.

¹⁴ Pandémie : On parle de pandémie quand une maladie se propage géographiquement au-delà des frontières nationales et quand elle affecte massivement les populations de plusieurs pays.

4.4.2. Directives pour la prescription et la délivrance de produits pharmaceutiques dans une structure d'accueil collective

Fedasil a élaboré des directives pour la prescription et la distribution de médicaments au sein de la structure d'accueil collective. Les « ordres permanents » qui les accompagnent sont destinés à clarifier les responsabilités des infirmières et du personnel et doivent toujours être signés par un médecin de la structure d'accueil.

Des lignes directrices sont disponibles à ► **l'Annexe 6: Directives pour la prescription et la délivrance de produits pharmaceutiques.**

5. Dossier médical global

Tout acte médical, contact (par exemple, soin de plaie, prescription, consultation, etc.) ou observation doit être signalé dans le dossier médical global (électronique) du résident (DMG(E)).

Les certificats et rapports médicaux doivent également être ajoutés au dossier médical.

De plus, ce chapitre examinera plus en détail le secret médical et le règlement général sur la protection des données (RGPD).

5.1. Dossier médical global électronique

Les principaux objectifs du DMGE sont :

- Centraliser toutes les informations médicales de la personne.
- Obtenir un aperçu de l'état de santé de la personne.
- Être en mesure de proposer un meilleur accompagnement individuel
- Permettre un transfert efficace des informations médicales entre le personnel médical interne, mais également vers les prestataires de soins de santé externes.

Toute structure d'accueil qui utilise un logiciel médical doit s'assurer qu'il est officiellement « approuvé et enregistré » par la plate-forme e-health.

5.1.1. Saisie des données dans le dossier médical global électronique

Les données médicales doivent être structurées au sein du DMGE (diagnostics, éléments de soins, antécédents, facteurs de risque, vaccination, médicaments, plan de soins, etc.)

Certaines données doivent également être saisies de manière structurée afin de pouvoir identifier facilement des informations spécifiques. Cela permet d'établir des statistiques afin d'analyser et d'évaluer la situation médicale dans le réseau. (Vaccins, éléments de santé, diagnostics, etc.)

Il est important que l'identification du dossier soit toujours effectuée correctement. Par conséquent, les données personnelles doivent être saisies le plus correctement possible, en portant une attention particulière à la date de naissance et au numéro national ou bis.

5.1.2. Accès à la réception d'informations provenant de services externes

L'utilisation du logiciel DMGE doit permettre - entre autres - d'accéder à toutes les informations mises à disposition par voie électronique par les hôpitaux, les laboratoires et autres services externes. Un résumé du DMGE (ou des données spécifiques) (SUMEHR) peut également être envoyé à des prestataires ou services médicaux externes.

Il est important d'intégrer toutes les informations médicales externes dans le DMGE. Cela peut se faire (presque) automatiquement en intégrant autant que possible ces rapports et résultats directement dans le dossier du patient.

5.1.3. Transmission du Dossier Médical Global

Le dossier médical global est légalement la propriété du patient et celui-ci peut le récupérer et/ou le consulter à tout moment.

Attention ! Les notes individuelles du médecin ne peuvent être copiées/ remises au patient.

Quand la personne quitte la structure d'accueil, un transfert du dossier médical du patient vers le médecin traitant qui assurera le suivi du patient est indispensable pour assurer la continuité des soins.

Le médecin de suivi étant souvent inconnu, il est recommandé qu'une copie¹⁵ - papier - soit systématiquement remise personnellement au DPI avant qu'il ne quitte la structure d'accueil. Toutefois, un transfert électronique sécurisé est recommandé, si possible.

Les logiciels médicaux offrent la possibilité de créer un résumé du dossier du patient (SUMEHR). Par défaut, il s'agit des données administratives, des risques (allergies, intolérances, etc.), des problèmes actifs, des antécédents, des médicaments actifs, des vaccinations, des souhaits du patient, du nom et des coordonnées du médecin du centre qui a traité le patient, etc.

Les rapports médicaux importants de spécialistes, les hospitalisations, les résultats de laboratoire ou d'autres examens techniques, les certificats médicaux (par exemple, le certificat médical pour la demande de régularisation pour raisons médicales (9ter), etc.) doivent également être ajoutés au résumé du dossier du patient.

5.1.3.1. Échange du dossier médical global

Le médecin de suivi peut toujours contacter le médecin traitant de la structure d'accueil précédente et demander l'envoi du dossier médical via un logiciel électronique sécurisé (par exemple, via la E-health box, ...) ou par e-mail si les fichiers joints sont cryptés avec un mot de passe. Pour les transmissions vers/ depuis des structures d'accueil/partenaires qui n'utilisent pas (encore) le même logiciel que les centres Fedasil, le transfert électronique des données est réalisé en sécurisant les fichiers par un mot de passe.

Pour les résidents retournant volontairement dans leur pays d'origine, il peut être utile d'ajouter un résumé en anglais des principaux éléments (diagnostic, thérapie actuelle, éléments de soins...). Dans ce cadre, il est recommandé d'indiquer clairement les coordonnées du médecin et/ou du service médical.

¹⁵ Le service médical doit conserver le dossier électronique pendant 30 ans.

5.2. Certificat

Un **certificat médical** est un témoignage qui établit et confirme un fait de nature médicale sur la base d'un interrogatoire et d'un examen.

Les conditions afférentes à l'établissement d'un certificat médical sont :

- Il est délivré par la personne qui a constaté le fait.
- Un certificat est toujours administrativement correct et contient les données d'identité correctes du patient concerné et du prestataire de soins.
- Le certificat médical ne contient que les constatations médicales concernant le patient.
- Le contenu d'un certificat ne doit en aucun cas violer le secret médical.
- Chaque certificat doit être établi de manière véridique, objective et consciencieuse et être garanti par le signataire.
- Il doit être daté du jour de son établissement et porter le cachet et la signature de son auteur. Un certificat ne peut être anti-daté, postdaté ou non daté.
- Le certificat est remis aux personnes concernées et ne peut être transmis à une tierce personne, sauf exceptionnellement, avec le consentement explicite de la personne concernée.

Dans les conditions qui précèdent, un certificat médical bénéficie d'une présomption incontestable de crédibilité. L'établissement d'un certificat peut donc être refusé à tout moment si les conditions susmentionnées ne peuvent être remplies. En cas de doute, il est également justifié de refuser la délivrance d'un certificat.

Une **attestation dixit** désigne une attestation reposant uniquement sur la déclaration des personnes concernées et non sur un diagnostic. Une telle attestation ne possède jamais le caractère d'un certificat médical. Il est important de l'indiquer clairement dans l'en-tête de l'attestation. L'attestation doit clairement indiquer « selon la déclaration de l'intéressé... ».

Une infirmière peut établir un certificat d'absence pour l'école, à condition de respecter le règlement scolaire établi à cet effet (fréquence, durée).

5.2.1. Certificat dans le cadre d'une procédure d'asile

Dans le cadre d'une procédure d'asile, il est important que la personne concernée essaie d'obtenir les certificats médicaux nécessaires.

Il est primordial, et en consultation avec la personne, d'établir un certificat médical, par exemple, dans le cas de victimes de torture ou de mutilations génitales féminines (MGF) dans le pays d'origine ou dans un pays tiers. Cette attestation est ensuite prise en considération lorsque le CGRA prend sa décision.

5.2.1.1. Attestation de victime de tortures

Une attestation « Victime de tortures » doit contenir les informations suivantes :

- Date et lieu d'établissement
- Identification de l'auteur de l'attestation (signature, nom, fonction, numéro d'identification)
- Identification du patient (nom, prénom, date de naissance)
- Récit par le patient des circonstances de la torture avec, si possible, le lieu et la date/période, le matériel de torture, les personnes qui ont torturé, etc. Chaque phrase doit être

accompagnée d'une affirmation que le patient dit/raconte. Cela garantit que la manière dont ces informations ont été obtenues est claire. Le récit complet du patient ne doit pas être mentionné.

- Plaintes psychologiques du patient
- Une description objective de chaque cicatrice avec mention
 - de la localisation
 - de la forme
 - de la taille (en cm ou mm)
 - de la couleur
 - tout aspect spécifique tel que des bords surélevés
 - de la délimitation
 - Prenez des photos si possible et incluez-les dans le rapport.
- Pour chaque cicatrice/groupe de cicatrices, il convient d'indiquer l'origine, selon le patient, de ces cicatrices et si cette explication correspond aux cicatrices identifiées. Il est également important de mentionner le degré de similitude, de cohérence (fort, modéré, etc.).
- Conseils sur le traitement/les soins psychologiques
- Les cicatrices étrangères aux actes de torture ne sont pas décrites dans l'attestation.
- Une conclusion générale est toujours formulée.

Si, en votre qualité de médecin, vous estimez ne pas être qualifié pour compléter un tel certificat, il est préférable de vous adresser à un collègue qui a été formé à cet effet.

Vous trouverez de plus amples informations sur la torture au chapitre 7.6 « Vie familiale et affective ».

5.2.1.2. Attestation de mutilations génitales féminines

Avant de rédiger le certificat médical Mutilations génitales féminines (MGF), il est recommandé de lire « ► **Addendum 2** : Mutilations génitales féminines ».

Le certificat médical officiel à compléter pour les MGF peut être consulté à ► **l'Annexe 7** : Attestation médicale de Mutilations Génitales Féminines (MGF). Il est important de n'utiliser que ce modèle et de le compléter aussi totalement que possible.

Si, en votre qualité de médecin, vous estimez ne pas être qualifié pour compléter un tel certificat, il est préférable de vous adresser à un collègue qui a été formé à cet effet.

Vous trouverez de plus amples informations sur les mutilations génitales féminines au chapitre 7.6 « Vie familiale et affective ».

5.3. Secret professionnel et Règlement général sur la protection des données

5.3.1. Secret professionnel

Le cadre juridique et déontologique du secret médical est fixé à l'article 458 du Code pénal et par le Code de déontologie médicale, qui énoncent les dispositions fondamentales sur le secret professionnel

(résumé à ► **l'Annexe 8** : Textes légaux sur le secret professionnel). Le Conseil national de l'Ordre des médecins a également émis un avis unique¹⁶ sur le secret professionnel dans les centres pour DPI.

Il est essentiel, d'une part, de respecter le secret professionnel et, d'autre part, de participer activement aux consultations multidisciplinaires. Dans ce cadre, il est prévu que les informations relatives aux besoins d'accueil spécifiques, les besoins concernant la procédure et/ou l'accompagnement et les vulnérabilités spécifiques, puissent être discutées. Aucune information médicale telle que le(s) diagnostic(s) ou les traitements ne sera partagée. Il est toujours opportun de demander à la personne concernée l'autorisation préalable de partager certaines informations (quelle information ? avec qui ?) et d'encourager la personne concernée à partager lui-même les informations si c'est indiqué.

Le secret professionnel peut être rompu en cas d'urgence, par exemple en cas de danger pour la vie de la personne concernée ou d'un tiers. Les informations nécessaires pour sécuriser la personne concernée, peuvent être partagées avec les personnes essentielles.

Le devoir de parole s'applique en cas de danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou psychique d'un mineur ou d'une personne vulnérable et quand cette intégrité ne peut être personnellement protégée ou avec l'aide d'autrui. Cela vaut également s'il existe des indices d'un danger grave et réel pour d'autres mineurs ou personnes vulnérables.

Les certificats médicaux sont toujours remis à la personne concernée.

5.3.2. Règlement général sur la protection des données (RGPD)

Cette législation couvre toutes les données à caractère personnel. Il s'agit donc de toutes les informations permettant d'identifier directement ou indirectement une personne.

Ce règlement énonce les droits suivants de la DPI:

- Le droit à l'information : Toute personne a le droit de savoir que vos données seront traitées et de connaître la finalité de ce traitement.
- Le droit de rectification : Toute personne peut le faire rectifier des données inexacts ou faire supprimer gratuitement des données incomplètes, non pertinentes ou interdites.
- Le droit d'accès : Toute personne peut le pouvoir exercer le contrôle nécessaire sur son données à caractère personnel traitées.
- Le droit d'opposition : Toute personne a le droit s' opposer à l'utilisation de ses données.
- Le droit à la portabilité des données : Toute personne a le droit d'obtenir ses données personnelles dans un format structuré, accessible et lisible par machine et de les transférer sans entrave à un autre responsable du traitement.

Toute personne traitant des données à caractère personnel doit respecter ces règles à tout moment.

¹⁶ <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/secret-professionnel/secret-professionnel-dans-les-centres-d-accueil-pour-demandeurs-d-asile>

6. Frais médicaux

6.1. Introduction

Comme le prévoit la loi accueil, l'accompagnement médical (► **Annexe 9** : Cadre juridique des frais médicaux) d'un DPI est assuré pendant la procédure dans la mesure où ces soins sont « nécessaires pour mener une vie conforme à la dignité humaine ». (Réf. loi accueil) Quand le droit à l'assistance matérielle cesse, le remboursement des frais médicaux par Fedasil cesse également.

La prise en charge et le suivi de cet accompagnement médical diffèrent selon le lieu de résidence du DPI. La structure d'accueil attribuée détermine donc les responsabilités en termes de frais médicaux.

1. Une structure d'accueil collective gérée par Fedasil : les frais médicaux sont pris en charge par Fedasil.
2. Une structure d'accueil gérée par un des partenaires d'accueil de Fedasil (par ex., Rode Kruis, Croix Rouge, Caritas, IUA Gand, Ciré...) : les frais médicaux sont pris en charge par le partenaire d'accueil, Fedasil remboursant les frais réellement engagés.
3. Une ILA gérée par le CPAS : les frais médicaux sont pris en charge par le SPF Intégration sociale.
4. Pas de séjour dans une structure d'accueil (no show/adresse privée) : les frais médicaux sont pris en charge par Fedasil et gérés par son département Gestion des processus.
5. Le DPI avec un emploi officiel ou un MENA : en cas d'une inscription à la mutuelle, les frais médicaux peuvent être pris en charge par la mutuelle (voir 6.1.1. Inscription à la mutuelle ou à la caisse auxiliaire pour l'assurance maladie et invalidité). Le ticket modérateur est pris en charge par Fedasil.

Il est important de s'assurer que les soins médicaux seront pris en charge. Il est donc préférable de le vérifier avant de prodiguer les soins. La loi accueil contient plusieurs dispositions spécifiques sur le type de soins qui sont ou non pris en charge lors d'une demande de protection internationale. (Voir 6.3.)

6.1.1. Inscription à la mutuelle ou à la caisse auxiliaire pour l'assurance maladie et invalidité

L'inscription de tous les bénéficiaires de l'accueil éligibles à l'assurance maladie et invalidité obligatoire auprès d'une mutuelle ou de la caisse auxiliaire pour l'assurance maladie et invalidité (CAAMI) doit toujours être organisée dans les meilleurs délais.

Les groupes suivants peuvent s'inscrire à une mutuelle / CAAMI pendant leur procédure :

- MENA qui a au moins suivi trois mois consécutifs d'enseignement primaire ou secondaire dans une école reconnue par une autorité belge. La participation aux cours dans le COO est prise en compte.
- Les DPI qui travaillent légalement en Belgique, en tant que salariés ou indépendants.
- Les personnes disposant d'un titre de séjour légal de plus de trois mois en Belgique peuvent s'affilier à la CAAMI ou à une mutuelle de leur choix.
- Les personnes à charge d'un membre de la famille pouvant adhérer à une compagnie d'assurance / caisse d'assurance maladie = bénéficiaire de l'assurance maladie et invalidité, peuvent parfois s'affilier à cette caisse d'assurance maladie.
- Toutes les personnes qui ont obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire ou une décision positive sur le bien-fondé d'une demande de régularisation pour des raisons médicales ou humanitaires (9ter ou 9bis), mais qui résident encore temporairement dans le

réseau d'accueil (pendant la période de transition, avec éventuellement un report de départ accordé)

Il est bien entendu prévu que l'assistant social ou le travailleur social de la structure d'accueil accompagne le bénéficiaire de l'accueil dans ce processus et l'informe sur les démarches à effectuer et sur les documents nécessaires, voire l'aide à introduire la demande proprement dite/ à compléter les formulaires de demande si nécessaire.

Le DPI ou son tuteur peut choisir la compagnie d'assurance à laquelle adhérer : la CAAMI ou une autre mutuelle. (<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres-professionnels/mutualites/contactez-les-mutualites>)

L'inscription à l'assurance maladie et invalidité obligatoire est en soi gratuite, mais plusieurs caisses d'assurance maladie exigent également l'affiliation à une assurance complémentaire lors de l'inscription. Cette assurance complémentaire est toujours payante et couvre des services supplémentaires qui varient d'une compagnie d'assurance maladie à l'autre, par exemple l'assistance médicale à l'étranger, le transport non urgent de patients, la garde d'enfants malades, etc. Vous ne pouvez-vous affilier à la CAAMI que pour l'assurance maladie obligatoire et l'inscription est donc totalement gratuite. Les frais liés à une éventuelle affiliation au régime d'assurance maladie complémentaire d'une mutuelle ne sont ni pris en charge, ni remboursés par Fedasil.

Dès qu'un résident du réseau d'accueil de Fedasil ou d'un de ses partenaires d'accueil est couvert par l'assurance maladie et invalidité obligatoire, les règles de remboursement suivantes s'appliquent, **pour autant** que Fedasil prenne en charge les frais médicaux et que les règles générales de remboursement pour les bénéficiaires de l'accueil soient respectées :

- Facturation directe obligatoire à la caisse d'assurance maladie de la part pouvant être prise en charge par l'INAMI chaque fois que le régime de paiement direct est possible.
- Fedasil prend uniquement le ticket modérateur en charge.
- La prise en charge de soins médicaux spécifiques, tels que visés dans la liste Plus. Cela inclut les médicaments « D » et le soutien psychologique.

