

VADEMECUM MÉDICAL

ADDENDUM

Version 7 : Août 2026

Cellule santé Fedasil

Table des matières

ADDENDUM 1: Étrangers mineurs non accompagnés	3
ADDENDUM 2 : Mutilations génitales féminines	9
ADDENDUM 3: Conventions.....	15
ADDENDUM 4 : Syphilis.....	18
ADDENDUM 5 : Hépatite B.....	19
ADDENDUM 6 : Hépatite C.....	22
ADDENDUM 7 : Régime alimentaire	26
ADDENDUM 8: Réinstallation.....	30
ADDENDUM 9: Grève de la faim	34

ADDENDUM 1: Étrangers mineurs non accompagnés

1. COMMUNICATION AVEC LE TUTEUR

Le mineurs étrangers non accompagnés (MENA) est informé qu'il est bon d'informer le tuteur sur les conditions médicales importantes, sans l'obliger ou faire pression sur lui.

En cas de problèmes médicaux modérés à graves, il est important de leur demander s'ils souhaitent informer eux-mêmes le tuteur, s'ils souhaitent obtenir l'aide ou le soutien du médecin et/ou de l'infirmière. Si un jeune donne l'autorisation verbale au médecin ou à l'infirmière d'informer le tuteur, le médecin et/ou l'infirmière contacteront directement le tuteur pour lui transmettre les informations médicales.

Si un jeune ne veut pas que son tuteur soit informé de ses problèmes médicaux, le service de santé ne peut pas partager les informations avec le tuteur, sauf s'il y a suspicion de mauvais traitements, d'exploitation, d'abus ou de négligence¹.

2. CONSENTEMENT DU TUTEUR: MENA

La capacité de prendre une décision en connaissance de cause est décrite comme suit : la capacité, quel que soit l'âge de la personne, de comprendre et d'apprécier la nature et les conséquences d'un acte, d'un traitement ou d'une procédure médicaux proposés ou du partage d'informations confidentielles et de prendre une décision en connaissance de cause concernant cet acte, ce traitement ou cette divulgation².

Ainsi, ce n'est pas tant l'âge que la capacité à prendre une décision éclairée qui détermine si un mineur peut ou non consentir à certains actes médicaux. Il appartient donc au professionnel de santé d'apprécier, sur la base d'une évaluation individuelle, si le mineur peut ou non prendre cette décision. (principe de Gillick)

Voici quelques groupes de mineurs qui sont censés pouvoir prendre eux-mêmes une décision en connaissance de cause³. Attention : même dans ces cas, une évaluation individuelle reste appropriée.

- Parents mineurs ou mineurs mariés
- NMBV enceintes
- Les mineurs de 16 ans ou plus

Il n'existe pas en Belgique de limite d'âge légale en dessous de laquelle on ne peut pas décider de manière autonome. Toutefois, la limite d'âge de 12 ans est généralement acceptée. En dessous de 12 ans, il est supposé que le mineur est incapable d'évaluer correctement le traitement médical proposé ou les conséquences possibles.

Entre 12 et 16 ans, l'évaluation de la maturité par l'évaluation individuelle est pratiquement le seul élément. Cela est ensuite rendu encore plus difficile par la différence d'origine culturelle, surtout si le jeune qui n'est pas encore en Belgique depuis longtemps. Dans les cas difficiles, il est conseillé de faire appel à un médiateur interculturel ou, si ce n'est pas possible, certainement à un interprète .

¹ Code van de geneeskundige plichtenleer art 61 – 13/09/2013

² NYS Public Health Law Section 2780.5

³ NYS Public Health Law Section 2504.1 en 2504.3

Même si un mineur a besoin de l'autorisation de son tuteur, il est important de l'informer correctement sur les procédures médicales et d'obtenir son autorisation.

Si le tuteur vient à la consultation avec son élève, il est important de lui demander de quitter la consultation un moment et de voir le jeune seul en cas de questions sensibles comme par exemple la contraception, le test de grossesse, le test VIH. Les jeunes n'osent pas exprimer certaines questions ou doutes en présence de leur tuteur.

2.1. CHIRURGIE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

Le mineur lui-même peut donner son accord pour une opération sous anesthésie locale. Dans la plupart des cas, cela inclut également un avortement. Le tuteur ou tout membre de la famille ne sera pas informé de l'avortement. Une mineure enceinte est présumée être suffisamment mature pour donner son consentement éclairé de manière autonome.

2.2. CHIRURGIE SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Il doit toujours y avoir le consentement du tuteur lors d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale⁴. Si un tuteur n'a pas encore été désigné et qu'une intervention chirurgicale est prévue, la coordination peut demander d'urgence un tuteur au service des tutelles.

Si un jeune n'a pas encore de tuteur et a besoin d'une intervention chirurgicale urgente, une autorisation très exceptionnelle peut être accordée par le directeur/responsable de la structure d'accueil où le mineur séjourne actuellement.

2.3. CONSENTEMENT ÉCRIT ET ÉCLAIRÉ

Si un consentement écrit et éclairé est requis par la loi, le NBMV compétent donnera lui-même ce consentement. Si le médecin estime que le mineur ne peut pas le faire lui-même, le tuteur sera invité à donner son autorisation.

3. INSCRIPTION À LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Si les jeunes sont inscrits à l'école pendant 3 mois, ils peuvent être inscrits dans le système de mutuelle de santé. Il est important que le médecin et l'assistant social demandent au tuteur de s'en occuper le plus rapidement possible. Une fois l'inscription à la mutuelle de santé en règle, tout se passe comme décrit dans le chapitre 6.4.3.

Les conditions exactes d'inscription se trouvent dans le chapitre 6.4.3.

⁴ https://justice.belgium.be/sites/default/files/directives_generales_pour_tuteurs_-_02_12_2013.pdf

4. TEST D'ÂGE ET TESTS ADN

4.1. TEST D'ÂGE

[NEW] Dans beaucoup de NMBV, un doute sur l'âge est exprimé. Un doute est exprimé par l'OE / le CGRA au centre d'enregistrement (pour les DPI) ou par le Service des Tutelles à l'AMC (pour les nDPI).

Après l'expression d'un doute, l'instance compétente (CGRA ou l'OE) procède à une analyse psychosociale du jeune (qu'il soit DPI ou non) en tenant compte des caractéristiques physiques, du comportement et des déclarations de celui-ci. Si, après cette analyse, un doute subsiste quant à l'âge ou s'il existe une présomption de majorité, le dossier est transmis à un comité indépendant d'experts, qui prend une décision concernant la minorité, la majorité ou le maintien du doute.

Sur cette base, un dossier est constitué et transmis à un comité indépendant d'experts, qui décide de conclure à la minorité, à la majorité ou à un doute persistant.

En cas de doute persistant, une détermination de l'âge est réalisée sur la base d'un triple examen radiologique : la radiographie de la clavicule, des dents et du poignet. Cela détermine un certain âge avec un intervalle de confiance.

La fiabilité du test de l'âge pose de nombreux problèmes. En tant que médecin/infirmier, nous essayons de nous distancier du test d'âge et pouvons toujours faire référence au fait qu'il ne s'agit pas d'un acte médical, mais qu'il est imposé par le Département de l'immigration (DVZ).

Le paiement d'un test d'âge n'est **PAS** effectué par Fedasil, mais toujours par le CGRA service des tutelles. Veuillez-vous y référer en cas de problèmes de facturation.

4.2. TEST ADN

Un test ADN peut être demandé s'il apparaît soudainement qu'il y a un ou plusieurs parents pour un VMBN. Même si le parent est régularisé dans un autre pays européen, un test ADN sera souvent effectué avant d'organiser le transfert du MENA.

Il appartient aux instances d'asile de décider s'il faut ou non demander un test ADN.

Le paiement d'un test ADN est parfois effectué par le service des tutelles. Si le service de tutelle ne paie pas le test ADN, Fedasil ne peut s'en charger que si cela est dans l'intérêt du jeune.

5. MÉDICAMENTS

Il est important de prendre en compte les éléments suivants à chaque fois :

- La maturité du jeune
- Le type de médicament
- D'autres jeunes dans la structure d'accueil (pression sur les uns et les autres pour partager les médicaments, laisser traîner les médicaments)

Ce dernier sera évalué à plusieurs reprises.

Les médicaments peuvent être remis par colis au MENA avec les informations nécessaires sur la prise et les effets secondaires, dans une langue que le jeune peut comprendre, ou dans un pilulier :

- à remettre au jeune ou ;
- disponible à la réception.

Le personnel de la structure d'accueil est lié par un **secret professionnel partagé** et ne peut transmettre des informations sur les médicaments (et donc sur la maladie) à des tiers, y compris au tuteur.

Le jeune doit savoir que le médicament sera prêt au moment de la permanence et donc que les collègues non médicaux sauront exactement ce qu'ils prennent.

[NEW] Lorsque des médicaments sont remis directement au jeune, l'équipe d'accompagnement peut en être informée, sans qu'aucune information ne soit communiquée concernant la nature du médicament ou l'affection sous-jacente.

Le **personnel non médical** peut proposer au jeune le médicament du pilulier et, si nécessaire, le lui rappeler. Ils ne peuvent pas forcer ou motiver les jeunes à prendre leurs médicaments. Si le jeune ne veut pas prendre ses médicaments, il le notera sur **la fiche de médicaments**. À son arrivée à la structure d'accueil, le responsable des médicaments peut vérifier la prise de médicaments sur la fiche.

Il est **rarement conseillé** de donner des somnifères, des psychotropes et des antidépresseurs par paquet à un VMBN. Il est plutôt conseillé de les préparer dans une boîte à pilules et de les mettre à la disposition de la permanence que de les donner au jeune.

6. ASPECTS PSYCHOSOCIAUX

Les MENA ont été identifiés comme un groupe vulnérable. Néanmoins, nous avons une grande diversité de jeunes ayant des besoins très différents.

La majorité des jeunes ne savent pas exactement ce que fait un psychologue et ne peuvent donc pas juger par eux-mêmes s'ils bénéficieraient d'un conseil psychologique. Il est important de donner des informations sur le bien-être psychologique de ces jeunes et, le cas échéant, de les **orienter vers le thérapeute désigné**. Pour de nombreux jeunes, une conversation en tête à tête est très conflictuelle et pour certains, ce n'est pas la thérapie appropriée. Essayez de rechercher des alternatives telles que l'expression corporelle, la thérapie ART, etc.

Mieux vaut prévenir que guérir ! Il est important d'encourager les jeunes à faire suffisamment d'exercice. Il n'est pas toujours nécessaire d'inscrire les jeunes dans des clubs sportifs (souvent sans budget ou avec un budget insuffisant), mais on peut les motiver à faire du jogging, du badminton, du volley-ball, du football, ou simplement à aller à l'école en vélo ou à pied.

Pour les jeunes ayant des problèmes de sommeil, on peut proposer des exercices de relaxation. Souvent, une personne de la structure d'accueil peut se concentrer sur ce point.

6.1. TRAITEMENT

6.1.1. Psychologue

Le cas échéant, le médecin peut adresser le MENA à un psychologue. Il est important de chercher un psychologue qui a une expérience avec les adolescents ayant l'origine de la migration.

Pour certains problèmes (par exemple, ex-enfant soldat, ...), il peut être conseillé de chercher un thérapeute qui a de l'expérience dans ce domaine.

6.1.2. Psychiatres

Comme tout autre demandeur d'asile, un MENA peut être adressé à un psychiatre par l'intermédiaire du médecin généraliste. Jusqu'à l'âge de 16 ans, il faut s'adresser à un pédopsychiatre.

7. PRÉVENTION

7.1. SCREENING

Comme pour tout le monde, il est conseillé de proposer un échantillon de sang aux jeunes pour le dépistage des maladies infectieuses, le dosage de la vitamine D, la détermination d'une numération globulaire générale.

- **Vit D:** traitement ou prévention à mettre en place en fonction de la dose, du type de peau et de l'âge du VNMB conformément aux directives.
- **Hépatite B, C, syphilis:** standard ;
- **VIH/SIDA:** standard. Il est important de demander au jeune s'il connaît la maladie, éventuellement de le sensibiliser et de lui demander son accord pour passer un test de dépistage du VIH. (Consentement éclairé !⁵).

7.2. VACCINATION

Presque tous les MENA se rendent dans un centre d'observation et d'orientation (OOC) au cours des premières semaines, d'où ils partent après quatre semaines vers le lieu d'accueil disponible le plus approprié. Le service de santé de l'OOC évaluera le statut de vaccination du jeune.

Les garçons du MENA seront vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole à leur arrivée au dispatching et, le cas échéant, ils recevront également un vaccin contre la polio.

Les filles du MENA ne sont pas vaccinées pour l'expédition en raison du risque d'une éventuelle grossesse. Comme il y a peu d'intimité au moment de l'envoi et qu'il y a un risque accru de violence sexuelle pendant le voyage, le CO examine d'abord si la jeune fille pourrait être enceinte. Une fois qu'une grossesse est exclue, le CO essaiera d'assurer la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, et éventuellement contre la polio.

Un MENA quittera toujours le CO avec un dossier médical contenant les informations sur les vaccinations possibles. En raison du court séjour dans l'OOC et de l'absence d'un numéro national, les vaccinations d'expédition et éventuellement de l'OOC ne seront pas encore mentionnées dans le vacci-net. Le service de santé de la structure d'accueil de 2e ligne doit mettre de l'ordre dans les plus brefs délais.

Lorsque les MENA vont à l'école, le PSE sera invité à vérifier le statut de la vaccination et à administrer les vaccins nécessaires (voir 4.3.5)

⁵ Informed consent =Bayer R, Fairchild AL. Changing the paradigm for HIV testing---the end of exceptionalism. N Engl J Med 2006;355:647--9.

CDC : Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings

WHO : adolescent HIV testing, counselling and care : implementation guidelines for health care providers

7.3. INFORMATION ET PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ

Dans de nombreux pays, l'éducation sexuelle n'est pas ou peu dispensée. Il est essentiel de donner aux jeunes une bonne information. Il est important de prendre en compte le contexte culturel, par exemple en plaçant les garçons et les filles dans des groupes séparés.

Il est important d'aborder non seulement la sexualité et la prévention des MST, mais aussi l'affirmation de soi lors des séances de groupe et des consultations individuelles. Veillez également à ce que la grossesse chez les adolescentes soit un sujet de discussion lors de ces moments.

Une grande partie de l'information et de la sensibilisation repose sur les épaules des éducateurs. Ce sujet est également souvent abordé à l'école. Il est important de discuter avec l'équipe pour savoir quand et par qui ce sujet est abordé.

Vous trouverez de nombreuses informations utiles sur le site web de ZANZU (<https://www.zanzu.be/nl/home>).

ADDENDUM 2 : Mutilations génitales féminines

1. IDENTIFICATION

1.1. OÙ L'IDENTIFICATION A-T-ELLE LIEU

Dans le contexte actuel, ces personnes ne peuvent pas être identifiées au dispatching. L'identification a lieu lors de l'accueil social et/ou médical après l'arrivée au centre d'accueil collectif ou individuel ou au centre d'observation et d'orientation (OOC) du MENA.

1.2. QUI EST RESPONSABLE DE L'IDENTIFICATION

L'assistant social de la personne et/ou un employé/un membre du service de santé (médecin, sage-femme, infirmière).

Ces personnes sont informées à l'avance par les personnes de référence MGF de la structure d'accueil et/ou par les organisations spécialisées.