La totalité de la facture de la prestation médicale peut être prise en charge ou remboursée par Fedasil, pour autant que Fedasil soit compétent pour les frais médicaux, dans le seul cas où un système de tiers payant est réellement impossible. Cela vaut également pour l'aide médicale et les soins médicaux qui, bien que ne figurant pas dans la nomenclature de l'INAMI, sont néanmoins assurés par Fedasil au bénéficiaire de l'accueil, car ils font partie de la vie quotidienne ou sont nécessaires.

6.2. Aspects financiers

6.2.1. Le réquisitoire/l'autorisation

- Un réquisitoire désigne un document destiné au prestataire de soins de santé externe, qui lui confirme que Fedasil ou un partenaire prendra en charge les frais médicaux d'une personne spécifique pour une prestation de santé spécifique.

- Le réquisitoire énumérera clairement les prestations de santé qui seront remboursées. Si nécessaire, le nombre de séances et/ou la durée des soins seront indiqués.
- Le remboursement des frais médicaux est toujours limité aux tarifs de l'INAMI. Les indemnités personnelles, les suppléments, etc. ne seront pas remboursés via un réquisitoire.

Un réquisitoire est toujours pour une date spécifique ou pour une durée limitée. Il est important de le respecter et de demander une prolongation si nécessaire.

6.2.1.1. Mise en œuvre pratique

6.2.1.1.1. Le DPI réside dans un centre d'accueil (Fedasil ou partenaire)

Le réquisitoire est établi et signé par une personne du service médical. Il est important de vérifier avec le médecin et/ou l'infirmière s'il existe un accord pour les soins médicaux prévus.

Si le centre n'est pas doté d'un service médical et si le médecin ne peut signer pour un motif quelconque, le directeur du centre peut alors signer le réquisitoire.

En pratique :

- ✓ Le service médical remet au DPI une lettre référence accompagnée d'un réquisitoire.
- ✓ Le DPI emporte la lettre de référence et le réquisitoire lors du rendez-vous avec le prestataire de soins externes et les lui remet.
- ✓ Le prestataire de soins envoie sa facture accompagnée du réquisitoire à la structure d'accueil (mentionnée dans le réquisitoire) qui traitera ensuite la facture.

6.2.1.1.2. Le DPI réside à une adresse privée ou sans place d'accueil (No Show)

Le réquisitoire est toujours établi par le service Gestion des processus au siège de Fedasil.

Le réquisitoire médical peut être établi par le service « Gestion des processus » à des fins diverses :

- Consultation auprès d'un prestataire de soins ou admission dans un hôpital
- Achat de médicaments, de produits médicaux et/ou d'équipements médicaux, de lunettes, etc. Cela nécessite toujours une ordonnance d'un médecin.
- **En pratique :**
 - ✓ Le DPI demande un réquisitoire avant la consultation effective, l'examen, l'hospitalisation, l'achat, etc. (à l'exception de la consultation des soins médicaux urgente).
 - ✓ Le DPI envoie la demande de réquisitoire complétée (document spécifique) via le formulaire en ligne via l'adresse : <http://noshowrq.fedasil.be>. En cas d'hospitalisation ou d'intervention prévue, un rapport médical doit être joint à la demande. En cas d'achats de médicaments ou de séances kiné, une prescription doit être jointe à la demande.
 - ✓ Le service Gestion des processus vérifie si le DPI est toujours en cours de procédure et si la demande peut être prise en charge par Fedasil.
 - ✓ Si Fedasil prend en charge les soins, le département Gestion des processus enverra un réquisitoire au DPI à l'adresse mail communiquée dans le formulaire de demande. Le DPI emporte son réquisitoire au rendez-vous avec le prestataire de soins externes et le lui remet.
 - ✓ Le prestataire de soins envoie par la poste sa facture accompagnée du réquisitoire au service Gestion des processus (adresse mentionnée dans le réquisitoire), qui traitera ensuite la facture.

- **Exception.** En cas d'urgence et d'hospitalisation immédiate, le DPI peut s'avoir des soins sans réquisitoire. Le réquisitoire doit être demandé ultérieurement et ajouté à la facture. La demande peut être faite par l'hôpital ou, si l'hôpital ne l'a pas fait, par le DPI.

Attention ! Le service « Gestion des processus » ne rembourse pas les frais pour lesquels aucun réquisitoire n'a été délivré ou qui ne répondent pas aux conditions de remboursement indiquées dans le réquisitoire.

Pour info : le service Gestion de Processus reste joignable via medic@fedasil.be ou par téléphone, lors de la permanence téléphonique organisée du lundi au vendredi de 9h à 12h aux numéros suivants :

02/213.43.00 (NL)

02/213.43.25 (FR)

6.2.2. Frais d'annulation

Fedasil ne prendra pas en charge les frais de consultation ou d'interprétation si une consultation est annulée par e-mail ou par téléphone au moins 48 heures à l'avance.

Si une consultation est annulée moins de 48 heures à l'avance ou si le rendez-vous n'est pas respecté (à l'exception d'un cas de force majeure - par exemple, une grève des transports publics, ...), Fedasil facturera au maximum 1/3 du tarif normal avec un montant maximum de 30 €.

Si un résident ne s'est pas rendu à une consultation ou à un rendez-vous, le prestataire de soins est alors invité à en informer le service médical par courriel dans un délai d'une semaine.

6.2.3. Achat ou location d'équipements

Pour les centres fédéraux, des **contrats-cadres** existent pour les produits suivants : matériel médical, pansements et matériel d'incontinence pour adultes.

Les commandes de ces produits doivent être passées via ces contrats-cadres et un bon de commande doit toujours être établi par le service financier du centre d'accueil après approbation du service médical ou du responsable médical.

Si un produit médical (matériel médical ou d'incontinence) ne figure pas sur la liste, ce produit peut être demandé via le service Gestion médicale FHQ, qui examinera si ce produit peut éventuellement être ajouté à la liste. Si tel n'est pas le cas, le produit peut être commandé au nom du résident via une offre de prix.

Une offre de prix DOIT toujours être demandée pour les équipements pour lesquels **aucun contrat-cadre** n'a été signé (prothèses, orthèses, appareils auditifs, etc.), ainsi que pour la location de matériel médical.

Si l'INAMI a prévu un prix fixe pour ce produit (conformément à la nomenclature de l'INAMI et devant toujours être mentionné sur l'offre de prix !) et si le prix de l'offre respecte le prix de l'INAMI, ce produit peut être acheté sans demander 3 offres de prix différentes. Si aucun prix / nomenclature INAMI n'est disponible ou si le prix est plus élevé que le prix INAMI, 3 offres de prix doivent être demandées à 3 sociétés différentes et la moins chère doit être sélectionnée. Dans ce cadre, il convient également de tenir compte des frais éventuels de transport.

Dans les deux situations, un bon de commande doit toujours être établi par le service financier. Le produit peut être uniquement acheté après approbation du bon de commande.

Exception : Si, par exemple, une genouillère (pour laquelle un bon de commande doit normalement être établi) est remise directement au service des urgences, il est évident qu'aucun bon de commande ne peut être établi. Dans ce cas, le service médical du centre doit ajouter cette information à la facture. Cela ne s'applique qu'au service des urgences et non aux autres services. Il est important d'informer régulièrement le(s) service(s) d'urgence voisin(s) des procédures financières du centre d'accueil.

Les centres d'accueil des partenaires suivent la même procédure comme décrite, sans tenir compte d'un éventuel contrat cadre.

6.2.4. Factures

6.2.4.1. Réquisitoires ou autorisations

Pour ce qui concerne les soins médicaux autorisés via un réquisitoire, le service médical ou le service « Gestion des processus » est responsable de la validation du contenu de la facture. Ils vérifient si la facture correspond aux soins médicaux qui ont été dispensés et si les prix sont conformes au règlement de l'INAMI.

6.2.4.2. Médecins dans une structure d'accueil: Paiement des prestations

Les médecins généralistes qui examinent de DPI dans une structure d'accueil, mais qui n'ont signé **aucun accord de coopération** avec Fedasil (par exemple les médecins de garde), doivent établir une facture par patient. Les médecins travaillent toujours aux tarifs de l'INAMI en vigueur.

La facture, accompagnée des réquisitoires, sera soumise au service médical du centre.

La facture contient les informations suivantes :

- date de la consultation
- identification du résident : nom, prénom, date de naissance
- données d'identification du médecin avec soit le numéro d'entreprise (ou le numéro de TVA), soit le nom, le prénom et l'adresse complets, ainsi qu'un numéro de compte.
- numéros de nomenclature de l'INAMI des soins dispensés et le montant correspondant

Les médecins généralistes travaillant dans les centres et qui ont **conclu un accord de coopération** travaillent toujours selon les tarifs de l'INAMI et transmettent à la fin du mois le document de remboursement des honoraires (disponible avec l'accord de coopération) au département médical. Après validation, ce dernier le transmet au service financier. Si le centre ne compte aucun service médical (infirmière et/ou matériel), le médecin peut facturer la prestation comme une visite (à domicile) selon qu'il examine 1, 2 ou plus de 2 patients (103132, 103412, ou 103434). Si un service médical est disponible, le tarif d'une consultation au cabinet est facturé à un médecin généraliste agréé (101076) (voir accord de coopération).

6.2.5. Conventions

Une convention avec une institution externe est établie pour une personne qui séjourne dans une institution externe pendant une longue période en raison d'un problème médical grave ou d'un besoin important de soins. Le consentement d'un médecin conseil doit toujours être demandé avant qu'un résident puisse être admis dans une institution.

Cette personne sera affectée administrativement à une structure d'accueil pour le suivi administratif, social et médical nécessaire. Cela se fait d'abord sur la base d'un réquisitoire, puis d'une convention (► **Annexe 10** : Convention) rédigée par le siège. Lire également « ► **Addendum 3** : Convention » pour plus d'informations.

6.3. Cadre légal afférent au remboursement des soins médicaux par Fedasil

Pour ce qui concerne les soins (médicaux/paramédicaux) décrits dans la nomenclature de l'INAMI, Fedasil intervient à concurrence du montant maximum mentionné dans cette liste de l'INAMI (y compris le ticket modérateur). Les prestataires de soins conventionnés respectent toujours les tarifs de l'INAMI. Les prestataires de soins non conventionnés peuvent uniquement facturer le tarif maximum de l'INAMI. S'ils ne respectent pas ces tarifs, on ne peut pas faire appel à leurs soins médicaux.

Le tarif conventionné pour une prestation déterminée peut être consulté en saisissant le numéro de nomenclature (= 6 chiffres) dans Nomensoft¹⁷.

Certains soins médicaux sont explicitement énumérés dans la loi. (► Annexe 11: Loi accueil. Remboursement des soins paramédicaux et psychologiques) (A.R. 09 avril 2007, Art.4: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-09-avril-2007_n2007002076) L'énumération de ces soins médicaux est fournie dans la « liste plus et moins » :

1. Soins sans nomenclature INAMI qui sont effectivement fournis (liste plus)
 - Les médicaments de la catégorie D (pas A, B, C, Cs, Cx) s'ils sont prescrits par un médecin avec une ordonnance mentionnant le nom de la substance et en tenant compte des recommandations pour le remboursement de référence. Les médicaments de catégorie D (variante la moins chère) figurant dans la liste suivante : antiacides, spasmolytiques, antiémétiques, antidiarrhéiques, analgésiques et antipyrétiques, et médicaments pour les affections bucco-pharyngées.
 - Extractions dentaires
 - Prothèses dentaires pour restaurer la fonction de mastication uniquement
 - Lunettes pour enfants prescrites par un ophtalmologue, à l'exception des verres bifocaux, multifocaux ou colorés
 - Lunettes pour adultes à partir d'une divergence de réfraction de 1D au moins au meilleur œil et prescrites par un ophtalmologue, à l'exception des verres bifocaux, multifocaux ou colorés
 - [NEW] Lait adapté pour les nourrissons lorsque l'allaitement maternel est impossible (dans une entre d'accueil = imputé aux frais de fonctionnement étant donné qu'il s'agit d'une alimentation standard.)
2. Soins dans la nomenclature INAMI qui ne sont PAS dispensés (liste Moins) :
 - Orthodontie
 - Toutes les opérations, tous les médicaments et examens spécifiquement liés à la fertilité.
 - Prothèses dentaires, en cas d'absence de mastication, quel que soit l'âge.
 - Interventions purement esthétiques, sauf pour la reconstruction après une opération ou un traumatisme.

¹⁷ <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/Nomen/fr/search>

- Traitements dentaires et/ou extractions sous anesthésie générale

Ce dernier sera imputé aux frais de fonctionnement étant donné qu'il s'agit d'une alimentation standard.

6.3.1. Prestations médicales

6.3.1.1. Soins bucco-dentaires

Les DPI nécessitent souvent des soins dentaires. La santé bucco-dentaire de nombreuses personnes est mauvaise et les facteurs suivants peuvent y contribuer : manque d'hygiène bucco-dentaire, alimentation, conditions de vie précaires et/ou accès limité aux soins dentaires.

En raison de l'encombrement de ce service, il est important de toujours procéder à une analyse critique des plaintes et, si nécessaire, d'exécuter un examen buccal. Les résultats sont enregistrés dans le dossier médical électronique et il convient de tenir compte de ce qui est urgent, possible et raisonnable.

Les « soins dentaires urgents » sont trop souvent réduits à une question de « douleur » ou « d'absence de douleur », et devraient être étendus aux « soins nécessaires ». Il s'agit notamment des problèmes dentaires dont l'expert dentaire sait que, s'ils ne sont pas traités, la situation se détériorera très certainement et que des traitements plus complexes seront nécessaires à l'avenir.

Fedasil prend en charge les soins dentaires, pour autant qu'il s'agisse de « soins nécessaires » et qu'il existe une nomenclature INAMI pour ces soins. Fedasil rembourse toujours les soins fournis conformément à la convention la plus récente avec l'INAMI.

La liste des numéros de nomenclature des interventions avec les tarifs (ceux-ci sont indicatifs en raison des modifications régulières de la convention INAMI) qui sont facturés, peut être consultée sur le site de l'INAMI : <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/dentiste.aspx> . (Veuillez noter qu'ils sont modifiés 2 fois par an)

Fedasil prévoit donc un remboursement au tarif INAMI pour les éléments suivants :

- Obturations dentaires lorsque la carie s'étend au-delà de la limite entre l'émail et la dentine.
- traitements du canal radiculaire
- extractions dentaires, quel que soit l'âge du patient. Vous devez utiliser comme référence les codes et les tarifs INAMI de la catégorie d'âge « à partir de 53 ans » et les indiquer sur le certificat (voir 5.5.1.2 éventuellement en mentionnant 'comme référence').
- élimination du tartre supragingival
- Radiographies, selon le principe ALARA (as low as reasonably achievable)

Certains codes de l'INAMI existent uniquement pour certaines catégories d'âge. Si une autre catégorie d'âge est nécessaire pour un patient, le code INAMI de référence est le même que le code pour les mêmes soins pour une autre catégorie d'âge. Cela peut également être précisé sur la facture si le prestataire de soins le souhaite.

Les restaurations esthétiques, les couronnes et ponts fixes (bridges), les couronnes sur les dents de lait, les traitements orthodontiques et les implants ne sont PAS couverts par Fedasil. Ces options de

traitement sont judicieuses, mais peuvent être reportées jusqu'après la demande de protection internationale.

6.3.1.1.1. Élimination du tartre

Fedasil prend ces soins en charge s'ils sont fournis par un dentiste.

Chez les enfants et les adultes, si la plaque dentaire est fortement développée, le détartrage peut être accepté comme un traitement dentaire préventif, jusqu'à une fois par an. L'apprentissage d'une hygiène dentaire adéquate est une condition préalable.

Le service médical peut établir un réquisitoire portant explicitement la mention « élimination du tartre ».

6.3.1.1.2. Soins conservateurs en cas de caries

Fedasil prend ces soins en charge au tarif INAMI.

6.3.1.1.3. Extractions dentaires

Fedasil prend ces soins en charge pour tous les âges (pas uniquement pour les enfants jusqu'à 18 ans ou pour les adultes à partir de 53 ans) et procède au remboursement sur la base des tarifs INAMI pour les +53 ans.

6.3.1.1.4. Traitements du canal radiculaire

Fedasil prend ces soins en charge au tarif INAMI.

Une inflammation d'un canal radiculaire avec une ou deux racines peut être traitée par le dentiste. Pour le traitement d'une dent à 3 ou 4 racines (les dernières molaires), le dentiste peut orienter le patient vers un endodontiste. Ce dernier doit également être disposé à fournir les soins aux tarifs officiels de l'INAMI.

6.3.1.1.5. Anesthésie générale

Bien qu'il soit clairement indiqué dans l'arrêté royal que les traitements et/ou extractions dentaires sous anesthésie générale ne sont pas pris en charge, une exception générale est accordée par le directeur général de Fedasil si l'une des conditions suivantes est remplie :

- Soins dentaires ou extractions multiples pour les enfants de moins de 8 ans
- Extraction simultanée de 4 dents de sagesse, indépendamment de l'âge
- Soins dentaires pour les patients souffrant de problèmes somatiques et/ou mentaux graves, contre-indiquant des soins sans anesthésie générale.

Cela ne doit pas être demandé au cas par cas, mais doit être mentionné explicitement dans le réquisitoire.

6.3.1.1.6. Prothèses dentaires

Fedasil les prend en charge, quel que soit l'âge, si la fonction masticatoire est insuffisante et pour autant que la prothèse dentaire rétablisse la fonction masticatoire (voir ci-dessous).

Les différentes étapes nécessaires à la réalisation de la prothèse, ainsi que les corrections résultant du port de la prothèse, sont comprises dans le prix INAMI de la prothèse. Aucun code INAMI distinct ne peut être facturé pour ces consultations.

Les prix INAMI des prothèses comprennent également les prix des crochets en cas de prothèses partielles. Les numéros de nomenclature des prothèses dentaires figurent à ► **l'Annexe 12** Nomenclature des numéros des prothèses dentaires.

6.3.1.1.6.1. Fonction de mastication

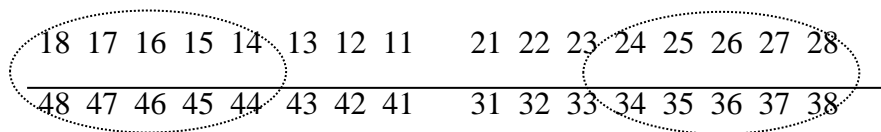
Il s'agit de maintenir une fonction de mastication qui permet à la personne de se nourrir correctement. Cela est uniquement possible avec un nombre suffisant de dents pour la mastication.

Ce qui détermine le coefficient de mastication est le nombre de paires dentaires occlusives, en se basant uniquement sur les prémolaires et les molaires, ~~détermine le coefficient de mastication~~ (paires occlusives des dents de la position 4 à la position 8).

Le nombre de **paires dentaires occlusives** indique le nombre de **dents** et leur position dans la bouche, qu'un individu peut utiliser pour mordre et mâcher les aliments.

Numérotation des dents (système FDI)

Afin d'obtenir un aperçu de la fonction masticatoire, nous demandons au dentiste d'indiquer les dents manquantes et les dents à remplacer à l'aide du système international de numérotation.



1. Pour le bloc des dents antérieures supérieures et inférieures

Les dents antérieures (incisives et canines 11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42, 43) ne sont pas essentielles à la fonction de mastication.

En principe, Fedasil ne prendra pas en charge le remplacement des dents de devant, sauf si le patient possède également moins de 4 paires occlusives dans les parties latérales. Une exception possible peut être demandée si le patient perd des dents antérieures durant sa procédure d'asile (par exemple, en raison d'un traumatisme grave), s'il en résulte une souffrance psychologique grave ou si les dents antérieures présentent moins de 2 paires d'occlusives.

2. Pour les prémolaires et les molaires

Fedasil prend en charge une prothèse amovible aux tarifs INAMI si la personne adulte possède moins de 4 (seulement 0, 1, 2 ou 3) paires de dents occlusives et si la prothèse proposée rétablit le nombre de paires occlusives à (au moins) quatre paires occlusives.

3. Pour une édentation complète

Fedasil prend en charge la pose de la prothèse complète (supérieure, inférieure ou supérieure et inférieure) si l'état d'édentation existe depuis moins d'un an ou s'il est apparu pendant la procédure d'asile.

6.3.1.1.7. Octroi par le service médical

Cela se fait sur la base de la prescription du dentiste avec :

- Indication de dents manquantes => capacité de mastication < 4/10
- Indication des dents à remplacer par des dents amovibles inférieures/supérieures => capacité de mastication ≥ 4/10
- Prix pour la prothèse dentaire amovible supérieure et/ou inférieure => ≤ prix INAMI

À PRÉCISER DANS LE DEVIS DU DENTISTE

Données de base du patient

Approbation médicale

Approbation du prix

Indication du prix total d'une ou des deux prothèses et du prix INAMI entre parenthèses.

Date, nom et signature du service médical

Le devis approuvé ou rejeté doit être conservé par le service médical dans le dossier médical (électronique).

Après approbation, un réquisitoire est établi et renseigne le prix approuvé. Une copie est conservée avec l'offre de prix validée.

6.3.1.2. Troubles oculaires

6.3.1.2.1. Interventions non chirurgicales

1. Montures et verres

Fedasil les prend en charge si :

- < 18 ans : indépendamment de la dioptrie, sous réserve d'une prescription par un ophtalmologue ou, si un rendez-vous chez l'ophtalmologue est difficile à obtenir, après mesure par un opticien (à l'exception des verres progressifs ou colorés).
- ≥ 18 ans : si le meilleur œil [dioptrie + cylindre] ≥ 1 et si la prescription est établie un ophtalmologue (à l'exception des verres progressifs ou teintés).
- les remplacements selon les normes de l'INAMI (par exemple, changement du verre en cas de différence d'au moins 0,5 dioptrie par rapport au précédent).
- un amincissement des verres de lunettes (« indice de réfraction élevé ») est nécessaire et si la dioptrie de l'œil le plus mauvais est >3,5 (pas pour des raisons esthétiques, mais uniquement pour réduire le poids du verre afin que les lunettes ne tombent pas toujours et ne causent pas de problèmes).
- le remplacement pour cause de perte ou de casse chez des mineurs et des adultes est examiné au cas par cas. À cette fin, il convient de déposer une demande de prise en charge exceptionnelle (voir 6.3.5.).

Les lunettes bifocales sont uniquement prises en charge si la correction de la myopie et de l'hypermétropie est nécessaire et si le prix d'une paire de lunettes bifocales est inférieur au prix total de deux paires de lunettes séparées.

Prix admis :

- Monture : Prix de la monture ≤ INAMI (code 742711 « Intervention forfaitaire pour la monture, indépendamment de la puissance des verres »).
- Verres : Pour les verres de lunettes, une offre de prix doit être demandée. Le prix des verres organiques est basé sur la liste de l'INAMI (« verres organiques unifocaux ») pour les enfants de moins de 18 ans (en fonction de la dioptrie et du cylindre). Si la dioptrie est supérieure à 6, un supplément peut être appliqué comme indiqué dans la liste INAMI ; Groupe 4. Suppléments sous-groupe 1. Cylindres élevés (741996).

2. Lentilles de contact

L'INAMI ne prévoit pas de remboursement pour les lentilles journalières et hebdomadaires. Fedasil ne les prend donc pas en charge.

[NEW] Si des lunettes peuvent être utilisées, ce sera toujours le 1er choix, fedasil ne fournit pas de frais pour les lunettes et les lentilles.

[NEW] Selon l'INAMI, les lentilles de contact sont uniquement remboursées dans le cas de plusieurs affections bien définies. Fedasil se conforme à cette législation. Il convient alors de déposer une demande de prise en charge exceptionnelle pour des frais médicaux auprès de la cellule médicale régionale (voir 6.3.5.). Le liquide pour lentille sera uniquement pris en charge dans cette situation exceptionnelle.

3. Lunettes de lecture

En ce qui concerne les lunettes de lecture, des lunettes bon marché peuvent être achetées (via des bons de commande après comparaison des prix). S'il n'y a pas d'achat par bon de commande, les lunettes de lectures ne sont fournies que sur prescription de l'ophtalmologue ou de l'opticien, s'il est difficile d'obtenir un rendez-vous chez ce dernier. La correction minimale de 1 pour le meilleur œil doit toujours être respectée.

4. Octroi par le service médical

Cela se fait sur prescription de l'ophtalmologue ou de l'opticien (uniquement dans le cas de lunettes de lecture et dans les cas où il est difficile d'obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologue) avec :

- Indication de la dioptrie et du cylindre => $| \text{dioptrie} | + | \text{cylindre} | \geq 1$ ou < 18 ans ?
- Indication de la vue de loin et/ou de près

et avec devis de l'opticien pour :

- prix de la monture => code INAMI
- prix des verres => ≤ prix max INAMI en fonction de la dioptrie et du cylindre

Si une correction de la myopie et de l'hypermétropie est nécessaire, l'offre comprend 3 prix comme suit :

1. monture + verres pour vue de loin
2. monture + verres pour vue de près
3. lunettes + verres progressifs

À PRÉCISER DANS LE DEVIS DE L'OPHTALMOLOGUE

Données de base du patient

Approbation médicale

Indication « ≥ 1D » ou « < 18 ans ».

Approbation du prix

Mention du prix total de la monture et des verres et, entre parenthèses, du prix maximum de l'INAMI.

Date, nom et signature du service médical

Les offres de prix approuvées ou rejetées doivent être conservées dans le dossier médical (électronique).

Après approbation, un réquisitoire est établi et renseigne le prix approuvé. Une copie est conservée avec l'offre de prix validée.

6.3.1.2.2 Interventions chirurgicales

1. Cataracte

La dégénérescence du cristallin est un processus chronique, qui évolue généralement lentement et qui est déjà installé à la date de la demande. Le cristallin se trouble et la vision se détériore progressivement. Si une intervention est indiquée, elle sera prise en charge.

2. Glaucome

Quand la pression oculaire est trop élevée, une trabéculotomie est proposée. Cette intervention peut toujours être prise en charge.

3. Injections intra-vitréennes

L'injection dans le corps vitré d'un inhibiteur de croissance vasculaire est préconisée dans le cas de la dégénérescence (maculaire) rétinienne liée à l'âge, l'œdème maculaire (diabétique) et certaines formes graves de myopie. Les médicaments de traitement sont, notamment, Avastin, Lucentis et Eylea.

L'Avastin n'est pas remboursé par la mutuelle classique, mais est de loin le produit le moins cher. Ces injections peuvent être prises en charge.

Pour bénéficier d'Eylea, de Lucentis ou d'autres produits, une demande de prise en charge exceptionnelle (voir 6.3.5.) doit être déposée auprès des médecins-conseils de Fedasil, certains critères devant être respectés, comme dans la mutuelle classique. Ces critères peuvent être consultés dans Nomensoft, la base de données de l'INAMI : <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/Nomen/fr/search>.

4. Autres

[NEW] Pour toute autre intervention ophtalmologique de nature mineure ou majeure, telle que la chirurgie du strabisme, la transplantation de cornée, l'intervention sur les canaux lacrymaux, les règles de l'INAMI s'appliquent et une autorisation doit être demandée si cela est requis selon l'INAMI. S'il s'agit d'une intervention complexe et/ou si des soins médicaux à long terme sont nécessaires par la suite (par exemple, des gouttes ophtalmiques après une greffe de cornée), il est très important d'examiner le meilleur plan d'action avec le SDS et les prestataires de soins de 1ère et 2ème ligne. Parfois, il est préférable de reporter l'intervention jusqu'à ce qu'il y ait plus de clarté sur le statut de la FDS.

6.3.1.3. Aide auditive

L'INAMI, et par conséquent Fedasil, prend en charge un appareil auditif en cas de perte auditive d'au moins 40 dB dans l'oreille à appareiller.

Perte auditive = Additionner les valeurs de seuil (en dB) de l'audiogramme sonore mesuré à 1000, 2000 et 4000 Hz et diviser la somme par 3. Calculer ce chiffre pour chaque oreille.

Le prix de base de l'INAMI comprend également la garantie de l'appareil contre tout défaut de fabrication dans des conditions normales d'utilisation pendant une durée de deux ans, à l'exception des accessoires externes. Lors du renouvellement de l'appareil (selon le règlement de l'INAMI), sous condition qu'il soit utilisé normalement, le suivi de l'appareil pendant toute la durée de la garantie est également compris dans le prix de base.

Renouvellement possible si :

- < 18 ans : 3 ans après la date de la précédente livraison
- ≥ 18 ans : 5 ans après la date de la précédente livraison
- aggravation d'au moins 20 dB

Fedasil ne prend en charge aucune assurance complémentaire pour un appareil auditif.

Fedasil prend en charge les piles des appareils auditifs après une demande de prix comparative. Un maximum de 20 piles par appareil auditif et par période de 2 mois peuvent être fournies.

6.3.1.4. Bandagisterie

Fedasil respecte les conditions/règlements de l'INAMI et les tarifs de l'INAMI. En l'absence de nomenclature INAMI, une demande de prise en charge exceptionnelle doit toujours être introduite et le principe de la comparaison des prix s'applique (3 offres).

Les bandages sont distribués dans les centres et commandé par le service médical. Pour les DPI qui ne séjournent pas dans un centre, une demande de prise en charge peut être déposée via le réquisitoire et uniquement sur prescription d'un médecin.

[NEW] Les semelles orthopédiques seront facturées selon les conditions de l'INAMI, et pour un montant maximum de 150 euros/paire. Si l'un des trois devis reste inférieur à 150 euros, c'est le moins cher qui sera retenu et les semelles pourront être achetées. Aucune demande exceptionnelle ne doit être introduite. Les devis doivent être conservés dans le dossier médical.

Produits remboursés par l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature-textes/nomenclature-article-29>

6.3.1.5. Pédicure médicale

[NEW] Les soins de pédicure médicale ne sont pris en charge qu'à titre exceptionnel et uniquement s'il existe une indication médicale. Une prescription médicale est nécessaire et une demande exceptionnelle ainsi qu'une comparaison des prix (3 devis) doivent toujours être effectuées.

6.3.1.6. *Planning familial*

6.3.1.6.1. *Contraception*

Les différences de prix entre les différentes formes de contraception sont minimales. Fedasil prend donc énormément en charge.

Les formes suivantes de contraception sont prises en charge :

- Préservatif (pour hommes et femmes)
- Pilule contraceptive orale :
 - la « POP » (Progesteron Only Pill)
 - la pilule combinée, de préférence la combinaison œstradiol + lévonorgestrel
 - la contraception d'urgence : lévonorgestrel 1,5 mg (voir en ligne pour le calendrier) et Ulipristal
- Stérilet (Intra-Uterine Device (IUD))
 - Stérilet en cuivre
 - Stérilet progestérone
- Tige d'Implanon

Les formes suivantes de contraception sont uniquement prises en charge dans des situations particulières. Cela signifie que l'autorisation est demandée aux médecins conseils sur la base d'une justification clinique.

- anneau vaginal
- patchs hormonaux

6.3.1.6.2. *Interruption de grossesse*

En Belgique, une interruption de grossesse (avortement) peut être pratiquée pour des raisons psychosociales (non médicales) jusqu'à 14 semaines maximum d'aménorrhée ou 12 semaines au maximum après la conception. L'interruption de grossesse pour raisons médicales n'est soumise à aucun délai maximal.

L'équipe médicale a pour mission d'orienter les couples ou les femmes vers un centre de référence spécialisé compétent¹⁸. Différentes méthodes sont utilisées selon le stade de la grossesse. Plus une grossesse est interrompue à un stade précoce, moins elle est physiquement invasive. Dès lors, la détection précoce des grossesses non désirées et l'orientation vers un spécialiste sont importantes. Il est essentiel de mener cet entretien en tenant compte des spécificités culturelles.

Fedasil prend en charge une interruption de grossesse.

6.3.1.6.2. *Traitement de la fertilité*

[NEW] Fedasil ne prend en charge aucune intervention, ni médicaments ou examens spécifiquement liés à la fertilité. **Cela inclut le prélèvement et la conservation des ovocytes.**

¹⁸ <https://abortus.be/> + <http://www.gacehpa.be/>

6.3.1.7. Tests génétiques

[NEW] Fedasil prend en charge les tests génétiques si le résultat peut avoir un impact sur le traitement de la personne concernée, **et si la nomenclature de l'INAMI le prévoit.**

Le test NIPT (Test Prénatal Non Invasif) est pris en charge si le médecin/gynécologue estime qu'il est indiqué au regard de la situation et qu'il est prescrit selon les critères INAMI. Un consentement au préalable est essentiel.

[NEW] Les tests ADN pour prouver la paternité ou la maternité ne seront pris en charge par l'Agence sur le budget médical que dans le cas d'un MENA séjournant dans un centre d'accueil et SI un éventuel test positif pourrait améliorer la situation (procédure ou accueil) du mineur. Bien entendu avec l'accord du tuteur. Pour cela, une demande exceptionnelle de prise en charge doit être introduite. Vous trouverez plus d'informations dans le ► **Addendum 1 : Etrangers mineurs non accompagnés .**

Fedasil ne prend PAS en charge les tests génétiques réalisés dans le cadre de la fertilité (maladies héréditaires).

6.3.1.8. Parcours de soins

Un parcours de soins¹⁹ organise et coordonne l'approche, le traitement et le suivi d'un patient atteint d'une maladie chronique. Il se fonde sur la coopération entre le patient, le médecin généraliste et le spécialiste.

Actuellement, un parcours de soins existe pour certains patients, tels que ceux souffrant d'insuffisance rénale chronique ou de diabète de type 2.

Fedasil prend en charge les soins proposés dans le cadre d'un parcours de soins selon les tarifs et les directives INAMI applicables.

6.3.2. Médicaments et parapharmacie

6.3.2.1. Médicaments

Fedasil prend en charge la variante la moins chère des médicaments de la catégorie D (pas A, B, C, Cs, Cx) s'ils sont prescrits par un médecin avec une ordonnance mentionnant le nom de la substance et en tenant compte des recommandations pour le remboursement de référence. Il s'agit des médicaments de la liste suivante : antiacides, spasmolytiques, antiémétiques, antidiarrhéiques, analgésiques et antipyrétiques et médicaments pour les affections buccopharyngées. Complémentaire à A.R., Fedasil pris en charge aussi sédatifs ou calmants.