1.3. DANS QUEL DÉLAI

Dans les 30 jours suivant l'attribution d'un lieu d'accueil (conformément à l'article 22 de la loi sur l'accueil concernant la première évaluation de la vulnérabilité⁶), lors de l'accueil social ou médical, de préférence lors du premier accueil.

En fonction du déroulement de cet entretien, l'identification des MGF peut également avoir lieu lors d'un deuxième ou d'un troisième entretien (afin de créer un lien de confiance).

1.4. COMMENT FAIRE

Recommandations pendant l'entretien :

- Rencontrer la femme seule (sans la présence d'autres membres de la famille) afin qu'elle puisse s'exprimer librement.
- Fournir un interprète si la personne ne maîtrise pas suffisamment la langue commune. Préparez cet entretien avec l'interprète.

⁶ Section III - Évaluation. Art. 22. § Dans les trente jours suivant l'attribution de son lieu d'enregistrement obligatoire, la situation personnelle du bénéficiaire de l'accueil est examinée afin de déterminer si l'accueil est adapté à ses besoins spécifiques. Si ce n'est pas le cas, le lieu d'enregistrement obligatoire peut être modifié.

§ À cette fin, l'examen de la situation personnelle du bénéficiaire porte notamment sur les signes de vulnérabilité qui ne sont pas immédiatement visibles, comme dans le cas des personnes qui ont été soumises à la torture ou à d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle.

§ L'évaluation de la situation personnelle du bénéficiaire se poursuit tout au long du séjour dans la structure d'accueil.

§ 4 Le Roi détermine les modalités de cette évaluation.

2. L'ACCOMPAGNEMENT

Une **checklist** (► **ANNEX 21**: Checklist Mutilations génitales féminines) a été élaborée pour guider les employés/femmes à travers les différentes phases.

Chaque femme **doit recevoir cette information**, mais c'est **la femme elle-même qui décide** de suivre ou non la trajectoire.

En cas **d'identification positive** dans les services sociaux et/ou médicaux, fournir une explication systématique de la MGF et de son impact sur la santé, les droits et la protection des filles/femmes, les organisations spécialisées.

Dans le cadre d'un suivi approprié, demandez-lui si elle accepte que les informations soient communiquées au service de santé et/ou aux services sociaux. (Plus d'informations sur le secret professionnel : lire <https://www.intact-association.org/images/documents/brochure-fr-laanan-web.pdf>)

2.1. TRAJECT

Si la personne le souhaite, orientez-la vers :

- Le médecin service de santé ou un médecin de référence externe. Il s'agit de répondre aux besoins médicaux et d'établir un certificat médical de circoncision. Informez la femme qu'elle doit transmettre ce certificat à son avocat/atelier et une copie à son assistant social/e-.
- Outils: liste des médecins de référence en Belgique (GAMS)
- Une **permanence du GAMS** (<https://gams.be/nl/contact/>) pour un premier entretien, une présentation des activités (réunion mensuelle, consultation de grossesse, etc.) et pour recevoir plus d'informations sur les MGF. Pour un bon suivi du dossier, il est important de transmettre les coordonnées exactes de l'assistant social/responsable du dossier ainsi que l'annexe 26 du GAMS et d'INTACT.

Si la personne ne souhaite pas poursuivre le processus, il est important de continuer à écouter ses besoins et ses questions. En effet, la femme peut changer d'avis au cours de sa procédure d'asile.

2.2. PROPOSER UN ENTRETIEN ULTÉRIEUR

- Avec la même personne (accompagnateur social, infirmière, etc. qui a suivi une formation sur le problème).
- Cette conversation a plusieurs objectifs :
 - Evaluer les besoins du demandeur d'asile (logement, besoins médicaux et psychologiques, soutien juridique, prévention, etc.)
 - Fournir plus d'informations sur les différentes possibilités de conseil : conseil médical, gynécologique ou psychologique, avocat, associations spécialisées - après évaluation des besoins.
 - Offrir un soutien psycho-médico-social, en fonction des besoins de la personne et avec son consentement exprès.
 - Orientation vers divers services de conseil psychologique.

► **Outil:** Liste des psychologues de référence

Pour le conseil psychologique, vous pouvez vous adresser aux organisations spécialisées pour consulter leur liste de psychologues de référence. Vous pouvez également utiliser vos contacts habituels au sein des CGG ou d'autres services. Vérifiez toujours si le psychologue est disposé à rédiger un rapport psychologique (à ajouter éventuellement au dossier CGRS (ultérieurement)).

► **Outil:** Handleiding: Vrouwen, besneden en op de vlucht. Ideeën voor een therapeutische begeleiding

<http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/GAMS-Femmes-excisionNL-WEB.pdf>

2.3. SENSIBILISATION

- Pour chaque personne originaire d'un pays où se pratique la MGF, même si la femme n'indique pas la MGF comme motif de la demande d'asile.
- Discussion avec les femmes et les autres membres de la famille sur les conséquences des MGF sur la santé des filles et des femmes, sur l'interdiction légale et la protection des filles et des femmes. Impliquez également le père dans cette conversation, afin qu'il puisse assumer son rôle de prévention.

► **Outil:** Gesprekshandleiding: Vrouwelijke Genitale Verminking. Bespreken met meisjes en/of familie.

http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/SC_MGF_Collection_Entretiens_NL_V6.pdf

- Renvoi au GAMS pour la participation aux ateliers de prévention (<http://gams.be/nl/workshops/>).

Les assistants sociaux et le personnel médical doivent être proactifs afin de prévenir les MGF. Cela s'applique également aux jeunes qui sont accompagnés par leurs parents.

2.4. FOURNIR DES CONSEILS JURIDIQUES APPROPRIÉS

Expliquez que la violence sexuelle ou d'autres risques de ce type peuvent constituer la base d'une demande d'asile.

Envoyez les informations nécessaires à l'avocat :

► **Outil:** guide pratique pour les avocats

<http://www.intact-association.org/images/ouils/manuel-avocats-2014-nl.pdf>

► **Outil:** certificat médical de circoncision du CGRA (par ou avec le consentement de la personne)

<https://www.cgra.be/fr/formulaires/certificat-medical>

► **Outil:** Données INTACT pour plus d'informations

<https://igvm-iefh.belgium.be/fr>

Si l'affaire est complexe, il est conseillé de proposer le soutien juridique d'INTACT à l'avocat pour l'audience au CGRA ou pour le recours au CCE.

Préparez la personne à un entretien sur les MGF, d'autres formes de violence, d'agression ou de peur qui aura lieu pendant son audition.

2.5. POUR L'AUDIANCE AU CGRS OU AU RVV

Prévoyez un nouveau rendez-vous pour vérifier, avec la personne, si les différentes étapes de la procédure ont été correctement appliquées (cf. liste de contrôle ci-jointe) et si la femme est prête pour l'audition (chronologie de l'histoire, formes de violence sexiste déjà identifiées, certificat(s) médical(s) présenté(s)).

Vérifiez si la jeune fille/femme souhaite être accompagnée d'un confident pendant l'audition.

Si la personne est reconnue comme réfugié ou si elle bénéficie d'une protection subsidiaire:

1. Fournir à la personne toutes les informations importantes pour son conseil psycho-médical, afin qu'elle puisse s'y fier à nouveau à l'avenir si elle le souhaite.
2. Expliquer aux parents la procédure de protection du CGRA s'ils ont obtenu le statut de réfugié afin de protéger leur(s) fille(s) contre les MGF (examen médical annuel pour vérifier l'intégrité des organes génitaux).
3. Rappeler à chaque famille concernée que les MGF sont interdites par la loi en Belgique (article 409 du code pénal) et à l'étranger (principe d'extraterritorialité).
4. Pour chaque famille concernée, contactez K&G/ONE ou le CLB/PSE de l'école pour assurer une prévention efficace dans le cas de filles intactes.

Si la personne n'est pas reconnue

- Informez la personne qu'elle peut contacter les organismes spécialisés.