Les médicaments des autres catégories (A, B, C, Cs, Cx) sont pris en charge selon les règles en vigueur de l'INAMI. Cela signifie qu'une autorisation doit être demandée au médecin conseil, le cas échéant.

En cas de doute sur la prise en charge des médicaments, il convient de contacter la cellule médicale régionale.

6.3.2.2. Parapharmacie

Les produits parapharmaceutiques sont des produits ou des objets vendus en pharmacie et utilisés à des fins médicales, mais qui ne sont pas des médicaments.

¹⁹ <https://www.zorgtraject.be/FR/index.aspx>

En cas de doute sur la prise en charge de ces produits, il convient de contacter la cellule médicale régionale.

6.3.2.2.1 Produits parapharmaceutiques

- Crème solaire, dentifrice, shampoing, savon sont achetés et distribués par l'économat. Ils ne sont qu'exceptionnellement achetés en pharmacie après prescription médicale en cas de pathologie dermatologique.
- Le lait en poudre et les petits pots peuvent être achetés via la structure d'accueil, mais ne font pas partie du budget médical. Pour des indications médicales exceptionnelles, d'autres laits peuvent être prescrits par la pharmacie.
- Les suppléments vitaminiques ne sont indiqués que dans un nombre limité de cas. Fedasil les prendra en charge s'ils sont prescrits.
- Les confitures pour les diabétiques, les substituts de sucre, etc. ne sont pas des médicaments et doivent être fournis par la restauration.
- La crème hydratante, l'huile hydratante, le lait de massage (chaud) et la vaseline sont achetés en gros par le service médical et distribués aux résidents en fonction des besoins.

6.3.3. Transport et interprètes

Les interprètes et les transports sont essentiels pour garantir l'accès à des soins de qualité. Dès lors, ils peuvent être parfois pris en charge sur le budget médical.

Fedasil prend uniquement en charge les frais d'interprète et/ou de transport si le service médical ou le responsable médical autorise l'acte (para)médical (consultation, examen, thérapie, intervention, etc.). Si les soins médicaux ne sont pas pris en charge, un interprète ou le transport ne le seront jamais.

Le service médical ou le responsable médical autorise également spécifiquement le recours à un interprète et/ou à un transport spécifique.

Si un résident subit un acte (para)médical sans l'autorisation du service médical ou du responsable médical du centre d'accueil, ces frais ne seront jamais pris en charge par Fedasil, mais seront facturés au résident.

En revanche, si un résident nécessite de soins médicaux urgents via une hospitalisation d'urgence ou un poste de garde médical, le service médical ou le responsable médical peut donner son accord a posteriori.

Centres d'accueil fédéraux. Consultez également le lien suivant en néerlandais: <https://infomed.fedasil.be/nl/organisatie/administratie/budget-tolken-en-transport> .

6.3.3.1. Transport

Le transport pour raisons médicales relève, sous certaines conditions, des frais médicaux :

- La solution la plus économique et simultanément la plus réalisable est privilégiée.
- Si l'autonomie d'un résident peut être favorisée, par exemple en invitant une ou plusieurs fois un autre résident à emprunter les transports publics avec lui, cette option sera privilégiée (à celle du taxi).
- En lieu et place d'un taxi, il peut être fait appel au transport du centre, à des bénévoles ou à une centrale pour personnes à mobilité réduite (CPMR).

- Si possible, un rendez-vous est pris avec un prestataire de soins à proximité. Après un transfert, un changement de prestataire de soins doit être envisagé.

[NEW] Les transports urgents de patients sont pris en charge par Fedasil.

6.3.3.2. Interprètes

[NEW] DPI's qui sont No Show n'ont pas le droit au remboursement des interprètes. 6.3.3.2. Interprètes n'applique qu'aux DPI qui résidant dans une structure d'accueil.

Il est très important que le prestataire de soins et le DPI se comprennent parfaitement. D'une part, cela permet de garantir que le DPI peut expliquer correctement ses besoins en matière de soins, et d'autre part, cela favorise la qualité des soins. Il est donc essentiel de mettre l'accent sur le recours aux interprètes et aux médiateurs interculturels.

- Pour leurs consultations médicales individuelles, les DPI ont droit à une traduction par un interprète professionnel/médiateur interculturel (droit du patient). Il incombe donc au service médical de les prévoir.
- Fedasil prend en charge les frais d'interprètes pour raisons médicales (consultations internes ou externes, consultations médicales ou psychologiques) si le réquisitoire indique clairement qu'il s'agit d'une consultation médicale.
- Une pondération doit toujours être faite entre la qualité du type interprètes (vidéo, téléphone, live), et le coût d'un interprète.
- Demander aux enfants d'interpréter pour les adultes est inapproprié et n'est pas une bonne manière de dispenser des soins. Dans la plupart des situations médicales, il n'est pas davantage approprié de faire appel à des membres de la famille ou à des amis pour interpréter.
- Pour les soins à l'hôpital, l'interprète doit en principe être prévu par l'hôpital. Le SPF Santé publique leur alloue des budgets à cet effet. Si un interprète ne peut être fourni par l'hôpital, un interprète sur place peut être exceptionnellement imputé sur le budget médical et dans les mêmes situations que celles valant pour les prestataires de soins ambulatoires externes. Il demeure important de rappeler les hôpitaux à leurs responsabilités.
- Il est indispensable que le service médical de chaque structure d'accueil soit connecté au programme gratuit d'interprètes Google Hangout (Intercult) du Service public fédéral Santé. Dans ce cadre, il est fait appel aux médiateurs interculturels pour interpréter pour les professionnels de la santé. Outre l'interprétation, ils replacent la demande de soins et les soins proposés dans un contexte culturel. Un compte collectif pour le service médical doit être demandé via intercult@intercult.be.

6.3.4. Demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux

Les frais exceptionnels désignent des frais médicaux spécifiques revêtant un caractère non urgent. Les demandes d'approbation de la prise en charge des frais médicaux exceptionnels doivent être soumises au service médical régional (structures d'accueil) ou au médecin conseil FHQ (No Show). Ce dernier rejettera ou approuvera la demande.

[NEW] Une demande de prise en charge exceptionnelle est nécessaire dans les situations suivantes :

- Médicaments soumis à condition/ pour lesquels une autorisation a priori de la mutualité est requise, par exemple

- Les médicaments Chapitre IV (IVbis) : on peut citer les traitements de l'hépatite C (Maviret®, Epclusa®,...), Keppra® contre l'épilepsie, immunothérapie, Jardiance, Ozempic, Trulicity, Xarelto, Botox,...
- Les médicaments Chapitre VIII
- Quelques médicaments Chapitre I, qui sont du paragraphe 20001
 - Vous pouvez vérifier le statut d'un médicament en faisant une recherche sur le site ci-après (qui est plus complet que celui du CBIP): <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/SSPWebApplicationPublic/fr/Public/ProductSearch>
- Une fois que vous effectuez la recherche, il vous sera proposé une liste des conditionnements disponibles pour le médicament recherché, vous devez ensuite cliquer sur n'importe lequel des conditionnements listés et cela vous amène sur une page avec les caractéristiques du médicament sur laquelle les numéros de chapitre et de paragraphe sont visibles au niveau de la 4ème colonne.
- Interventions chirurgicales ou soins médicaux complexes avec un parcours de soins de longue durée (plusieurs mois) ou un parcours en plusieurs étapes comme des interventions orthopédiques complexes,...
- Interventions médicales coûteuses (> 20.000 euros comme prix indicatif) telles que les interventions à cœur ouvert, les interventions orthopédiques complexes sur le dos (scoliose), les interventions maxillo-faciales étendues,...
- Less soins médicaux qui nécessitent toujours l'approbation d'un médecin-conseil, par exemple physiothérapie de plus de 18 séances, revalidation multidisciplinaire, logopédie, diététique, greffe de moelle osseuse, chirurgie bariatrique, fauteuil roulant individuel, fauteuil roulant électrique, déambulateur, CPAP et BIPAP, nutrition entérale/parentérale, implantation d'un moteur de neurostimulation, puvathérapie (thérapie UVB), ...
- Problèmes médicaux de la liste « moins » (actuelle) qui peuvent exceptionnellement être autorisés : problèmes esthétiques après un traumatisme ou une intervention chirurgicale, prothèses dentaires avec un problème de mastication (en cas de respect des critères du vadémécum médical, la demande exceptionnelle ne doit pas se faire)
- Soins médicaux non pris en charge par l'INAMI et ne figurant pas sur la liste « plus »(c'est-à-dire pas pour les médicaments de la catégorie D et les soins psychologiques).
- Implant cochléaire (même s'il n'est pas nécessaire selon les conditions de l'INAMI, donc pour tous les âges).
- Hospitalisation de longue durée : hospitalisation néonatale, hospitalisation dans un centre de réadaptation/revalidation, hospitalisation psychiatrique > 3 semaines.
- Matériel de monitoring/surveillance de diabète
- Curiethérapie/radiothérapie pour chéloïde
- Entrée en institution (MR- MRS,...), mise en place de télévigilance (ou de dispositif d'alarme à visée médicale), certains vaccins soit non remboursés (comme le bexsero) ou utilisé en off-label (comme le gardasil administré dans le cadre de traitement HPV +)

Pour les traitements complexes, à long terme et/ou coûteux, il est **fortement recommandé de consulter l'équipe médicale de la région** afin de faire ensemble, le meilleur choix possible. Il ne s'agit donc pas de demander conseil à la région uniquement dans les situations susmentionnées, mais de la consulter en cas de doute.

6.3.4.1. Comment soumettre une demande de prise en charge exceptionnelle ?

6.3.4.1.1. Pour les centres partenaires

- Complétez le formulaire de demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux (► **Annexe 13** : Demande de prise en charge exceptionnelle des frais médicaux).
- Joignez des rapports médicaux récents et détaillés
- Si possible, ajoutez l'avis du médecin traitant.
- Un devis avec les différents codes INAMI pour les soins demandés
- Le formulaire INAMI dans le cas des médicaments du chapitre IV (voir <https://webappsa.riziv-inami.fgov.be/SSPWebApplicationPublic/fr/Public/>)

Le tout est regroupé dans un seul courriel, par personne et par demande, et les documents annexés DOIVENT être envoyés en toute sécurité au service responsable.

- Objet du courriel : Demande exceptionnelle/ Prénom, nom, numéro SP et date de naissance.
- Si le dossier est complet, votre demande sera traitée par la personne responsable.

6.3.4.1.2. Pour les centres Fédéraux

[NEW] Pour les centres d'accueil fédéraux, il suffit d'envoyer un courriel à FHQ_med_sud@fedasil.be avec l'objet : demande exceptionnelle / Prénom, nom, numéro SP, numéro national et date de naissance et d'introduire les documents nécessaires regroupés dans Daktari, en y ajoutant un élément de soins intitulé « demande exceptionnelle + objet de la demande ». Une fois que tous les documents sont présents dans Daktari, la demande sera traitée.

7. Problèmes médicaux spécifiques

7.1. Maladies infectieuses

Les DPI proviennent souvent de régions où l'infrastructure médicale est moins adéquate en raison de la guerre ou de la pauvreté. Le chemin pour s'enfuir de ces pays est souvent long et malsain. Par conséquent, le risque de contracter certaines maladies infectieuses est plus élevé et un dépistage ciblé est alors conseillé.

7.1.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Les DPI proviennent souvent de pays où les taux de prévalence²⁰ et d'incidence²¹ des IST sont élevés. Le long chemin de l'exil, les difficultés et le risque accru de violences sexuelles rendent les DPI encore plus vulnérables aux IST. Un dépistage standard, après information et accord du DPI, est donc recommandé pour un DPI présentant la ou les indications suivantes :

- Symptômes de verrues, plaies ou cloques autour des organes génitaux, démangeaisons, perte d'humidité, douleurs à la miction, etc.
- Multiples partenaires sexuels récents
- Femmes enceintes

²⁰ Taux de prévalence : Indique le nombre de cas à une date donnée.

²¹ Taux d'incidence : Indique la vitesse à laquelle une maladie se propage.

- Patients séropositifs
- Consommateurs de drogues en IV
- Les travailleurs du sexe et leurs clients
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes qui s'identifient comme LGBTI+.
- Personnes avec des antécédents de détention (y compris dans les centres de détention pour migrants)
- Les résidents qui déclarent avoir été agressés sexuellement
- Toute personne qui souhaite être testée pour les IST

7.1.1.1 Chlamydia, gonorrhée et syphilis

Il s'agit d'IST fréquentes. Un dépistage ciblé à l'arrivée est recommandé pour les personnes en provenance d'une zone où la prévalence est > 0,5 % (Afrique subsaharienne) ou si elles ont emprunté un itinéraire d'exil à haut risque.

Dépistage en cas d'indication. Le dépistage de la syphilis peut être réalisé sur l'échantillon de sang prélevé à l'arrivée. Une obligation de déclaration à l'inspection sanitaire provinciale s'applique pour certaines de ces maladies ²².

Pour plus d'informations sur la syphilis, voir ► **Addendum 4: Syphilis.**

7.1.1.2. VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) cible le système immunitaire et affaiblit l'immunité des personnes contre de nombreuses infections et certains cancers que les personnes ayant un système immunitaire sain peuvent plus facilement combattre. Comme le virus détruit et entrave le fonctionnement des cellules immunitaires, les personnes infectées deviennent progressivement immunodéficientes. La fonction immunitaire est généralement mesurée par le nombre de cellules CD4.

Le VIH est considéré comme une maladie chronique. Une détection rapide et un traitement correct sont donc importants. Le dépistage est fortement recommandé après que le DPI a été informé et a donné son consentement.

Si le test est positif (Ac VIH 1 et 2), le laboratoire envoie l'échantillon à un laboratoire de référence. Un test de confirmation y sera exécuté et un deuxième échantillon de contrôle sera demandé. Si possible, une numération des CD4/CD8 peut être demandée sur le même échantillon.

Après avoir discuté du résultat avec le patient, celui-ci est idéalement orienté vers un centre de référence pour le VIH. La prise en charge des médicaments antirétroviraux (ARV) doit toujours être autorisée par le médecin régional de Fedasil, après prescription par un infectiologue. (Formulaire Cat. IV à ajouter) (Voir : <https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/medicaments-des-chapitres-iv-et-viii-formulaires-pour-demander-une-autorisation-de-remboursement>)

²² https://matra.sciensano.be/liste_matra.aspx

Un soutien psychosocial adéquat est nécessaire et important pour la personne séropositive. Si nécessaire, cette personne peut être orientée vers une organisation spécialisée dans le conseil aux migrants séropositifs, telle que :

- LHIVING : Cette ASBL propose une aide psychosociale aux personnes (et à leurs familles) atteintes du VIH ou d'une autre maladie chronique grave, et qui se trouvent dans une situation précaire.
(<https://www.lhiving.be/vision/>)
- PROJECT HIV-SAM : Un accompagnement culturellement adapté pour les SAM (migrants originaires de l'Afrique sub-saharienne) atteints du VIH/SIDA
(<http://www.hivsam.be/fr/>)
- Sensoa : le centre d'expertise flamand sur la santé sexuelle pour tous en Flandre et à Bruxelles.
(<https://www.sensoa.be/sensoa-positief>)
- Sida sol : cet asbl a pour but la prévention primaire, secondaire et tertiaire du VIH/sida, des hépatites et des autres IST, la recherche action, la lutte contre les discriminations, la formation et le développement d'actions de solidarité vis-à-vis des publics vulnérables.
(<https://centre-s.be>)
- La Plateforme prévention Sida (PPS) : une association belge francophone travaillant sur la prévention du VIH-Sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en Wallonie et à Bruxelles
(<http://vivreaveclevih.org>)

Les conseils individuels sur les comportements à risque sont essentiels, à l'instar de la fourniture gratuite de préservatifs. Les centres de référence sur le sida et diverses autres organisations/institutions proposent des services de conseil. Diverses brochures d'information sont disponibles pour les patients séropositifs.

L'observance du traitement est très importante dans le traitement du VIH et un suivi régulier par le service médical est nécessaire.

7.1.1.3. Hépatite

7.1.1.3.1. Hépatite A

L'hépatite A est une maladie gastro-intestinale virale qui n'engendre jamais un portage chronique du virus. Le suivi obligatoire pour les personnes travaillant dans les cuisines n'est plus applicable. Le dépistage systématique de l'hépatite A n'est pas recommandé. Les nouveaux cas d'hépatite A sont à déclaration obligatoire au niveau de l'inspection d'hygiène régionale.

7.1.1.3.2. Hépatite B

L'hépatite B est une inflammation du foie causée par une infection par le virus de l'hépatite B (VHB). La transmission peut se faire de la mère à l'enfant à la naissance, par contact sexuel ou par contact avec le sang.

La probabilité d'une infection chronique dépend de l'âge au moment de l'infection. En cas d'infection du nouveau-né (au moment de l'accouchement) ou du jeune enfant, le risque de chronicité est supérieur à 90 % (c'est-à-dire la grande majorité des personnes souffrant de hépatite B chronique). En cas d'infection à l'âge adulte, le risque de chronicité est beaucoup plus faible (10 %).

Contrairement à l'hépatite C, l'éradication du VHB est très rare (1 %). Toutefois, le traitement antiviral permet une suppression virale puissante et une normalisation des tests hépatiques, ce qui réduit considérablement le risque de progression de la fibrose (et du carcinome hépatocellulaire ou CHC).

Dépistage, après information et consentement, de tous les DPI de plus de 18 ans via une détection de l'Ag HBs est recommandé.

Plus d'informations disponibles dans ► **l'Addendum 5** : Hépatite B.

7.1.1.3.3. Hépatite C

L'hépatite C est une inflammation du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Le virus peut provoquer une hépatite aiguë ou chronique, dont la gravité peut aller d'une maladie bénigne à une maladie grave et permanente entraînant une cirrhose du foie et un cancer. Le VHC est un virus transmis par le sang.

Certains facteurs de risque sont connus :

- Consommateurs de drogues par voie intraveineuse ou nasale
- Les patients qui ont subi une transfusion sanguine, une transplantation ou une intervention chirurgicale grave dans le pays d'origine si pas de screening systématique et avant 1990 (en Belgique)
- Les patients sous dialyse rénale
- Les partenaires, enfants ou autres parents d'un patient infecté par le VHC
- Les patients séropositifs ou porteurs du VHB
- Les personnes ayant des partenaires sexuels différents
- Les personnes ayant reçu des soins médicaux dans des pays où la prévalence du VHC est élevée (Europe de l'Est, Asie du Sud, Moyen-Orient, Afrique de l'Ouest, Union soviétique).
- Les personnes ayant des tatouages, des piercings ... lorsqu'aucun matériel jetable n'a été utilisé
- Les baby-boomers (nés entre 1946 et 1964)

L'infection aiguë par le VHC est difficile à détecter en raison de la nature asymptomatique de la maladie et de la marginalisation de la population à risque.

Environ 20 % des personnes infectées présentent une guérison spontanée, principalement dans certains géotypes (très différents d'un pays à l'autre). Les autres patients développent une hépatite chronique. L'éradication spontanée est plus souvent observée chez les toxicomanes que chez les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) co-infectés par le VIH.

Quelques 20 % des personnes étant des porteurs chroniques du VHC développent une cirrhose et/ou un cancer du foie, en moyenne 20 ans après l'infection. L'évolution vers la fibrose dépend de l'âge au moment de l'infection et des comorbidités telles que l'abus d'alcool et/ou l'infection par le VIH.

Grâce aux médicaments actuels, les chances d'élimination définitive du virus s'élèvent à 97 à 98 %.

Dépistage, après information et consentement, de tous les DPI de plus de 18 ans via une détection des anticorps du VHC.

Plus d'informations disponibles dans ► **l'Addendum 6** : Hépatite C.

7.1.2. Tuberculose

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse causée par le bacille de Koch (un bacille est un type de bactérie).

La forme la plus courante de la maladie est la tuberculose pulmonaire. La bactérie peut parfois se déplacer dans le corps via les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et toucher d'autres organes tels que les os ou les ganglions lymphatiques.

Informations générales sur :

- Fares: <https://www.fares.be/tuberculose>
- Agentschap Zorg en Gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be
- Vlaamse Vereniging voor respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT): <https://tuberculose.vrgt.be/>
- ► **l'Annexe 14** : Informations sur la Tuberculose pour les membres du personnel

7.1.2.1. Dépistage à l'arrivée

Comme indiqué au point 4.3.1, tous les DPI, à quelques exceptions près, sont soumis à un dépistage par RX-thorax avant de pouvoir entrer dans le réseau.

7.1.2.2. Le dépistage périodique à 6 et 12 mois

Après ce dépistage initial, un dépistage périodique des signes cliniques est réalisé après 6 et après 12 mois à l'aide d'un questionnaire simple (► **Annexe 15**: Checklist pour le dépistage périodique de la Tuberculose). Seules les personnes ayant obtenu un score positif (4 points ou plus) à la liste de contrôle sont orientées vers un examen plus approfondi.

Étant donné que la moitié environ des cas de tuberculose active n'apparaît qu'au cours de la première année suivant l'arrivée en Belgique, il est très important d'exercer une vigilance constante à l'égard de la tuberculose. Le plus important est et demeure que les personnes qui présentent des signes cliniques pouvant indiquer une tuberculose (toux chronique, perte de poids, sueurs nocturnes, fatigue, (sub)pyrexie, hémoptysie, etc.) doivent toujours être orientées vers le secteur curatif ou la VRGT/le FARES pour des examens complémentaires (radiographies thoraciques et/ou consultation d'un pneumologue).

7.1.2.3. Rapport et surveillance de la tuberculose

La tuberculose est une maladie devant être obligatoirement notifiée. Quand un cas de tuberculose est diagnostiqué - qu'il soit ou non confirmé par le laboratoire de l'hôpital -, il doit être signalé au médecin, inspecteur sanitaire compétent, de votre province ou région.

Cette liste est disponible aux adresses suivantes :

- VRGT : <https://tuberculose.vrgt.be/contact>
- FARES : <https://www.fares.be/tuberculose/contact>

Le médecin inspecteur sanitaire est habilité à contrôler les maladies infectieuses. Il/elle coordonnera d'autres mesures de prévention et de protection de la santé publique - enquêtes de contact, etc. - avec la VRGT / le FARES et les centres / médecins concernés.

La coordination médicale du réseau propre (si partenaire) et la coordination médicale de Fedasil doivent également être informées :

- Pour la région nord : fhq_med_noord@fedasil.be
- Pour la région sud : fhq_med_sud@fedasil.be

Enfin, la direction et le conseiller en prévention interne doivent également être informés, ainsi que le service externe de santé au travail, afin qu'un suivi supplémentaire puisse, le cas échéant, être organisé dans le cadre de la « déclaration des maladies professionnelles ».

7.1.3. SARM

Infection présumée à *Staphylococcus aureus* - MSSA ou SARM

Des formes poly- ou multi-résistantes de *Staphylococcus Aureus* sont régulièrement présentes dans les plaies des DPI, notamment à l'arrivée. La prévalence du SARM est beaucoup plus élevée que dans la population belge. Il est donc important d'y être attentif et de faire un prélèvement si nécessaire.

Les DPI présentant des abcès et/ou grandes plaies fortement infectées avec suspicion d'infection au staphylocoque doré - MSSA ou SARM :

- Prélever un échantillon de la plaie (avec un écouvillon) + l'envoyer au laboratoire pour une culture et un antibiogramme.
- Si la recherche de *Staphylococcus aureus* MSSA ou SARM est positive : demandez que l'échantillon/la culture soit envoyé(e) au laboratoire de référence de l'hôpital Érasme pour déterminer la souche (génotype), afin de vérifier (et, espérons-le, d'exclure) s'il s'agit ou non d'une forme infectieuse communautaire.

(NB : arrêter après plus de 6 échantillons dans la même structure d'accueil)

- Si SARM + : informer la cellule de gestion médicale de Fedasil. En cas d'épidémie, informez également l'inspecteur sanitaire de votre région / province par courriel.
- Veuillez fournir les informations suivantes : centre d'accueil, bloc/étage, nom et prénom de l'occupant, nationalité, date de naissance, date d'arrivée au centre, date d'apparition des symptômes, brève description des plaies infectées (localisation, nombre...), date du prélèvement, résultat du laboratoire, et si la culture a été envoyée au laboratoire de référence : la date et le résultat.

7.1.4. Varicelle

La varicelle est une infection virale dont les symptômes sont principalement cutanés. Les enfants guérissent généralement au bout de quelques jours sans aucune séquelle. Après la guérison, vous êtes généralement protégé à vie contre la varicelle.

Toutefois, le virus reste caché dans l'organisme et peut être réactivé et provoquer le zona. Pour les personnes dont l'immunité est réduite, les femmes enceintes et les nouveau-nés de mères sans anticorps, la varicelle peut entraîner des complications potentiellement mortelles. Il est donc important d'éviter tout contact entre une personne potentiellement infectieuse et ces groupes spécifiques. Comme cela n'est pas évident dans un centre d'accueil, il est conseillé de transférer les

personnes non immunisées des groupes à risque si une personne infectieuse est présente dans le centre.

Afin de pouvoir réagir rapidement si nécessaire, un dépistage systématique des anticorps de la varicelle est recommandé pour toutes les femmes enceintes. Chez un nouveau-né, l'immunité de la mère est prise en compte.

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

7.1.5. *Helicobacter pylori*

Le *H. Pylori* est beaucoup plus fréquent dans la plupart des pays qu'en Europe occidentale. Compte tenu du risque de cancer de l'estomac, il est important de détecter le *H. Pylori*.

Le *H. Pylori* doit toujours être recherché dans les situations suivantes :

- Douleurs gastriques chez des patients provenant de pays méditerranéens, de l'Europe de l'Est, du Moyen-Orient, de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud.
- Test de dépistage du *H. Pylori* avant l'initiation d'un IPP (Inhibiteur de la Pompe à Protons) si l'on soupçonne une utilisation prolongée.
- Plaintes persistantes ou récurrentes
- Utilisation persistante de l'IPP initié pour le traitement de symptômes gastriques si le statut *H. Pylori* est inconnu
- Ulcère gastro-duodéal démontré par endoscopie, si aucune culture à partir d'une biopsie n'a été effectuée lors de la scopie (dans les ulcères duodénaux, l'implication de *H. Pylori* peut être supposée sans diagnostic).

Contrôle après le traitement d'éradication :

- en raison d'un ulcère gastroduodéal avéré (toujours)
- en cas de douleurs gastriques : uniquement si elles n'ont pas disparu après le traitement d'éradication suivi de 4 semaines de l'IPP.

Si le résultat du test est négatif, il n'est pas nécessaire de répéter (périodiquement) le test *H. Pylori* ; le risque de réinfection est faible.

7.2. Parasitose

Un parasite est un organisme qui survit et se multiplie aux dépens d'un autre organisme avec lequel il vit. Les dommages causés à l'hôte ne sont pas d'une gravité telle qu'il est détruit. Si tel est le cas, on parlera alors d'un parasitoïde. Certains parasites peuvent provoquer une morbidité grave, voire la mort.

Le profil des symptômes est généralement très vague. Les infections multiples sont très courantes. Il demeure important de rechercher des parasites en cas de plaintes vagues comme des douleurs abdominales, des diarrhées, une sensation de faiblesse et/ou un malaise général.

Une multitude de parasites peut causer des problèmes chez l'homme. Les plus courants peuvent être facilement détectés par des tests en laboratoire. Les parasites les plus fréquents, Giardia Lamblia, Entamoeba histolytica et les œufs de vers sont mieux détectés dans un échantillon de selles.

L'éosinophilie est un bon paramètre pour une infection par un ou plusieurs parasites. Si l'éosinophilie demeure élevée, il est préférable d'envoyer le patient dans une clinique de médecine du voyage ou chez un infectiologue.

7.2.1. Scabies

Scabies ou gale est un parasite très fréquent chez les DPI, souvent détecté au moment de l'arrivée ou juste après. Le manque d'hygiène en cours de route et le partage des vêtements et/ou des couvertures impliquent que de nombreux DPI contractent cette infection durant leur exil.

Vu la difficulté à traiter correctement et complètement cette maladie pendant le voyage, il est essentiel de procéder à un dépistage actif de la gale chez les nouveaux arrivants. La gale est plus fréquente dans certains groupes de DPI (célibataires, jeunes, certaines nationalités).

Vu l'incidence élevée, les cas de gale sont suivis dans les centres d'accueil et transmis semestriellement à la coordination médicale de Fedasil. Ceci est également suivi par les autorités sanitaires régionales et fédérales.

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

7.2.2. Helminthiase

Les recherches ont démontré que les vers sont la maladie la plus fréquente chez les réfugiés, avec une proportion de 14 à 64 % selon le pays d'origine, le profil du réfugié et la méthode de dépistage. Même après infection dans le pays d'origine ou de transit, les vers présentent un risque accru de maladie et de décès. Les vers font partie des maladies « oubliées ». Il est donc toujours très important de les rechercher.

Compte tenu du caractère vague des symptômes et de la forte prévalence, un traitement standard, idéalement sous surveillance, peut être scientifiquement justifié. La recherche de vers sur des échantillons de selles est peu coûteuse, mais fastidieuse. Trois échantillons doivent être prélevés pour établir le diagnostic (80 % des infections sont détectées sur deux échantillons). L'avantage réside dans le fait que le traitement est ensuite très ciblé.

Afin de pérenniser son efficacité, la directive suivante est recommandée dans le contact des centres d'accueil : l'éosinophilie est vérifiée dans le prélèvement sanguin standard à l'admission. Si les éosinophiles sont élevés, un traitement d'essai est démarré avec 1 comprimé d'Albendazole ou 6 comprimés de Mébendazole (2x/jour pendant 3 jours), avec une nouvelle prise de sang après au moins 8 semaines. Si l'éosinophilie est toujours présente, un examen des selles est réalisé afin d'identifier le bon parasite et de proposer un traitement ciblé.

Comme les helminthes nécessitent un hôte intermédiaire dans leur cycle de vie, l'infection ne peut se transmettre directement de l'homme à l'homme. La contamination ne peut davantage transiter par les toilettes.

7.2.3. Schistosomiase

240 millions de personnes sont infectées par ce ver, rien qu'en Afrique sub-saharienne. Il engendre souvent une sensation de maladie chronique. La prévalence dépend de la région d'origine et peut varier fortement au sein d'un même pays. Les larves sont libérées dans l'eau douce et pénètrent ensuite dans l'homme par la peau intacte. Les groupes à risque sont les enfants (jouant dans l'eau), les agriculteurs, les pêcheurs, les femmes (lessive).

Selon la dose d'infection et le statut immunitaire du patient, l'infection peut être asymptomatique ou n'entraîner des symptômes qu'après des mois ou des années.

- A. Forme urogénitale : provoque une hématurie (micro ou macroscopique) et des mictions fréquentes. À un stade avancé, cela entraîne une calcification de la paroi de la vessie. C'est irréversible. Parfois, les trompes de Fallope peuvent se boucher, ce qui entraîne une infertilité. Il existe un risque accru de cancer de la vessie.
- B. Forme gastro-intestinale : essentiellement des douleurs abdominales, des nausées, une perte d'appétit... À terme, le foie, la rate, les poumons et les intestins sont touchés.

C'est un diagnostic souvent manqué. Dans la phase active, une analyse des selles ou des urines peut être effectuée. Veuillez contacter le laboratoire pour obtenir les tubes appropriés. Trois échantillons doivent être prélevés et il est important de laisser la personne bouger activement pendant 20 minutes avant de prélever l'échantillon. Si l'infection est présente pendant plus de 6-8 semaines, une sérologie peut être utilisée pour détecter l'infection. Même après un traitement correct, la sérologie reste positive.

7.3. Traitement de substitution à la méthadone

Au sein du réseau d'accueil, nous assurons la continuité des soins médicaux pour les personnes recevant un traitement de substitution. Une directive spécifique a été élaborée à cet effet (► **Annexe 18**: Directive sur la substitution médicale dans les centres d'accueil collectifs). Cette directive s'inscrit dans le cadre d'une politique préventive et corrective plus large relative aux problèmes de dépendance chez les demandeurs de protection internationale.

Bien que le problème de l'abus de substances nécessite une attention quotidienne dans les centres d'accueil, cette directive ne traite PAS de l'accompagnement général des consommateurs problématiques de tabac, d'alcool et de drogues douces. Les problèmes de dépendance aux produits psychopharmaceutiques ne sont pas davantage abordés.

Les annexes suivantes sont également jointes à cette directive :

- **Annexe 1** : Aperçu des centres d'expertise en matière de conseil en toxicomanes
- **Annexe 2** : Convention interne entre la personne sous traitement de substitution et le centre d'accueil
- **Annexe 3** : Informations complémentaires sur la prescription de substitution pour les médecins et les infirmières
- **Annexe 4** : Contrat standard de l'Inspection provinciale de la santé entre la personne sous traitement, le médecin et le pharmacien.

7.4. Régime alimentaire

[NEW] Nous suivons le règlement de l'INAMI pour la prise en charge des frais de diététicienne. Il prévoit une intervention dans les coûts pour un groupe cible très limité :

<https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/dieteticiens> et pour cela, il est nécessaire de demander l'approbation du coordinateur médical national.

Pour toute autre demande diététique, il convient d'obtenir l'approbation de la cellule médicale régionale et une comparaison des prix est nécessaire (3 devis).

L'alimentation médicale est prise en charge conformément au règlement INAMI => <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/produits-sante/nutrition/Pages/aliments-dietetiques.aspx>.

La restauration dans les centres d'accueil ne disposant pas d'équipements de cuisine doit fournir des repas adaptés aux régimes les plus courants tels que le régime diabétique, le RPGS (régime pauvre en graisses saturées), le régime épargnant les intestins... Pour les régimes spécifiques individuels et exceptionnels, un centre d'accueil avec possibilités de cuisine est recommandé. Si nécessaire, une demande de transfert médical peut être déposée.

La nécessité d'un régime doit toujours être établie de manière objective et nécessite une prescription d'un médecin. Fedasil prend donc en charge les examens nécessaires pour diagnostiquer les allergies et/ou intolérances alimentaires. Les aliments ou substituts spécifiques ne font pas partie des frais médicaux, mais des frais de fonctionnement.

7.4.1. Hypersensibilité alimentaire

Quels sont les types d'hypersensibilité alimentaire ?

« L'hypersensibilité alimentaire » est un terme générique désignant des réactions indésirables et reproductibles à une quantité « normale » d'aliments.