3. ADRESSES UTILES

3.1. ORGANISATIONS SPÉCIALISÉES

- **Le GAMS Belgique vzw** (Groupe pour l'abolition des mutilations génitales féminines) s'engage à protéger les filles et les femmes contre les MGF et offre des conseils aux femmes qui ont déjà subi cette pratique.

L'association organise :

- des réunions mensuelles (par exemple sur les droits de l'homme),
- des ateliers sur l'expression corporelle,
- des conseils sur la grossesse,
- des ateliers pour les adolescents et les enfants
- conseils psychosociaux individuels pour les enfants et les adultes.

En outre, le GAMS, en coopération avec l'organisation à but non lucratif INTACT, organise également des sessions de formation pour les professionnels.

Pour plus d'informations, visitez le site <https://www.gams.be/> .

Le GAMS dispose de plusieurs helpdesks et est actif dans toute la Belgique.

- **Bruxelles:** Rue Gabrielle Petits 6, 1080 Sint-Jans-Molenbeek, tel. 02 219 43 40, e-mail: info@gams.be
- **Namur:** Rue Henri Lecocq 60, 5000 Namen, tel. 0493 49 29 50, e-mail: melanie@gams.be
- **Liège:** Quai de Rome 65, 4000 Liège, 0470 54 18 99, e-mail: louise@gams.be
- **Anvers:** Breughelstraat 31-33, 2018 Antwerpen, tel. 0493 35 15 47, e-mail: ewout@gams.be

Outre ces helpdesks, le GAMS dispose également de postes de permanence à Louvain, Gand, Hasselt, Charleroi (04/2023 - temporairement inactif) et Verviers. (Pour les coordonnées, voir <https://gams.be/nl/contact/>)

- **INTACT** est une association d'avocats spécialisés dans le thème des MGF.

INTACT offre des conseils juridiques aux avocats et aux familles dans le cadre des demandes d'asile fondées sur les MGF, mais offre, dans coopération avec GAMS, également un soutien aux professionnels concernant les mesures de protection à prendre dans les situations à haut risque.

Vooruitgangsstraat 333, 1030 Schaerbeek
02 539 02 04
info@intact-organisation.org
www.intact-association.org

3.2. CENTRES MÉDICAUX MULTIDISCIPLINAIRES POUR LE TRAITEMENT DES CONSÉQUENCES DES MGF

Ces **centres médicaux accrédités pour le conseil aux femmes ayant subi des MGF** offrent des conseils individuels multidisciplinaires allant du conseil psychologique et/ou sexologique au traitement chirurgical des conséquences des MGF (défibulation, ablation de kystes, etc.) et/ou à la reconstruction du clitoris. Le traitement est entièrement remboursé par l'INAMI.

- **CeMAViE**
Le CeMAViE ou Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision est une structure d'accueil destinée à la prise en charge des complications des mutilations génitales féminines (MGF).

Adresse Administrative: CHU Saint-Pierre, Rue Haute 320, 1000 Brussel
Consultation: Porte de Hal, Rue aux Laines 105, 1000 Brussel
Rendez-vous: 02 535 36 39
Website: <http://www.stpierre-bru.be/service/gynecologie-obstetrique/320-rue-haute/cemavie-mutilations-genitales-feminines/>
- **Centre pluridisciplinaire pour les mutilations génitales, Hôpital des femmes UZ Gent**
Adresse: UZG, C. Heymanslaan B, 9000 Gent, Vrouwenkliniek Polikliniek P3-P4
Rendez-vous: 09 332 37 82 of 09 332 37 85

Brochure:

https://www.vvog.be/sites/default/files/patientenbrochures/folder_multidiscentrgenmut_patient1.pdf

Plusieurs autres organisations (par exemple : les centres de planning familial) disposent de services où les employés ont suivi une formation sur les MGF (liste disponible au GAMS Belgique).

- Le **Centre de planning familial du SPF Liège** a mis en place un projet spécifique de soutien et de prévention dans les situations de MGF. Ces services sont fournis par une équipe pluridisciplinaire (médicale, sociale, psychologique, juridique). Le CPF-FPS organise des visites de maternité hebdomadaires à l'UMC La Citadelle et des ateliers de conseil en matière de grossesse.

Adresse: Rue des Carmes 17, 4000 Luik

Rendez-vous: 04 223 13 73

Website: <https://associations-solidaris-liege.be/accueil/soralia-liege/centres-de-planning-familial-soralia/>

ADDENDUM 3: Conventions

1. QU'EST-CE QU'UN ENREGISTREMENT ADMINISTRATIF ?

On parle d'inscription administrative quand une personne a été affectée à votre centre (code 207), mais ne peut pas être prise en charge dans votre centre en raison de graves problèmes médicaux. C'est pourquoi, pour des raisons médicales, on recherche pour cette personne une place appropriée dans une institution extérieure où elle séjournera de façon permanente, par exemple maison de repos, institution psychiatrique, MPI, ...

Cette personne est officiellement inscrite dans votre centre (Resident, Match-It, Daktari) mais n'y restera jamais. L'adresse d'hébergement de cette personne (= adresse de l'institution) n'est pas nécessaire (et dans la plupart des cas elle l'est) dans la même commune que l'adresse de votre centre (= adresse d'inscription).

2. QUELLES SONT LES PERSONNES CONCERNÉES ?

Personnes qui est/avec :

- Une attribution directe de l'envoi d'un nouvel arrivant
- Un résident de votre centre qui tombe gravement malade
- Une personne résidant dans une ILA et transférée dans une institution
- Une personne NO-Show transférée à une institution

3. POURQUOI UNE ALLOCATION ADMINISTRATIVE ?

- Afin d'avoir un suivi correct de la procédure
- Afin d'avoir un suivi adéquat des frais médicaux, notamment
- La personne a donc également droit à de l'argent de poche

4. QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LE CENTRE ?

- La procédure de la personne est entièrement suivie par le centre : déroulement de la procédure, demande 9b, demande d'extension, ...
- Informer l'institution des modifications apportées à la procédure + en expliquer les conséquences éventuelles
- Le service de santé du centre est responsable de l'établissement des conditions requises, c'est-à-dire des tarifs des frais médicaux.
- Dans le cas de consultations ou de traitements spécifiques ainsi que pour l'achat de médicaments spécifiques, l'institution doit d'abord demander l'accord du centre et le centre doit aussi d'abord envoyer une demande à l'institution.
- Toutes les factures médicales seront envoyées au centre qui les traitera.
- L'occupant reçoit également de l'argent de poche du centre (via une facture), c'est-à-dire que l'institution donne (avance) l'argent de poche (le même montant que les occupants du centre) et le met sur la facture par la suite.

En cas de problèmes ou de questions, le centre peut toujours contacter la cellule santé du siège

Remarque : une convention doit toujours être établie entre Fedasil et l'institution. Cette convention ne peut PAS être rédigée ou signée par le centre. L'élaboration de conventions est de la seule compétence du département de cellule santé du siège social et celles-ci ne peuvent être signées que par le directeur général de Fedasil !

5. QUAND UNE CONVENTION EST-ELLE ÉLABORÉE ?

Une convention est établie pour une personne en cours de procédure valide (A 9ter seul n'est pas suffisant) qui est admise dans une institution externe pour des raisons médicales pour une période d'au moins 6 mois.

Les institutions externes peuvent être:

- Maison de repos et de soins
- Centre de réhabilitation (par exemple, Pellenberg, centre William Lennox)
- Institution pour handicapés
- Institution psychiatrique ou maison de repos (PVT)

6. ÉLABORATION ET APPROBATION DE LA CONVENTION

La convention est élaborée par la cellule santé du siège social et est ensuite envoyée à l'institution pour ajustement et approbation.

Ensuite, la convention est soumise à la cellule juridique pour approbation et après signée par le directeur général de Fedasil.

La convention est ensuite envoyée à l'institution pour signature et, enfin, la convention signée revient au siège.