On peut en distinguer 3 types :

- **A : Une réaction allergique** (via l'immunoglobuline E (IgE))
Avec ce type, aucune réaction n'est observée au premier contact, mais la réaction augmente avec la fréquence des contacts (= sensibilisation), même si elle est asymptomatique. Parfois, une réaction et un choc anaphylactique graves se produisent.
Exemple type : œuf, cacahuète
- **B : Une réaction cellulaire allergique** (sans IgE) se produit sans sensibilisation détectable, et entraîne une inflammation de l'intestin.
Exemple type : intolérance ou l'allergie au gluten en réaction à la protéine du germe du seigle, du blé, de l'avoine et de l'orge.
- **C : Hypersensibilité alimentaire non allergique ou intolérance alimentaire**
Exemple type : l'intolérance au lactose due à un déficit en lactase entraînant la fermentation du lactose dans l'intestin. Il s'agit souvent d'une hypersensibilité relative et la dose détermine l'apparition ou non de symptômes. Nb L'intolérance au lactose ne se manifeste qu'à partir de l'âge de 4 ans, il n'est donc pas nécessaire de demander un test de lactose avant cet âge.

Pour plus d'informations sur ces 3 types, veuillez lire ► **l'Addendum 7 : Régime alimentaire**

7.5. Soins de santé mentale

Les problèmes de santé mentale sont très fréquents chez les DPI. Plusieurs causes peuvent l'expliquer. D'une part, ils peuvent être liés à des événements traumatisants dans le pays d'origine ou pendant l'exil, et d'autre part, l'isolement après l'arrivée en Belgique, la perte de l'estime de soi, l'incertitude et le séjour (parfois de longue durée) dans une structure d'accueil, peuvent en être des éléments importants.

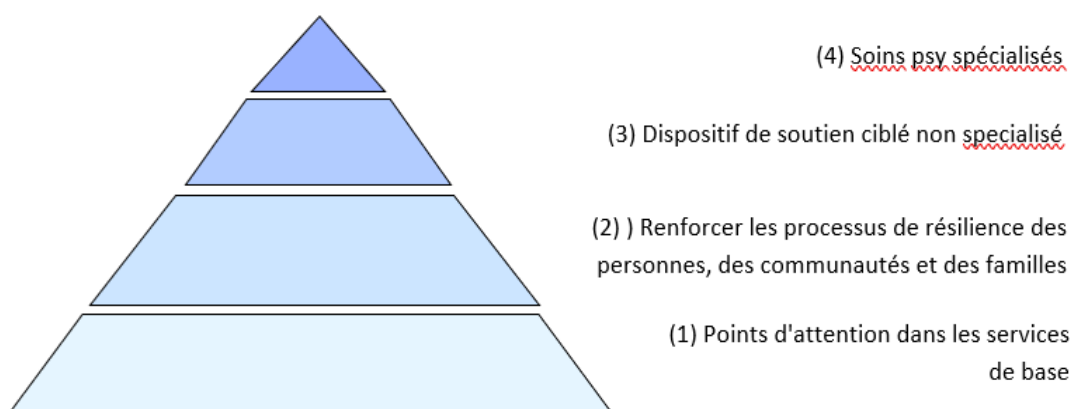
7.5.1. Prévention

L'objectif de la prévention est de veiller à ce que les personnes restent en bonne santé en promouvant et en protégeant leur bien-être et leur santé mentale.

Les DPI traversent une situation difficile dans laquelle ils doivent faire face à de très nombreux facteurs de stress (p.e. , des événements marquants avant, pendant et après la fuite ; la procédure d'asile ; et l'incertitude quant à leur avenir, le séjour dans un centre d'accueil et la vie dans une nouvelle société...).

Tous les acteurs impliqués dans l'accueil individuel et collectif des DPI peuvent jouer un rôle et garantir un soutien adapté à leurs besoins.

La pyramide de la prévention psychosociale permet d'illustrer ceci :



7.5.2. Détection de la détresse psychique

La détection précoce est importante. Toutes les personnes en contact avec les DPI doivent être attentives aux signaux de détresse ou aux comportements indiquant qu'un DPI traverse une période difficile et le signaler aux personnes de référence (médicales et/ou sociales) responsables du suivi du DPI.

Les différentes sources d'information sont :

- le DPI lui-même, sa famille, ses amis, ses voisins de chambre
- les collaborateurs qui accompagnent au quotidien
- via des tiers (dossier médico-psychosocial du centre précédent, PMS, l'école, un travailleur social externe, ...)

7.5.3. Approche

7.5.3.1. L'intake médical et les consultations médicales

L'intake médical et toute consultation médicale est l'occasion de détecter, d'évaluer et d'organiser la prise en charge des problèmes/difficultés de santé mentale. Les informations de la concertation multidisciplinaire ou d'équipe peuvent naturellement constituer des sources d'information utiles supplémentaires.

Des précautions doivent toutefois être prises :

- Ne pas demander de détails afin de ne pas exposer la personne à un stress supplémentaire
- Laisser la personne dire ce qu'elle veut dire (éventuellement avec un interprète)
- Être attentif aux plaintes somatiques qui peuvent cacher des problèmes psychologiques
- Prêter attention au comportement
- Reconnaître comment votre propre comportement/réaction peut affecter la santé mentale du DPI. L'empathie est une bonne chose, la pitié ou l'incompréhension ne le sont généralement pas.
- Proposer un rendez-vous de suivi à court terme si des problèmes sont détectés

7.5.3.2. L'échange multidisciplinaire (EMD)

L'échange multidisciplinaire a pour but d'améliorer la coopération entre les équipes et de garantir une prise en charge adaptée aux besoins et aux attentes des résidents.

Il est important d'impliquer autant que possible le résident dans les conclusions de l'EMD et de nommer explicitement ses préoccupations et d'en discuter avec lui.

Les mesures d'accompagnement ne sont donc pas statiques, mais évoluent en fonction des événements et selon les conseils d'experts internes et externes.

7.5.3.3. Plan d'accompagnement individuel (PAI)

Les problèmes, les conclusions et les préoccupations découlant de la concertation multidisciplinaire doivent être systématiquement consignés (de manière neutre et objective) dans le dossier individuel global (plan d'accompagnement individuel). Les facteurs de protection doivent également être inclus, ainsi que les actions qui peuvent ou qui ont un effet positif sur cette personne.

Il est important d'impliquer autant que possible cette personne dans l'élaboration de ce PAI. Cela est possible en expliquant l'existence d'un tel dossier et la manière dont les informations sont protégées et/ou partagées au sein de l'équipe, mais également en discutant de certaines parties ou informations de ce dossier.

L'élaboration et la mise à jour minutieuses d'un tel PAI contribuent à l'évaluation de la gravité des problèmes et de la nécessité éventuelle d'une orientation. Elles sont également essentielles à un bon transfert d'informations lors d'un transfert d'une structure d'accueil à une autre et constituent une base ad hoc pour la concertation sur l'approche ultérieure avec les acteurs médicaux, psychosociaux et autres du réseau d'accueil.

Le PAI est conservé par le service social. Les principaux éléments sont consignés dans le DME.

Le secret professionnel doit toujours être respecté et l'intérêt de la personne est primordial dans la décision de partager ou non certaines informations. Si les informations ont été communiquées verbalement par le DPI, son autorisation est toujours nécessaire avant de pouvoir partager les informations.

7.5.3.4. Orientation vers une aide psychologique et psychiatrique

Pour orienter adéquatement le résident vers une offre de soins psychologiques adaptés, une première observation des besoins psychosociaux et de santé est réalisée par la structure d'accueil.

Sur cette base, le service médical (ou le service désigné par le partenaire) rencontre le résident pour lui expliquer les modalités organisationnelles de la prise en charge psychologique et les catégories de prestations (demande d'avis, consultation individuelle/famille, activités thérapeutiques en groupe) autorisées par Fedasil.

Pour s'adresser à un psychologue, les modalités organisationnelles et tarifs en vigueur sont repris dans ► **l'Annexe 19**: Modalités organisationnelles des consultations psychologiques et conditions de remboursement pour les résidents en structures d'accueil'.

Des documents de contact entre les équipes de terrain et les prestataires de soins sont mis à disposition, via le DME :

- Demande d'avis et proposition thérapeutique adressée au prestataire de soins
- Proposition de prise en charge adressée à l'équipe

Etant donné que les besoins en matière de soins évoluent au fil du temps, il est conseillé de réévaluer régulièrement l'état de santé et le bien-être du DPI.

7.5.3.5. Procédure de mise en observation

Il est parfois nécessaire de procéder à une « admission forcée ou collocation », également appelée « mise en observation contrainte ». Comme cela ne se produit pas régulièrement, il est recommandé de bien connaître la procédure et d'agir avec précaution.

Une admission forcée est et demeure une **mesure exceptionnelle**. Légalement, il s'agit d'une privation de liberté d'une durée maximale de 40 jours, et les quatre conditions suivantes doivent donc être remplies²³

- La personne doit souffrir d'une « maladie mentale » (présumée).
- La personne doit représenter un danger pour sa propre santé et sa propre sécurité et/ou représenter une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.
- La personne refuse les soins proposés.
- Il n'existe pas d'autres possibilités de traitement.

Il existe deux procédures pour l'admission obligatoire en observation²⁴ :

1. la **procédure normale** par la Justice de paix
Dans ce cas, un certificat médical détaillé ne datant pas de plus de 15 jours - et délivré par un médecin - doit être joint à la demande. Toutefois, ce médecin doit être indépendant et ne peut avoir aucun lien avec le patient ou le demandeur, ni avec le service psychiatrique où le patient est pris en charge.
2. la **procédure d'urgence** via le Procureur du Roi :
Le Procureur du Roi peut décider dans les 24 heures d'une hospitalisation obligatoire et assigner un établissement psychiatrique, après avoir constaté l'urgence. En général, cette

²³ Cf. Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1990062632&table_name=wet

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1990062632&table_name=loi

²⁴ Diagramme sur la « procédure d'hospitalisation obligatoire en observation » sur <http://similes.org/>

procédure est initiée par la police, qui est responsable de la protection des personnes et de leurs biens, et qui informera donc le procureur lorsqu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour les autres. Le procureur demandera que la personne concernée soit présentée à un médecin indépendant, qui devra rédiger un rapport médical détaillé.

Il est toujours important - dans la mesure du possible - d'informer le résident de la procédure et sur ce qui va se passer concrètement, ainsi que sa famille proche et son entourage.

Plan de suivi après une hospitalisation obligatoire en observation.

Si l'admission contrainte est préconisée, l'équipe multidisciplinaire doit dès le début réfléchir à un plan de suivi après la sortie, car la période d'hospitalisation obligatoire peut prendre fin après 9 jours ou après un maximum de 40 jours. Dans des cas exceptionnels, une admission volontaire suit.

Une admission obligatoire de longue durée (ou collocation dans une institution fermée) jusqu'à deux ans n'est possible que par une décision du tribunal de paix, après avoir entendu toutes les parties. Cela ne se fait pas à la légère et tous les éléments sont soigneusement examinés, car cela implique la privation de la liberté d'une personne (cf. procédure pénitentiaire).

7.5.3.6. Attestation de problèmes psychiques dans le cadre de la procédure d'asile

Dans le cadre de la procédure d'asile, l'objectivation des problèmes psychologiques, par exemple un *syndrome de stress post-traumatique* (SSPT) ou un autre problème médico-psychologique, est souvent important.

Un problème psychologique peut éventuellement avoir un impact pendant l'audition au CGRA. Il convient donc de faire établir un certificat médical par un médecin ou une attestation par un psychologue, indiquant les problèmes de santé et/ou le diagnostic susceptible d'empêcher un DPI de raconter une histoire cohérente. Il est important de se limiter à la détection des symptômes objectifs - tels que les problèmes de concentration, les blocages, les pertes de mémoire, les thèmes chargés d'émotion, l'incohérence de l'histoire...

Toutefois, il faut se méfier des déclarations subjectives et des interprétations personnelles dans l'attestation. Il n'appartient pas au prestataire de soins de santé de se prononcer, par exemple, sur la « crédibilité de la personne ou de son histoire ». Cela relève de la compétence du CGRA. En effet, il est également dans l'intérêt du DPI que le gestionnaire du dossier au CGRA puisse personnellement constater l'existence de problèmes psychologiques/médicaux.

Un tel certificat médical est toujours établi en concertation et après approbation des personnes concernées, et le certificat est uniquement remis au DPI concerné. Ceci est enregistré dans le dossier médical.

7.5.3.7. Problèmes de toxicomanie

La consommation problématique d'alcool, de cannabis, de drogues illégales et de médicaments dans les centres d'accueil est souvent source de difficultés. On parle de consommation problématique lorsqu'il y a dépendance et dysfonctionnement et/ou lorsque la consommation engendre des problèmes de cohabitation dans le centre, par exemple en raison de nuisances, de situations dangereuses, etc.

Lorsqu'un usage problématique de stupéfiants est détecté, une concertation multidisciplinaire est indispensable, dans le but d'élaborer un plan de soins impliquant tous les acteurs concernés.

L'orientation vers une prise en charge spécialisée peut être une option, sous réserve de l'approbation du DPI. Un programme de désintoxication en établissement est généralement contre-indiqué en raison de la nature temporaire de la procédure et une autorisation doit être préalablement demandée à la coordination médicale régionale.

7.5.3.8. Transferts entre structures d'accueil et continuité des soins

La continuité des soins est importante et à ce titre le DPI concerné, lors de l'arrivée dans le nouveau centre, doit être tenu informé par l'équipe encadrante des modalités organisationnelles de sa prise en charge.

Si la distance avec les soignants précédents est un obstacle à la continuité, il convient d'en discuter rapidement avec le DPI et d'envisager, en concertation avec les parties concernées, la désignation d'un nouveau soignant (psychologue, psychiatre).

7.5.3.9. Accueil et soins résidentiels

Les personnes qui nécessitent un accompagnement psychologique intensif peuvent, s'ils répondent aux critères, être orientés vers les projets ou hôpitaux suivants :

- CIBA (NL) : <https://www.rodekruis.be/storage/main/brochure-ciba-medewerkers.pdf>
- CARDA (FR) : <https://accueil-migration.croix-rouge.be/2019/06/26/accompagner-les-personnes-victimes-de-violences-sur-le-chemin-de-la-migration/>
- PASO : Pour les mineurs - <https://www.upckuleuven.be/nl/paso-info-voor-verwijzers>
- POZAH : https://alexiusgrimbergen.be/ALEXIUS/_images/brochure_pozah.pdf

La procédure d'admission aux différents projets est gérée par la cellule médicale régionale ou le service désigné chez le partenaire.

7.6. Vie familiale et affective

7.6.1. Violences intrafamiliales

Il va sans dire que toute forme de discrimination, de menace ou d'intimidation à l'égard des autres résidents, du personnel ou des bénévoles est inacceptable dans le contexte de l'accueil.

Cela s'applique également à toute forme de violences intrafamiliales définies comme suit :

« L'abus ou l'absence d'action, généralement répété, par une personne ayant une relation personnelle avec la victime. En conséquence, cette dernière subit ou est susceptible de subir des dommages physiques, émotionnels, moraux et/ou matériels. Cette personne ne peut s'y opposer. Cela inclut également les agressions verbales et les actes sexuels ou les contacts physiques contre la volonté de la personne concernée, ainsi que les comportements, punitions ou rituels propres à une culture qui peuvent causer des dommages, ainsi que la négligence (intentionnelle ou non). »

Les traumatismes, la pauvreté, le stress financier et une faible estime de soi peuvent être des indicateurs importants de violences domestiques. De plus, le stress post-traumatique peut être tant une conséquence qu'un facteur de risque de violences domestiques et de maltraitance des enfants. En outre, la situation d'accueil elle-même semble être un facteur de risque important.

Les signes de violences domestiques sont souvent difficiles à interpréter dans un contexte d'accueil, pourtant ce sujet requiert une attention particulière, car les facteurs de risque de violences domestiques et de maltraitance des enfants sont également présents dans les centres pour demandeurs d'asile. Les signaux peuvent être captés par n'importe quelle personne dans le centre et nécessitent une approche multidisciplinaire.

Pour plus d'informations sur les violences intrafamiliales, le suivi dans les situations graves et le suivi ultérieur, lire ► **Annexe 20** : Fiche type sur les violences intrafamiliales.

Dans les situations graves, veuillez contacter la police, qui est formée pour traiter les cas de violences domestiques et de maltraitance des enfants. Si une aide urgente est nécessaire, appelez le 112.

Le gouvernement régional dispose d'une ligne d'assistance pour toutes les formes de violence, d'abus et de maltraitance des enfants. Vous pouvez vous y adresser pour obtenir des informations, des conseils, une orientation ciblée ou une aide directe. Vous pouvez contacter le service d'assistance téléphonique au 1712 (violence, les abus et la maltraitance des enfants) ou 0800 30 0 30 (violences conjugales) ou envoyer un message via le site Internet <https://1712.be/fr> ou <https://www.ecouteviolencesconjugales.be>

Les équipes SOS enfants sont également un partenaire important dans la lutte contre les violences domestiques : <https://www.one.be/public/grossesse/maltraitance/equipes-sos-enfants/>

7.6.2. Maltraitance des enfants

Les mesures à prendre sont plus ou moins les mêmes que pour les autres formes de violences intrafamiliales (voir ci-dessus), étant entendu que le travailleur social peut personnellement informer le parquet/Procureur du Roi si la sécurité de l'enfant est gravement menacée.²⁵

Toutefois, il est nécessaire de démontrer et de discuter de toute préoccupation avec les parents d'abord. Signalez également aux parents les limites des compétences de l'équipe et la nécessité d'obtenir des conseils et une aide spécialisés.