7. QUE DIT CETTE CONVENTION ?

Les données générales de toutes les parties : l'institution, Fedasil, l'occupant et le centre où l'occupant a été affecté (code 207).

Que le suivi de la procédure et de la facturation du résident est assuré par le centre.

Admission en chambre commune uniquement : exception possible uniquement pour des raisons médicales et avec l'accord du service d'administration médicale.

Mentionner que pour chaque traitement spécifique, par exemple chirurgie, changement d'institution (par exemple, centre de réadaptation), le médecin du centre doit donner son accord et un cahier des charges doit être établi ; cela s'applique également en cas de traitement avec des médicaments spécifiques.

La télévision est payée ; le téléphone, l'internet et les achats personnels, en revanche, ne sont pas facturés à Fedasil.

L'argent de poche est payé par l'institution et ensuite facturé (même montant que les résidents du centre !!!) plus d'argent de poche n'est payé par le centre.

La convention, c'est-à-dire le nom dépendant, s'arrête lorsque le nom dépendant est arrêté par Fedasil : fin de la procédure (fin du séjour légal, régularisation, etc...)

8. PRATIQUE

Une réquisitoire sera faite par le centre à partir du moment de l'admission pour une période de 1 mois (à mentionner sur la réquisition). Si l'institution est adaptée aux besoins du résident et que le retour dans une structure d'accueil n'est pas possible dans les 6 mois, une convention est établie. Le service médical de la structure d'accueil met au courant la cellule médicale régionale de la décision suite à l'évaluation via l'adresse: Fhq_med_sud@fedasil.be Le service médical du centre d'arrivée met au courant la coordination médicale du département Arrivée de la décision suite à l'évaluation

Si la convention n'est pas encore en ordre à l'expiration de la premier réquisitoire, un nouveau réquisitoire est établi.

Le service médical du centre d'accueil est responsable pour l'octroi d'éventuelles autorisations concernant la prise en charge de soins médicaux supplémentaires ou de traitements supplémentaires. Pour ce faire, le centre d'accueil fournit les réquisitoires nécessaires à l'établissement et suit les procédures prévues dans le vade-mecum médical, comme les demandes de prises en charge.

EXCEPTION : pour les consultations effectuées par le/la médecin généraliste ou pour des soins continus comme des soins infirmiers prolongés, des prises de sang régulières, etc... la durée du réquisitoire peut dépasser 1 mois. Dans ce cas, la formulation suivante peut être utilisée "valable tant que la personne XX est inscrite dans la structure d'accueil XX et relève de la compétence de Fedasil et à condition qu'il n'y ait pas d'importants changements de l'état de santé de la personne".

Tous les 2 à 3 mois, un rapport avec une évaluation de l'état de santé du résident est demandé à l'établissement et ce éventuellement via une mise à jour de l'échelle de Katz.

ADDENDUM 4 : Syphilis

1. PATHOGENÈSE

Incubation : 10 à 90 jours

Syphilis primaire : une ou plusieurs plaies indolores au site de contact (organes génitaux, anus, bouche) avec éventuellement un gonflement indolore des ganglions lymphatiques pendant plusieurs semaines. Cela aussi disparaît sans traitement.

Syphilis secondaire : caractérisée par des lésions diffuses, la plupart des anomalies cutanées typiques telles que des éruptions non prurigineuses, en particulier sur la paume et la plante du pied, mais aussi des symptômes viscéraux peuvent être présents ; en combinaison avec d'autres symptômes cutanéomuqueux tels que l'alopecie, les condylomes ; une lymphadénopathie généralisée, des symptômes constitutionnels tels que fatigue, fièvre, perte de poids, atteinte du SNC (généralement asymptomatique)

Les symptômes apparaissent généralement 2 à 8 semaines après la lésion primaire (variable).

Syphilis latente : pas de signes cliniques, signes sérologiques positifs ; de 1 à 30 ans

Syphilis tertiaire : survient chez 30 % des patients non traités, pouvant entraîner la mort. Elle peut entraîner, par exemple, une syphilis gingivale ou une syphilis cardiovasculaire. Il existe également une syphilis congénitale avec des malformations typiques des dents et des tibias.

2. DÉTECTION ET DIAGNOSTIC

La syphilis est détectable dans le sang 3 mois après l'infection. Nous proposons de détecter la syphilis lors de la collecte de sang standard à l'admission (TPHA). La TPHA reste positive dans plus de 90 % des cas à vie.

Le test RPR n'est utilisé que pour le suivi du traitement. Un quadruple changement de titre est nécessaire pour démontrer une différence significative. Les échantillons doivent être testés dans le même laboratoire en utilisant la même technique (idéalement).

Si le TPHA est négatif dans un tableau clinique suspect d'un laser, il est recommandé de répéter le test une à deux semaines plus tard.

Toujours exclure les symptômes neurologiques : en cas de symptômes neurologiques (par exemple, maux de tête, problèmes faciaux et/ou en cas de doute et/ou en cas de suspicion de neurosyphilis et/ou de co-infection par le VIH, toujours demander une ponction lombaire et un traitement !

En cas de cancer de la syphilis, on peut prélever du liquide de la plaie pour détecter la bactérie par coloration immunologique, PCR ou microscopie en champ sombre. Attention : ceci doit être envoyé à des laboratoires spécifiques.

3. MESURES DE PROTECTION

Il faut toujours exclure les autres MST (VIH...) et fournir des informations sur les comportements à risque. Prévention à l'égard des partenaires pendant le traitement.

Il est bien sûr également conseillé de traiter tous les partenaires sexuels de la personne infectée.

ADDENDUM 5 : Hépatite B

1. EPIDEMIOLOGIE

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

On estime que 250 à 290 millions de personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B dans le monde. Ce chiffre est plusieurs fois supérieur à la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC), qui est d'environ 70 millions. Pour obtenir des informations sur l'hépatite B (et C) spécifiques à chaque pays et toujours actualisées, consultez l'"Observatoire de l'hépatite" à l'adresse suivante : <https://cdafound.org/polaris-regions-dashboard/>.

La probabilité d'une infection chronique dépend de l'âge au moment de l'infection. Si la personne est infectée en tant que nouveau-né (au moment de l'accouchement) ou en âge préscolaire, la probabilité de chronicité est supérieure à 90 % (c'est-à-dire la grande majorité des personnes souffrant d'hépatite B chronique). Si l'infection a lieu à l'âge adulte, la probabilité de chronicité est beaucoup plus faible (10 %).

Contrairement à l'hépatite C, l'éradication du VHB est très rare (1 %). 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).

2. LES FACTEURS DE RISQUES

Les facteurs de risque connus sont les suivants :

- Les consommateurs de drogues par voie intraveineuse ou nasale
- Les patients ayant subi une transfusion sanguine, une transplantation ou une intervention chirurgicale grave 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 pour le VIH ou le 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 ... sans utilisation de matériel à usage unique
- Les baby-boomers (nés entre 1946 et 1964)

3. LA DÉTECTION ET SÉROLOGIE UTILE

Nous recommandons de proposer un dépistage de l'Ag HBs à tous les demandeurs d'asile.

Dans la pratique, il est recommandé de ne contrôler que l'AgS et l'ALT au centre d'accueil.

Si le sAg est positif et qu'aucun résultat de laboratoire n'est disponible dans le passé, un nouveau contrôle du sAg est effectué après six mois pour distinguer l'infection aiguë de l'infection chronique (cfr infra).

L'hépatite B aiguë est associée à un ictère important et à une morbidité significative, mais conduit presque toujours à une éradication spontanée.

On parle **d'hépatite B chronique** si l'Ag reste présent pendant au moins 6 mois.

Le tableau suivant, établi par le Centre for Disease Control, montre comment faire la distinction.