Prenez les mesures suivantes si un mineur est en danger :

- Demandez conseil à des services spécialisés, même si la famille accepte une aide ou une hospitalisation.
 - En Flandre :
 - het Vertrouwenscentrum Kinderen (VK) : <http://www.kindermishandeling.be/startsite/3-www.html>
 - het Agentschap Jeugdhulp : <https://www.jeugdhulp.be/organisaties/ondersteuningscentrum-jeugdzorg-oci>
 - En Wallonie :
 - Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales : www.cpvcf.org
 - Asbl Praxis : services spécialisées d'aide aux victimes de violences conjugales : www.asblpraxis.be, www.yapaka.be
 - Service de la protection de la jeunesse (SPJ) : <https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=360>
- Discutez de l'hospitalisation immédiate mais temporaire de l'enfant
- En cas de refus ou de doute : en cas d'urgence, appelez le Procureur du Roi (pour les coordonnées, voir : <https://www.om-mp.be/?q=nl/node/372>).

²⁵ **Cadre légal** : L'art. 458bis du Code pénal stipule que « la personne qui a connaissance de mauvais traitements infligés à un mineur en raison de sa profession peut en informer le procureur du Roi, à condition qu'elle ait examiné la victime ou recueilli les confidences de celle-ci, qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de l'intéressé et qu'elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité. »

Le recours aux services d'urgence est censé être un soutien et non une punition.

7.6.3. Violences sexuelles

Les violences sexuelles incluent « tout acte sexuel, toute tentative d'obtenir un acte sexuel, les remarques ou invitations sexuelles importunes, la traite des êtres humains ou tout autre acte dirigé contre la sexualité d'une personne, effectué par des moyens coercitifs, par toute personne, quelle que soit sa relation avec la victime, dans tout environnement. »

La liste (seulement en Néerlandais) de contrôle existant pour l'accueil optimal des victimes de violences sexuelles dans les hôpitaux belges peut être téléchargée à l'adresse suivante :

<https://biblio.ugent.be/publication/8546963/file/8546965.pdf> .

En Belgique, il existe des centres de soins spécialisés pour les victimes de violences sexuelles :

<https://www.seksueelgeweld.be/zorgcentra-na-seksueel-geweld-wat-voor-wie-waar>.

- Hôpital universitaire de Gand
- CHU de Liège
- Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, CPVS (Centre de prise en charge de victimes de violences sexuelles)
- CHU de Charleroi (Marie-Curie)
- UZ Anvers

De plus amples informations sont disponibles sur les sites Internet suivants :

<https://www.violencessexuelles.be/>, <https://www.we-access.eu/fr>

7.6.4. Torture

Si une personne est victime de torture dans son pays ou durant son exil, elle est considérée comme particulièrement vulnérable par le droit communautaire²⁶. Cette directive souligne clairement qu'un accompagnement médical et psychologique adéquat doit être apporté à ces personnes, pendant et après la procédure. Il est donc important d'orienter ces personnes vers une assistance spécialisée et appropriée, si nécessaire.

Selon la Convention des Nations Unies (ONU) du 10 décembre 1984²⁷, la torture est (en résumé) « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées aux fins notamment d'obtenir des renseignements, de punir, d'intimider ou de contraindre, lorsqu'une telle douleur est infligée par un agent de la fonction publique ou une personne ayant un statut officiel, ou avec son consentement ».

²⁶ (Art. 20, paragraphe 3 Directive 2011/95/UE, Art. 1er, paragraphe 12 de la Loi sur les étrangers

²⁷ <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading> (ENG), <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx> (FR)

7.6.4.1. Certificat médical d'identification des symptômes et des signes de torture

Le protocole d'Istanbul²⁸, élaboré en 1999, est utilisé comme guide pour l'identification des symptômes et des signes de torture.

Il est important de rédiger un certificat médical le plus objectivement possible et de le remettre au DPI afin qu'il puisse le présenter au CGRA lors de la première audition. Chaque service / responsable médical doit veiller à ce que les victimes de la torture soient orientées dans un délai relativement court vers un médecin qui peut délivrer un certificat médical. Tout médecin peut établir un tel certificat, s'il suit les directives mentionnées ci-dessous. D'autres cicatrices résultant d'abus ou de violences domestiques peuvent également faire l'objet d'un tel certificat de scarification.

Si un médecin décide de faire un certificat de scarification, il doit en informer la personne concernée de manière à ce qu'elle puisse comprendre. L'établissement d'une telle attestation renforce la crédibilité de la personne concernée et l'aide à se préparer à raconter son histoire de manière structurée.

Un médecin peut toujours décider de ne pas établir un tel certificat s'il doute de l'histoire du patient, si les cicatrices sont d'origine accidentelle ou si aucune interprétation des cicatrices n'est possible (très spécifique, peu de cicatrices).

De plus amples informations pratiques relatives au protocole d'Istanbul sont disponibles à l'adresse suivante :

https://issuu.com/irct/docs/medical_fr_web_red/8 (FR)

https://irct.org/assets/uploads/pdf_20161120165601.pdf (FR)

L'asbl Constats (<https://constats.be/>) est une organisation spécialisée dans l'établissement de certificats de scarification pour les victimes de torture ou de traitements cruels dans le pays d'origine et qui sont, ou seront, en procédure au moment de l'établissement du certificat.

Une demande de certificat de scarification peut être faite via

<https://constats.be/fr/accueil/formulaire-d-inscription>, en tenant compte du fait que la demande est supérieure à l'offre et que la période d'attente est donc de plusieurs mois. Plusieurs certificats sont demandés, mais il n'est pas nécessaire de tous les ajouter, bien que cela aide Constats dans le suivi ultérieur.

7.6.5. Mutilations génitales

7.6.5.1. Mutilations génitales féminines

7.6.5.1.1. Introduction générale

L'OMS définit les mutilations génitales féminines (MGF) comme toute opération entraînant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes d'une femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins infligée pour des raisons non médicales²⁹.

²⁸ <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/training8rev1en.pdf> (ENG), <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2> (FR)

²⁹ OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Online]. World Health Organization; 2008 [cited 2016 Apr 10]. Disponible à l'adresse : URL http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

Les MGF sont classées en **quatre types** :

Type 1 ou *clitoridectomie* : ablation partielle ou totale du clitoris, avec ou sans ablation du prépuce.

Type 2 ou *excision* : ablation partielle ou totale du clitoris et des lèvres internes, avec ou sans ablation des lèvres externes.

Type 3 ou *infibulation* : rétrécissement de l'ouverture vaginale avec ablation et couture des lèvres internes et/ou externes, avec ou sans ablation du clitoris.

Type 4 : toutes les autres interventions nuisibles sur les organes génitaux féminins pour des raisons non médicales, telles que piquer, percer, couper et brûler.

Les mutilations génitales féminines sont de plus en plus fréquentes en Occident en raison de l'immigration et des mouvements de population. Par conséquent, les agents de santé du monde entier sont de plus en plus confrontés aux besoins de soins des femmes ayant subi des MGF. Pour plus d'informations sur les MGF en Belgique, veuillez consulter le site https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20220624_fgm_prevalencestudy_short_fr.pdf.

En collaboration avec GAMS et Intact, un parcours sur les MGF a été élaboré. Il a pour objet de développer une approche commune de l'identification et de l'accompagnement des DPI (femmes et filles) qui ont subi, ou risquent de subir, des MGF.

7.6.5.1.2. MGF dans les centres d'accueil

Chaque structure d'accueil collectif dispose, dans l'idéal, d'une ou deux personnes de référence qui connaissent bien le trajet MGF, mais il incombe à l'infirmière d'identifier une fille/femme et d'assurer le suivi, avec le service social.

Pour chaque fille/femme provenant d'un pays (<https://gams.be/mgf-excision/>) où les MGF sont pratiquées, il est important de poser des questions sur les MGF lors de l'entretien médical et de compléter une liste de contrôle (► **Annexe 21** : Checklist Mutilations Génitales Féminines). En cas de MGF, un rendez-vous est proposé avec un médecin qui peut établir l'attestation de MGF (**Annexe 7** : Attestation médicale de Mutilations Génitales Féminines (MGF)). De plus, il est également important de réfléchir ensemble aux conséquences sanitaires des MGF, aux droits à la protection des filles/femmes et à la possibilité d'être orienté vers le GAMS, même si aucune excision n'a été pratiquée.

L'identification et l'orientation vers le bon prestataire de soins se font également à partir d'une structure d'accueil individuelle.

Le GAMS organise régulièrement des sessions de formation (<https://gams.be/formation/>) sur la manière d'aborder ces questions en tenant compte des sensibilités culturelles.

Lire également « ► **Addendum 2** : Mutilations génitales féminines » sur la manière d'identifier et d'aider spécifiquement, y compris les adresses utiles pour l'orientation.

[NEW]

7.6.5.2. Circoncision masculine

7.6.5.2.1. Introduction générale

La circoncision chez l'homme est l'ablation permanente et complète du prépuce, le repli de peau qui recouvre le gland du pénis.

La circoncision peut être pratiquée selon diverses méthodes chirurgicales conventionnelles ou instrumentales, pour des raisons médicales ou dans le cadre de pratiques traditionnelles et religieuses.

Les raisons peuvent être les suivantes :

- État pathologique (par exemple, phimosis),
- Raisons hygiéniques préventives ;
- Prévention du VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles,
- Préférences esthétiques.

7.6.5.2.2. Prise en charge de la circoncision masculine

La circoncision liée à des conditions pathologiques est toujours prise en charge par Fedasil.

La circoncision ne sera pas prise en charge :

- En raison de la prévention du VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles.
- Pour des raisons esthétiques.
- Pour des raisons d'hygiène préventive.

7.6.5.2.2.1. La circoncision dans le cadre de pratiques traditionnelles et religieuses

La circoncision religieuse est la circoncision des garçons et des hommes en signe d'alliance avec un Dieu. Il s'agit d'une prescription dans certaines religions, comme le judaïsme (mention de la Torah, effectuée le 8e jour de la vie) et l'islam (fortement recommandée par la communauté religieuse).

Fedasil ne prend en charge la circoncision pour des raisons traditionnelles et religieuses que si la chirurgie est effectuée dans un hôpital reconnu et si les conditions suivantes sont remplies :

- Les risques de l'anesthésie (locale) et les complications possibles sont pris en compte.
- L'intervention doit se dérouler sur une journée (ambulatoire ou clinique de jour).
- L'admission des deux parents (si possible) est requise.
- Respect des directives et des tarifs INAMI en vigueur.

7.7. Santé sexuelle

La santé sexuelle désigne « un état de bien-être physique, mental et social en matière de sexualité. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination ni violence » (OMS).

www.zanzu.be est un site Internet développé par Sensoa, qui contient des informations en plusieurs langues sur la santé sexuelle (corps, planning familial, infections, sexualité, relations, sentiments et droits).

Le site Internet de Sensoa, <https://shop.sensoa.be/>, propose plusieurs produits qui peuvent être commandés et utilisés pour la sensibilisation.

Dans les centres d'accueil, il est important de sensibiliser les personnes à leur propre santé et expérience sexuelle. Des informations sont également fournies sur les droits des LGBTQI en Belgique.

7.7.1. Contraception

Pour toute femme en âge de procréer (15 - 49 ans) - qui n'est pas enceinte -, il est important d'aborder l'éventuel souhait de grossesse. Si ce souhait n'est pas exprimé, il est recommandé d'aborder le sujet de la contraception.

Toutes les méthodes contraceptives peuvent être proposées en fonction des préférences personnelles de la femme et en tenant compte des facteurs de risque médicaux et personnels. L'évaluation du suivi de la thérapie et des attentes de la femme/du couple déterminent également la méthode privilégiée.

La contraception évolue rapidement dans de nombreux pays d'origine. Dès lors, les femmes arrivent souvent en Belgique avec des formes de contraception plus récentes, et la continuité des soins est souvent possible après un éventuel retour.

Fedasil prend en charge les formes suivantes de contraception, voir 6.3.1.5.1. Contraception

7.7.2. Interruption de grossesse

Toute femme confrontée à une grossesse non planifiée peut demander d'avorter (interruption volontaire de grossesse). En Belgique, cette intervention est autorisée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (12 semaines de conception) et est réalisée dans un hôpital ou dans un centre d'avortement. Fedasil prend cette intervention en charge.

Centres d'avortement :

- Flandre : <https://abortus.be/ongepand-zwanger/watnu/>
- Wallonie : <http://www.gacehpa.be/>

7.7.3. Transgenre

Une personne transgenre est exposée à un risque accru de discrimination dans la société, et donc également dans un centre d'accueil. Les signes de discrimination peuvent être captés par n'importe quelle personne dans le centre et nécessitent une approche multidisciplinaire.

Les personnes transgenres ayant déjà débuté un traitement hormonal dans le pays d'origine ou de transit et qui veulent le poursuivre ; pour ces personnes, Fedasil garantira la continuité de ce traitement. Fedasil prend également en charge l'accompagnement psychologique éventuel.

Fedasil ne prend pas en charge le démarrage d'une thérapie hormonale et/ou des interventions chirurgicales.

Si une personne transgenre nécessite des informations, un soutien et/ou un suivi médical, elle peut être orientée vers un centre conventionnel de soins aux personnes transgenres.

- Flandre : UZ-Gand (09.322.60.23)
- Wallonie : CHU Liège (04.366.79.60)

Plus d'informations sont disponibles sur les sites Internet suivants :

- <https://www.zanzu.be/fr/rechercher/?s=transgender>
- <https://transgenderinfo.be/> - brochures de soins dans différentes langues

7.7.4. Prophylaxie pré-exposition

La Prophylaxie pré-Exposition (PrEP) désigne l'utilisation d'inhibiteurs du VIH pour prévenir l'infection par le VIH. À cette fin, des conditions identiques à celles de l'INAMI s'appliquent et une demande doit être déposée auprès de la coordination médicale, y compris le formulaire de demande Cat. IV Médicaments Seul le médicament générique peut être remboursé.

8. Transferts

8.1. Transfert médical

8.1.1. Introduction

Cette procédure est destinée aux demandes de place adaptée pour des raisons médicales, plus précisément de « transfert ». Cette procédure s'applique au passage à une structure collective ou individuelle.

8.1.2. Responsables

- Le responsable de la structure d'accueil est chargé de demander un transfert vers un lieu approprié pour des raisons médicales conformément aux instructions communiquées.
- Toute demande de transfert doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire.
- La cellule médicale est chargée de vérifier l'opportunité du transfert demandé, de formuler un avis et de transmettre des informations sur les besoins (para)médicaux spécifiques du DPI concerné.
- DataSud et DataNoord sont responsables de la vérification de la procédure, de la recherche du bon emplacement et des documents d'attribution.

8.1.3. Procédure

La demande générale sans informations médicales est soumise au service « data » de la région via Match-It. Si la demande est complète, le service « data » se concertera avec le service médical régional (FHQ_med_sud@fedasil.be). Les informations médicales sont transmises de manière sécurisée au service médical régional.

8.2. Exceptions médicales pour l'exception d'un transfert ou d'un départ

Toutes les demandes d'exception médicale pour le report d'un transfert sont soumises et traitées via Match-It. Les informations médicales sont toujours transmises de manière sécurisée et uniquement au service médical.

8.2.1. Exception médicale pour le sursis au départ

Indications :

- Clôturer les examens importants et discuter des résultats avec le DPI.
- Garantir la clôture ou la continuité d'un traitement vital ou d'un traitement nécessaire à la dignité humaine.
- Hospitalisation

- Autres problèmes de santé graves à caractère permanent ou un nouvel élément empêchant ou retardant le départ.

L'octroi d'un sursis de départ est à la discrétion de la cellule médicale des régions. A cette fin, les documents médicaux à l'appui de la demande sont envoyés de manière sécurisée à fhq_med_sud@fedasil.be. L'objet du courriel contient les informations suivantes : "structure d'accueil/ demande de sursis au départ médical/ nom du résident/ SP/date de naissance". Pour les centres d'accueil fédéraux, il peut être fait référence à l'information médicale du dossier médical électronique.

8.2.2. Exception médicale pour l'exception du transfert vers un pays relevant de la Convention de Dublin

Les personnes ayant une désignation dans un lieu relevant de la Convention de Dublin sont généralement transférées dans ce lieu, sauf contre-indication médicale grave.

Indications :

- clôturer les examens importants et discuter des résultats avec le DPI.
- les personnes présentant une contre-indication médicale très sérieuse à un transfert, telles que les malades en phase terminale, les personnes suivant un traitement lourd contre le cancer,...
- les femmes enceintes à partir de 2 mois avant la date prévue de l'accouchement jusqu'à 2 mois après.
- les personnes hospitalisées
- les personnes sous dialyse
- les personnes suivant un traitement contre la tuberculose
- les personnes en fauteuil roulant si aucun « lieu Dublin » adapté n'est disponible
- les personnes ayant des besoins importants en matière de soins et/ou des besoins spécifiques au lieu d'accueil, qui ne peuvent être satisfaits dans le lieu relevant de la Convention de Dublin

Cette exception ouvre uniquement le droit de ne pas être transféré vers un lieu de Dublin. L'OE transfère la personne directement du lieu d'accueil au pays de Dublin. Le transfert vers le pays de Dublin relève de la responsabilité de l'OE.

A cette fin, les documents médicaux à l'appui de la demande sont envoyés de manière sécurisée à dublin_med@fedasil.be. L'objet du courriel contient les informations suivantes : "structure d'accueil/ demande de sursis au départ médical/ nom du résident/ SP/date de naissance". Pour les centres d'accueil fédéraux, il peut être fait référence à l'information médicale du dossier médical électronique.