HBsAg	anti-HBc	IgM anti-HBc	anti-HBs	
-	-	-	-	Jamais infecté
+	-	-	-	Infection aiguë précoce ; transitoire (jusqu'à 18 jours) après la vaccination
+	+	+	-	Infection aiguë
-	+	+	+ ou -	Infection aiguë curative
-	+	-	+	Rétabli de l'infection et immunisé
+	+	-	-	Infection chronique

Les spécialistes prennent également en compte les dispositions suivantes :

- Enzymes de l'hépatite : ALT
- PCR ADN du VHB : mesure directe du virus
- Alpha-foetoprotéine (marqueur tumoral du CHC)
- Éventuellement (si signes cliniques) : coagulation, plaquettes, albumine, bilirubine.

Adresser le patient à un hépatologue si:

- sAg positif depuis au moins six mois avec augmentation de l'ALT → vérifier l'ADN et l'alphaFP et commencer le traitement
- il y a une indication de fibrose avancée (F3) ou de cirrhose (F4) → exclure les autres étiologies

4. CRITÈRES DE TRAITEMENT ET D'IMPUTATION

Le traitement de l'hépatite B est pris en charge par Fedasil selon les critères applicables à l'INAMI. Il concerne une personne adulte souffrant d'une hépatite B active et chronique.

Une hépatite B active et chronique se caractérise par la conjonction des éléments suivants :

- Ag HBs positif depuis 6 mois ET
- Preuve de la réplication virale : ADN-HB $\geq$ 2 000 UI/ml ET

- ALT : deux valeurs récentes > la limite supérieure de la normale

En outre, le traitement est indiqué en cas de cirrhose et de grossesse avec une charge virale > 200 000.

Il appartient à un gastro-entérologue/hépatologue de prescrire le traitement le mieux adapté. Les traitements courants sont le Tenofovir (Viread/Vemlidy) ou l'Entecavir (Baraclude).

5. MESURE DE PROTECTION ET DE VACCINATION

La vaccination contre l'hépatite B n'est recommandée que pour le partenaire et les enfants (sans anti-HBs) des porteurs chroniques du VHB.

Elle est généralement administrée en une série de trois doses selon un calendrier de 0, 1 et 6 mois. La deuxième dose doit être administrée au moins un mois après la première dose, et la troisième dose doit être administrée 6 à 12 mois après la première dose. Il est préférable de ne pas administrer la troisième dose avant l'âge de 24 semaines chez les nourrissons. L'administration d'une quatrième dose (en raison des vaccins combinés et de l'administration d'une seule dose à la naissance) est autorisée. Un calendrier de vaccination accéléré (qui n'est pas efficace à 100 %) consiste à administrer une dose aux jours 0, 7 et 21-30 ; un rappel doit être administré à 12 mois pour obtenir une immunité à long terme.

Une forme particulière de PPE contre l'hépatite B est la prophylaxie post-partum des bébés de mères AgHBs positives. La transmission périnatale du VHB peut être évitée par l'identification des mères infectées par le VHB (Ag HBs positif) et l'administration d'immunoglobulines contre l'hépatite B et la vaccination contre l'HB dans les 12 heures suivant la naissance. Ces mesures sont prises à l'hôpital.

Outre la vaccination des membres de la famille et **les mesures de sécurité habituelles**, aucune mesure spécifique ne doit être prise ou prévue. Toutefois, il convient de tenir compte de la longue durée de survie du virus en dehors de l'organisme (jusqu'à 3 semaines !).

ADDENDUM 6 : Hépatite C

1. EPIDEMIOLOGIE

Au niveau mondial, on estime qu'environ 50 à 60 millions de personnes vivent actuellement avec une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC). La majorité des nouvelles infections restent non diagnostiquées, en raison du caractère souvent asymptomatique de la maladie et de la vulnérabilité sociale des populations exposées (dont les personnes migrantes).

Après une infection aiguë:

- 20 à 30% des personnes éliminent spontanément le virus
- 70 à 80% développent une infection chronique

La clairance spontanée dépend principalement de facteurs immunitaires individuels (sexe féminin, âge plus jeune), et non du génotype. Elle est plus fréquente chez les personnes immunocompétentes et moins fréquente en cas de co-infection VIH.

Chez les personnes atteintes d'hépatite C chronique :

- Environ 15–30 % développeront une cirrhose sur une période de 20 à 30 ans
- Le risque de carcinome hépatocellulaire est surtout lié à la cirrhose
- La progression de la fibrose est accélérée par : âge élevé à l'infection, consommation d'alcool, obésité, diabète, co-infection VIH ou VHB

Avec les antiviraux à action directe (AAD) actuels, le taux de guérison virologique définitive dépasse 95–99 %, toutes populations confondues.

2. LES FACTEURS DE RISQUES

Les principaux facteurs de risque sont :

- Usage de drogues par voie intraveineuse ou nasale
- Transfusion sanguine, transplantation ou chirurgie lourde avant l'introduction du dépistage systématique (avant 1992 en Belgique)
- Hémodialyse chronique
- Contact étroit (partenaire, enfant) avec une personne infectée
- Co-infection VIH ou VHB
- Multipartenariat sexuel (risque accru surtout en cas de VIH)
- Soins médicaux reçus dans des pays à prévalence élevée du VHC (Exemple : Europe de l'Est, Asie du Sud, Moyen-Orient, Afrique de l'Ouest, Union soviétique)
- Tatouages, piercings ou scarifications sans matériel stérile à usage unique
- Personnes nées entre 1945 et 1965 (Baby-boomers > cohorte à risque historique)

3. DÉTECTION ET ENQUÊTES COMPLÉMENTAIRES

Il est recommandé de proposer à tous les DPI un dépistage systématique de l'hépatite C par la recherche des anticorps anti-VHC.

En cas de sérologie positive :

- Une PCR ARN-VHC est indispensable pour confirmer une infection active.
- Le génotypage n'est plus systématiquement nécessaire, car les traitements actuels sont pangénotypiques.
- Ces examens peuvent être demandés par la structure de première ligne avant l'orientation spécialisée.

Si la PCR est positive, le patient est adressé à un spécialiste (gastro-entérologue, interniste, ou pédiatre spécialisé) pour :

- L'évaluation de la fibrose (fibroscan ± tests biologiques),
- La décision thérapeutique.

3.1 Evaluation de la fibrose par fibroscan

La fibrose hépatique est évaluée par des méthodes non invasives, principalement :

- Fibroscan (élastographie)
- Tests biologiques indirects (APRI, FIB-4)

Valeurs indicatives Fibroscan (kPa) :

- F0–F1 : < 7 kPa
- F2 : 7–9,5 kPa
- F3 : 9,5–12,5 kPa
- F4 (cirrhose) : ≥ 12,5 kPa

La biopsie hépatique n'est quasi jamais nécessaire.

4. CRITÈRES DE TRAITEMENT ET D'IMPUTATION

En cas de diagnostic d'hépatite C, et après les résultats de la PCR et du génotypage, le patient est orienté vers un centre d'expertise de l'hépatite C pour une évaluation du stade (par des analyses complémentaires et un fibroscan) et des conseils (notamment en ce qui concerne le pronostic et la transmission).

4.1. Traitement

4.1.1. Principes généraux

Toute personne atteinte d'une hépatite C chronique est éligible au traitement, indépendamment du stade de fibrose.

La prise en charge des DPI est alignée sur les règles INAMI applicables à la population générale.

4.1.2. Antiviraux à action directe (ADD)

Les traitements actuellement utilisés en Belgique sont :

Molécule	Durée standard	Particularités
Maviret® (glecaprévir/pibrentasvir)	8 semaines (rarement 12)	Pangénotypique,
Epclusa® (sofosbuvir/velpatasvir)	12 semaines	Pangénotypique

Les traitements par interféron/ribavirine ne sont plus utilisés.

4.1.3. Prescription et remboursement (nouvelautés clés)

Depuis le 1er novembre 2025, il y a eu quelques changements dans la prise en charge des traitements :

- Réduction du prix : Pour le Maviret® par exemple, l'INAMI a baissé le prix remboursé du conditionnement de 84 comprimés d'environ 40%, pour un nouveau prix fixé à 7250 euro.
- Elargissement de l'accès du Maviret® aux jeunes à partir de 12 ans (avec un poids de minimum 45 Kg)
- Le remboursement des AAD a été fortement simplifié
 - Bien que l'évaluation du stade de fibrose hépatique soit parfois utile voire nécessaire pour le suivi de la maladie, cette évaluation ne constitue toutefois plus un critère pour l'accès au traitement
 - La prescription du traitement et le remplissage du formulaire chapitre IV (formulaire de demande d'accord préalable pour la prise en charge du traitement) peuvent dorénavant être réalisés par
 - Un gastro-entérologue
 - Un interniste
 - Un pédiatre spécialisé : cela concerne le maviret, pour les enfants et adolescents âgés d'au moins 12 ans et pesant au moins 45 Kg
- Certaines règles demeurent
 - Les AAD restent des médicaments du chapitre IV

- Pas d'association simultanée entre différents AAD
- Respect strict des indications de spécialité

4.1.4. Interaction médicamenteuses

Il n'y a pas de contre-indications explicites.

Par contre, il est nécessaire de tenir compte des interactions médicamenteuses (DDI), par exemple avec certains antirétroviraux, antiépileptiques, ou encore les statines. Celles-ci peuvent être facilement recherchées sur le "liverpool website" (www.hep-druginteractions.org).

4.1.4. Evaluation après traitement

Douze semaines après le traitement, un nouveau test PCR doit être effectué pour conclure à un résultat virologique soutenu (RVS). S'il est négatif, le patient est définitivement débarrassé du virus et n'est plus contagieux.

Le patient doit garder à l'esprit que les anticorps de l'hépatite C persistent (quasiment à vie) mais ne sont pas protecteurs. En effet, il est tout à fait possible de se réinfecter, notamment après un comportement à risque.

4.1.5. Suivi des patients

Jusqu'au traitement, chaque patient atteint d'hépatite C doit être suivi par une prise de sang annuelle et un fibroscan.

Après un traitement réussi :

- Sans fibrose avancée (F0–F2) : pas de suivi spécialisé après guérison.
- Avec fibrose avancée ou cirrhose (F3–F4) :
 - suivi hépatologique régulier
 - Dépistage semestriel du carcinome hépatocellulaire.

4.2. Demande exceptionnelle

Comme le traitement nécessite l'accord préalable d'un médecin-conseil, selon la réglementation actuelle de l'INAMI, il est nécessaire d'introduire une demande de prise en charge.

5. LES MESURES DE PROTECTIONS

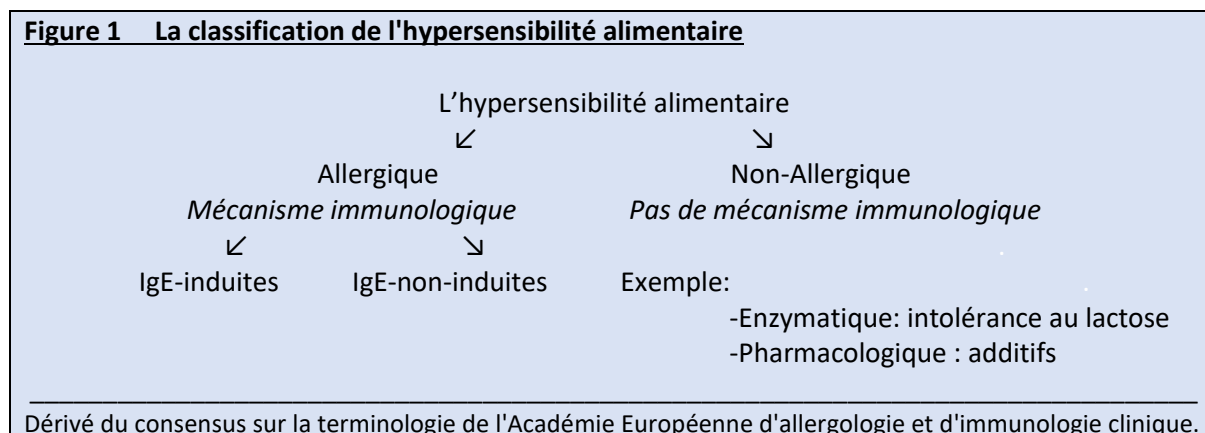
La maladie se transmettant principalement par le sang, des mesures de protection spécifiques ne sont pas nécessaires, en plus des mesures de protection universelles.

La vaccination contre le VHB n'est pas nécessaire pour les patients atteints du VHC, sauf en cas de fibrose sévère ou de comportement sexuel à risque.

ADDENDUM 7 : Régime alimentaire

1. HYPERSENSIBILITÉ ALIMENTAIRE

Figure 1 La classification de l'hypersensibilité alimentaire



1.1. QU'EST-CE QUE L'HYPERSENSIBILITÉ ALIMENTAIRE ?

L'hypersensibilité alimentaire est le terme générique qui désigne les réactions d'hypersensibilité aux aliments, telles que l'allergie alimentaire (allergique) et l'intolérance alimentaire (non allergique). Les mécanismes sous-jacents sont différents :

- Dans le cas de l'**allergie alimentaire**, le système immunitaire réagit de manière anormale à certaines protéines contenues dans les aliments. Il les considère comme étrangères et les rejette.
- Dans le cas d'une **intolérance alimentaire**, la digestion de certains produits alimentaires se fait mal. Cela est dû, par exemple, à une carence en certaines substances qui jouent un rôle dans la digestion.

1.2. QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE L'HYPERSENSIBILITÉ ALIMENTAIRE ?

On distingue à nouveau l'allergie alimentaire de l'intolérance alimentaire.

1.2.1. L'allergie alimentaire

Sur l'ensemble des adultes, 3 à 4 % souffrent d'une allergie alimentaire. Les aliments les plus courants qui peuvent déclencher des réactions allergiques graves sont les suivants :

- les noix (par exemple les arachides);
- les fruits et les légumes ;
- le lait ;
- le soja ;
- l'œuf ;
- poisson ;
- fruits de mer ;
- le blé.

Des études montrent que 20 % des personnes évitent certains aliments parce qu'ils présentent des symptômes. Toutefois, cela ne signifie pas toujours qu'elles souffrent d'une allergie. Une suspicion

d'allergie est donc beaucoup plus fréquente qu'une allergie avérée.

1.2.2. Intolérance alimentaire

Sur l'ensemble des adultes, 3 à 4 % présentent une intolérance alimentaire. Les intolérances alimentaires les plus courantes sont :

- les produits laitiers et les produits à base de lait ;
- le blé et le gluten ;
- les légumineuses ;
- les œufs ;
- la levure.

1.3. L'HYPERSENSIBILITÉ ALIMENTAIRE EST-ELLE PLUS FRÉQUENTE CHEZ LES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE ?

Il est communément admis que les personnes à la peau noire sont plus susceptibles de souffrir d'hypersensibilité alimentaire que les personnes à la peau blanche. En revanche, les Asiatiques sont moins susceptibles de souffrir d'hypersensibilité alimentaire que les personnes à la peau noire, mais plus que les personnes à la peau blanche.

L'hypersensibilité alimentaire peut être liée à des facteurs tels que la génétique, les facteurs socio-économiques (revenus, éducation) et l'environnement, qui peut inclure des éléments physiques (allergènes, particules de poussière, etc.) et sociétaux (pauvreté et violence de voisinage).

Outre les facteurs généraux mentionnés ci-dessus, les réfugiés sont également confrontés à divers problèmes nutritionnels au cours de leur voyage. Ils arrivent souvent dans le pays d'accueil avec des carences en protéines et en calories et/ou des carences en micronutriments pouvant entraîner une intolérance alimentaire. Cette situation peut être combinée à un état nutritionnel initial réduit dans leur pays d'origine, de nombreuses régions étant désormais confrontées à un double fardeau de malnutrition.