8.2.3. Exception médicale pour l'exception du transfert vers une place de retour ouverte

Elle peut être accordée pour une période limitée aux résidents présentant une contre-indication médicale à un transfert et à leurs proches, par exemple :

- clôturer les examens importants et discuter des résultats avec le DPI.
- (tentative de) stabilisation d'une pathologie médicale et/ou psychologique grave
- Mise en place d'une trajectoire de traitement pouvant être poursuivie en ambulatoire après cette période.

- Permettre une intervention chirurgicale/un traitement médical/une réadaptation essentiels déjà planifiés jusqu'à ce qu'une certaine autonomie soit atteinte.
- Personnes hospitalisées ;
- Personnes sous hémodialyse ;
- Personnes sous dialyse péritonéale ;
- Personnes gravement dépendantes ou alitées ;
- Soins palliatifs
- Personnes en fauteuil roulant si aucune place POR adaptée n'est disponible
- Personnes suivant un traitement contre la tuberculose
- Personnes subissant une chimiothérapie ou une radiothérapie (jusqu'à 1 mois après la fin du traitement) ;
- Femmes enceintes à partir de 2 mois avant la date prévue de l'accouchement jusqu'à 2 mois après
- Autre pathologie médicale grave rendant impossible le transfert ou la sortie de la structure d'accueil.
- Absence totale d'autonomie du patient et d'un réseau pouvant prendre en charge le patient par exemple : admission dans une institution de soins

Si le transfert vers une place ouverte de retour n'est pas possible à la longue durée, le trajet de retour sera exceptionnellement mis en place à partir de la place d'accueil actuelle. A cette fin, les documents médicaux à l'appui de la demande sont envoyés de manière sécurisée à med_doc@fedasil.be. L'objet du courriel contient les informations suivantes : "structure d'accueil/ demande de sursis au départ médical/ nom du résident/ SP/date de naissance". Pour les centres d'accueil fédéraux, il peut être fait référence à l'information médicale du dossier médical électronique.

9. Fin de l'aide matérielle

9.1. Fin de la procédure

9.1.1. Obtention du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire

Dès qu'un DPI obtient le statut de réfugié ou bénéficie de la protection subsidiaire, il doit adhérer à une mutuelle ou à la Caisse d'assurance maladie et invalidité. (Voir 6.1.1. Inscription à la mutuelle ou à la caisse auxiliaire pour l'assurance maladie et invalidité

9.1.2. Retour volontaire

Voir « 10.3. Retour volontaire » pour plus d'informations à ce sujet et sur la possibilité de demander l'Adapted Medical Assistance After Return (AMAAR).

9.1.3. Aide médicale urgente, possibilités et limites

Les personnes en séjour illégal peuvent bénéficier, en vertu de l'art. 57, § 2 de la loi organique sur les CPAS du 08.07.1976 et de l'arrêté royal du 12.12.1996 relatif à l'aide médicale urgente fournie par les centres publics d'aide sociale aux étrangers résidant illégalement dans le royaume, des « soins

médicaux urgents ». L'AR précise que cette assistance médicale peut être tant préventive que curative. Elle concerne donc bien plus que les soins dispensés dans les services d'urgence.

Si un DPI ne se voit pas accorder un statut en Belgique et si la fin de son droit d'accueil approche, il est important d'informer le demandeur de ses droits. En termes médicaux, cela signifie qu'il a droit à l'aide médicale urgente (AMU) s'il choisit de rester en Belgique.

En tant que prestataire de soins, vous pouvez déjà établir une attestation³⁰ de demande de l'AMU et la remettre à la personne concernée lorsqu'elle quitte le centre d'accueil. Ceci est particulièrement recommandé si la personne nécessite des soins/médicaments chroniques. Muni de cette attestation, il peut ensuite se présenter au CPAS de son lieu de résidence, qui pourra à son tour délivrer un engagement de paiement. Ensuite, la personne peut se présenter à un prestataire de soins.

Étant donné que cette procédure est longue, il est important d'en informer clairement l'intéressé et lui conseiller de contacter le CPAS compétent le plus rapidement possible afin d'initier la procédure. Il est également important de veiller à ce que les personnes quittant le refuge disposent de médicaments pour une période d'un mois. Cela leur offre la possibilité de régler leur situation, sans interrompre un traitement.

9.1.4. Prolongation du droit d'accueil

Dans certains cas, une extension du droit d'accueil peut être demandée en vertu de l'article 7 de la loi accueil.

Cette demande peut être déposée après que la personne a reçu une réponse négative à sa demande de protection internationale, mais avant qu'un ordre de quitter le territoire (OQT) ait été délivré.

Une liste non exhaustive et non contraignante de ces raisons est proposée ci-dessous :

- clôturer les examens importants et discuter des résultats avec le DPI.
- (tentative de) stabilisation d'une pathologie médicale et/ou psychologique grave
- Mise en place d'une trajectoire de traitement pouvant être poursuivie en ambulatoire après cette période.
- Permettre une intervention chirurgicale/un traitement médical/une réadaptation essentiels déjà planifiés jusqu'à ce qu'une certaine autonomie soit atteinte.
- Personnes hospitalisées ;
- Soins palliatifs
- Personnes suivant un traitement contre la tuberculose
- Personnes subissant une chimiothérapie ou une radiothérapie (jusqu'à 1 mois après la fin du traitement) ;
- Femmes enceintes à partir de 2 mois avant la date prévue de l'accouchement jusqu'à 2 mois après
- Absence totale d'autonomie du patient et d'un réseau pouvant prendre en charge le patient par ex. admission dans une institution de soins

Cette prolongation du droit d'accueil est accordée à la discrétion du médecin-conseil pour une période limitée dans le temps, et à l'échéance de laquelle une réévaluation doit être réalisée.

³⁰ https://medimmigrant.be/IMG/pdf/attest_te_verstrekken_fr_2010.pdf

A cette fin, les documents médicaux à l'appui de la demande sont envoyés de manière sécurisée à med_doc@fedasil.be. L'objet du courriel contient les informations suivantes : "structure d'accueil/ demande de sursis au départ médical/ nom du résident/ SP/date de naissance". Pour les centres d'accueil fédéraux, il peut être fait référence à l'information médicale du dossier médical électronique.

9.1.5. Procédure Dublin

[NEW] Si le DPI a reçu une 'Annexe 26quater' indiquant que, conformément au règlement de Dublin, la Belgique n'est pas l'État membre responsable du traitement de la demande de protection internationale, Fedasil reste responsable pour les soins médicaux, et ce jusqu'à ce que le DPI ait effectivement quitté la Belgique par une voie officielle.

10. Programmes internationaux

Fedasil endosse un rôle international, notamment en mettant en œuvre les engagements européens en matière de relocalisation des demandeurs d'asile et de réinstallation des réfugiés. Elle coordonne également le programme de retour volontaire depuis la Belgique, en collaboration avec les partenaires du retour.

Au sein du service Gestion médicale de Fedasil, une équipe médicale développe, coordonne et met en œuvre la composante médicale des différents programmes internationaux, en coopération avec divers partenaires (internationaux).

10.1. Relocalisation

La relocalisation, également appelée « déplacement », désigne le transfert de réfugiés d'un État membre de l'UE à un autre. Il s'agit d'un processus interne à l'UE, dans lequel les États membres aident un autre État membre à réduire la pression exercée par une population de réfugiés relativement importante en assumant la responsabilité de certains de ces réfugiés.

Une fois arrivés en Belgique, ces réfugiés suivent la même procédure qu'un autre DPI.

10.2. Réinstallation

La réinstallation, également appelée Resettlement, désigne un programme chapeauté par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Il s'agit d'un instrument qui offre une protection internationale à des réfugiés dont la vie, la liberté, la sécurité et la santé ou d'autres droits fondamentaux sont menacés dans le pays dans lequel ils ont demandé asile.

La réinstallation consiste en la sélection (par le CGRA) et au transfert de réfugiés d'un pays dans lequel les réfugiés ont demandé protection vers un autre pays, en l'occurrence la Belgique, qui les accepte en tant que réfugiés et leur accorde un statut de résident permanent. La réinstallation est entièrement complémentaire à la procédure belge relative à la demande de protection internationale.

Le programme souhaite proposer une solution aux personnes qui ne peuvent ni retourner dans leur pays d'origine ni bénéficier d'une protection suffisante ni de perspectives d'intégration locale dans le pays de premier accueil.

Les étapes de la réinstallation sont les suivantes :

1. Identification et sélection
2. Examen médical et social
3. Orientation culturelle
4. Préparation et voyage
5. Octroi du statut de réfugié
6. Accueil et soutien en Belgique

Pour plus d'informations sur les différentes étapes qu'un réfugié doit passer, s'il est éligible à la réinstallation, lisez ► **l'Addendum 8** : Réinstallation

Lors de l'examen médical, une fiche médicale (► **Annexe 22**: Medical Screening Resettlement Belgium) est élaborée et est ensuite partagée avec le service médical du centre d'accueil auquel la personne est assignée ou un médecin généraliste assigné et avec la personne concernée.

10.3. Retour volontaire

Le programme de retour volontaire propose un accompagnement sur mesure aux migrants, qui souhaitent retourner dans leur pays d'origine sur une base volontaire. Le retour est organisé depuis la Belgique et comprend les frais de transport et l'assistance durant le voyage.

Le retour volontaire comprend une prime de retour et - en fonction de chaque situation individuelle - un éventuel soutien à la réintégration dans le pays d'origine.

Les migrants qui souhaitent obtenir plus d'informations sur le retour volontaire peuvent contacter leur assistant social dans le centre ou à un guichet de retour de Fedasil ou une de ses organisations partenaires. Pour plus d'informations, voir <https://www.fedasil.be/fr/retour-volontaire>.

Étant donné que la réintégration dans le système de santé national du pays d'origine prend souvent du temps, il est demandé que des **médicaments** couvrant une période de 2 mois soient distribués (si cela est justifié) lors du départ. Exceptionnellement, et sur demande spécifique, il peut être nécessaire de fournir des médicaments pour une période plus longue.

Qui est éligible ?

- Tout migrant en séjour illégal ou en procédure peut bénéficier du programme de retour volontaire, indépendamment de la procédure de séjour qu'il a subie.
- Les personnes souffrant de problèmes médicaux peuvent également rentrer dans leur pays, si aucune contre-indication médicale n'interdit le voyage.
 - Si la maladie de la personne (physique et/ou psychologique) n'affecte pas son fonctionnement quotidien, elle peut rentrer via le programme normal de retour volontaire. En fonction des besoins médicaux, un budget supplémentaire pour les frais médicaux peut être accordé.
 - Si la maladie (physique et/ou psychique) de la personne a un impact sur son fonctionnement quotidien - au sens large du terme - par exemple, un séjour prolongé à l'hôpital, des frais médicaux importants, une mobilité réduite, etc., la personne peut faire appel au soutien de l'AMAAR (voir ci-dessous).

Adapted Medical Assistance After Return

L'Adapted Medical Assistance After Return (AMAAR) désigne un projet géré par Fedasil, qui fournit un soutien supplémentaire sur mesure et est calculé en fonction des besoins médicaux réels de la personne sur place. Le soutien peut être fourni pendant une période maximale de 6 mois après le retour.

Le budget supplémentaire de l'AMAAR pour un soutien médical adapté (par exemple, pour des consultations, des médicaments, des soins paramédicaux, le transport vers des rendez-vous médicaux, des articles de première nécessité, etc.) est prévu pour les personnes souffrant de problèmes médicaux complexes, pour lesquels le budget du programme général de retour volontaire est insuffisant pour une réintégration durable et/ou un suivi médical dans le pays d'origine.

Afin d'obtenir une image claire de la situation médicale de la personne, des informations médicales peuvent être demandées au service médical, au médecin traitant et/ou à des spécialistes.

Chaque cas est traité individuellement et l'impact du problème médical sur le fonctionnement quotidien est évalué. De plus, l'accessibilité, la disponibilité réelle et le coût des soins médicaux sur place sont également évalués.

Dans le cadre de ce projet, des informations peuvent également être demandées de manière proactive pour les personnes qui répondent aux critères de l'AMAAR. Parfois, les personnes s'interrogent sur la disponibilité / l'accessibilité de certains soins dans leur propre pays. Sur la base des informations obtenues du pays d'origine, la personne peut prendre une décision éclairée et réfléchie quant à son souhait de rentrer ou non.

Une assistance médicale et/ou sociale peut être fournie sur prescription médicale pendant le vol. Avec le consentement du migrant, l'accompagnant peut donner des informations sur la maladie, le traitement et le comportement à la famille sur place.

11. Divers

11.1. Grève de la faim

Fedasil estime qu'il n'est pas approprié d'organiser une grève de la faim à l'intérieur d'un centre d'accueil. Ces actions perturbent le travail normal du centre et constituent une nuisance pour les autres résidents.

Si une grève de la faim est organisée, lisez les instructions à ► **l'Addendum 9**: Grève de la faim.

11.2. Décès

Si le décès d'un résident est constaté à l'intérieur ou à l'extérieur du centre d'accueil, veuillez suivre la procédure suivante.

1. En cas de décès à l'extérieur du centre, l'hôpital ou la police informera le centre.
2. En cas de décès au sein du centre, un médecin doit se rendre sur place pour constater le décès.

3. Il informe la direction du centre.
4. Convenir avec la coordination des tâches de chacun.
5. Informer la famille. À un stade ultérieur, informer également les membres de la famille à l'étranger si les coordonnées sont connues.
6. S'informer sur la religion.
7. Contacter l'entreprise de pompes funèbres (voir également « Frais d'obsèques »).
8. Veiller à ce que les effets personnels du résident soient conservés.
9. Compléter une fiche d'incident et l'envoyer à incident@fedasil.be.
10. Informer les partenaires externes : bourgmestre, commune, école, avocat, autorités chargées de l'asile,
11. Organiser, si nécessaire, une réunion avec les résidents et le personnel.
12. Éventuellement prévoir un endroit dans le centre pour les condoléances des résidents et du personnel.

Les coûts liés aux obsèques :

- Les frais funéraires sont pris en charge par Fedasil si les conditions du CPAS sont remplies. Les frais supplémentaires ne sont pas supportés par Fedasil. Si nécessaire, ils peuvent être pris en charge par la famille.
⇒ Conseil : S'informer annuellement au sujet des frais auprès du CPAS de la commune/ville du centre d'accueil et du montant qu'il prendra en charge. (il diffère d'une commune à l'autre)
- Fedasil ne prend PAS en charge les frais de rapatriement.
- Les frais funéraires sont imputés sur les frais de fonctionnement, et non sur les frais médicaux.
- Si une personne séjourne dans une ILA, les coûts sont supportés par le CPAS compétent, et non par Fedasil.

11.2.1. Autopsie

Fedasil ne prend pas automatiquement en charge les frais d'une autopsie. S'il est important d'un point de vue médical et/ou juridique de procéder à une autopsie, une demande de prise en charge exceptionnelle motivée doit être soumise à la coordination médicale régionale.

11.3. Dons d'organes

Généralités

Le droit belge applique le principe du « consentement présumé ». Tout Belge majeur est supposé avoir accepté d'être un donneur potentiel après sa mort, sauf s'il a formellement ou officieusement exprimé son opposition de son vivant.

L'opposition formelle consiste en une inscription au registre national de refus du don d'organes. La loi dispose que les formes informelles d'opposition du « donneur potentiel » doivent être respectées, à condition que les médecins concernés aient été informés de cette opposition. Les médecins doivent se renseigner sur cette éventuelle opposition. Par conséquent, si une personne déclare verbalement

qu'elle ne souhaite pas être un donneur, il convient d'en tenir compte. Il est donc recommandé que cela soit enregistré dans le dossier médical.

Les personnes ne sont éligibles que si elles sont inscrites au registre des étrangers (et non au registre d'attente) depuis six mois. Avant cela, aucun don d'organes n'est possible.

Plus informations sur le don d'organes sont disponibles sur le site

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/don-dorganes>.

11.4. Transplantation d'organes

[NEW] L'article 13ter de la loi du 13 juin 1986 relative au prélèvement et à la transplantation d'organes énumère les conditions administratives pour être inscrit comme candidat receveur d'un organe prélevé sur une personne décédée dans un centre de transplantation belge.

Le candidat receveur doit :

- soit avoir la nationalité belge ;
- soit être inscrit au registre de la population ;
- soit être inscrit au registre des étrangers depuis au moins 6 mois ;
- soit avoir la nationalité d'un État partageant le même organisme de répartition des organes, soit résider dans cet État depuis au moins 6 mois.

Le demandeur de protection internationale étant inscrit sur le registre d'attente, ne peut en principe pas bénéficier d'une transplantation à partir d'un donneur décédé. Toutefois, les centres de transplantation sont tenus de disposer d'une procédure d'inscription des receveurs potentiels sur une liste d'attente.

Bien entendu, à ces conditions administratives s'ajoutent d'autres conditions telles que l'urgence, la chance de survie, etc.

La transplantation à partir d'un donneur vivant est soumise à une réglementation différente. Une demande de prise en charge exceptionnelle est toujours nécessaire.

11.5. Études cliniques

Pendant leur procédure d'asile, les demandeurs de protection internationale ne sont pas autorisés à participer à des études cliniques.

D'une part, ils se trouvent dans une situation administrativement incertaine impliquant que leur participation totalement volontaire est incertaine. D'autre part, il ne peut être garanti qu'ils resteront en Belgique jusqu'à la fin de l'étude.

12. Annexes

Les annexes peuvent être consultées dans le document ajouté "ANNEXE_Vademecum MED_FR".

13. Addenda

Les addenda peuvent être consultés dans le document ajouté "ADDENDUM_Vademecum MED_FR".