Une fois arrivés dans le pays d'accueil, les réfugiés ou les demandeurs de protection internationale commencent à adopter les habitudes alimentaires du pays d'accueil, à savoir l'acculturation alimentaire. Le changement d'habitudes alimentaires peut entraîner une exposition tardive aux allergènes, par exemple à certains légumes ou fruits, ce qui provoque une allergie alimentaire.

1.4. QUELLES SONT LES PLAINTES DONT SE PLAINT UNE PERSONNE SOUFFRANT D'HYPERSENSIBILITÉ ALIMENTAIRE ?

Les personnes souffrant d'hypersensibilité alimentaire peuvent présenter les symptômes suivants :

- Plaintes au niveau de la bouche, de la gorge et du nez : démangeaisons, sensation de brûlure, rougeur, épaississement, écoulement nasal.
- Affections de l'estomac et des intestins : vomissements, douleurs abdominales, crampes abdominales, diarrhée.
- Affections de la peau : taches, démangeaisons, rougeurs, bosses, eczéma.
- Affections pulmonaires : toux, respiration difficile ou sifflante, oppression thoracique.
- Troubles cardio-vasculaires : palpitations, vertiges et évanouissements.

Une allergie alimentaire se reconnaît à plusieurs types de troubles à la fois, immédiatement après l'ingestion d'un aliment. Par exemple, après avoir mangé des cacahuètes : démangeaisons (problème de peau) et difficultés respiratoires (problème de respiration). Un large éventail de symptômes est donc possible. Les symptômes peuvent être légers ou très graves (par exemple, un choc anaphylactique).

Les hypersensibilités alimentaires et les plaintes les plus courantes sont les suivantes :

Les allergies alimentaires : Les symptômes d'une allergie alimentaire varient d'un patient à l'autre. Cependant, ils apparaissent généralement dans les minutes ou les deux heures qui suivent l'ingestion de l'aliment. Chaque fois que l'aliment est consommé à nouveau, les symptômes apparaissent parce que le corps reconnaît l'aliment comme une substance nocive. Des substances sont alors libérées et provoquent les symptômes allergiques. Les symptômes pouvant survenir en cas d'allergie alimentaire ont été décrits ci-dessus.

Symptômes dus au gluten (**maladie cœliaque**) : Le gluten se trouve dans les céréales (blé, seigle, orge, épeautre, kamut) et les produits céréaliers, tels que le pain ou les pâtes. Il peut provoquer des troubles intestinaux et des diarrhées.

Intolérance au lactose : généralement, après avoir mangé ou bu des produits laitiers, vous ressentez des crampes d'estomac, de la diarrhée ou des flatulences. L'intolérance au lactose peut entraîner de nombreux symptômes, mais n'est généralement pas dangereuse.

1.5. L'HYPERSENSIBILITÉ ALIMENTAIRE PASSE-T-ELLE OU DURERA-T-ELLE TOUTE LA VIE?

L'allergie alimentaire a une évolution naturelle variable. Les allergies qui disparaissent généralement après l'enfance sont celles au lait, à l'œuf, à la farine et au soja. Les allergies qui persistent généralement sont celles aux arachides, aux noix, au poisson et aux fruits de mer.

La **Cœliaquie** persiste toute la vie, mais les symptômes sont variables.

Dans l'**intolérance au lactose**, l'origine ethnique joue un rôle important. Les Caucasiens⁷ ont la particularité de maintenir l'activité de la lactase tout au long de leur vie. Les personnes d'autres ethnies sont génétiquement programmées pour que la production de lactase diminue après la période d'allaitement.

1.6. QUELS SONT LES TESTS DE DIAGNOSTIC DISPONIBLES?

Allergie alimentaire. L'étalon-or pour le diagnostic de l'allergie alimentaire est la provocation alimentaire en double aveugle contrôlée par placebo. L'autodéclaration et la sérologie des Ig E ne sont pas fiables, les tests cutanés ne fournissent des informations que sur le degré de sensibilisation.

Cependant, le test de provocation alimentaire est un test très lourd qui nécessite 2 jours d'hospitalisation : l'aliment suspect est caché dans un nutriment que la personne peut tolérer.

⁷ Le terme "race caucasienne" est un terme anthropologique utilisé dans le passé pour désigner le type physique général (d'une partie) des populations originelles d'Europe, d'Afrique du Nord, de la Corne de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Ouest et de l'Asie du Sud.

Le premier et le plus important pilier du diagnostic est une anamnèse approfondie de la consommation alimentaire liée aux symptômes. Un journal alimentaire peut encore affiner ce point. Vous trouverez ci-dessous des questions importantes.

1. Quels sont les symptômes et combien de temps après leur apparition ?
2. Les symptômes se manifestent-ils également sans exposition à l'aliment suspect (si oui, l'allergie alimentaire est moins probable) ?
3. Lorsque l'aliment suspect est évité, les symptômes persistent-ils ou réapparaissent-ils ?
4. Le patient ou des parents au premier degré souffrent-ils d'atopie (eczéma de contact, asthme allergique, rhinoconjonctivite allergique ou allergie alimentaire) ?
5. Comment exactement l'allergie alimentaire était-elle diagnostiquée dans le pass ?

Cœliaque. Le diagnostic par le sang est possible grâce au dosage des anticorps Ig A de transglutaminase tissulaire (tTGA). Un résultat positif signifie qu'il y a 60 % de chances que le gluten soit la cause des plaintes.

L'intolérance au lactose. Est diagnostiquée par un test respiratoire au lactose. Pour ce test ambulatoire, la personne sobre doit prendre 50 g de lactose, et la quantité d'hydrogène (H₂) dans l'air expiré est prise comme mesure de la quantité de lactose qui atteint encore le côlon et y est fermentée par les bactéries en acide lactique, entre autres.

Une alternative est un test d'élimination pendant plusieurs semaines. Cependant, toutes les sources cachées de lactose doivent être évitées.

1.7. Comment traiter une question sur l'intolérance alimentaire au service de santé ?

Une anamnèse initiale à l'aide de questions prédéterminées (voir 1.6. ci-dessus) devrait vous mettre sur la piste d'une éventuelle hypersensibilité : une allergie ou une intolérance alimentaire ? Il est parfois nécessaire de rechercher des causes multiples.

Si l'anamnèse est complète et qu'une allergie semble possible, des tests complémentaires peuvent être demandés.

En fonction du résultat, une demande peut être faite pour un logement adapté où la cuisine individuelle est possible via un transfert pour raisons médicales (Data Sud).

ADDENDUM 8: Réinstallation

1. PROCESSUS D'IDENTIFICATION ET DE SÉLECTION

Dans une première phase, le HCR (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) identifiera les réfugiés qui remplissent les conditions de réinstallation. En fonction des conditions européennes et, dans un deuxième temps, des conditions belges, les réfugiés éligibles à la réinstallation en Belgique seront identifiés.

Le CGRA (Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides) se rend dans le pays où se trouve le réfugié pour mener des entretiens de sélection parmi les réfugiés sélectionnés pour la Belgique. La sélection des réfugiés se fait sur la base des critères mentionnés dans la Convention de Genève.

Le CGRA soumet ses recommandations au Secrétaire d'Etat à l'Asile et à la Migration, qui les approuve ou les rejette. Si un avis est approuvé, la personne/famille peut se rendre légalement en Belgique, avec la garantie d'être reconnue comme réfugiée en Belgique.

À leur arrivée en Belgique, les réfugiés introduisent une demande de protection internationale pro forma auprès de l'Office des étrangers. Cette étape est une "formalité" puisque leur dossier est déjà connu et qu'ils ont déjà reçu un avis positif du CGRA. Les réfugiés reçoivent leur statut de réfugié reconnu dans les plus brefs délais.

2. PROGRAMME DE RÉINSTALLATION ORGANISÉ PAR FEDASIL

Suite à l'avis positif du Secrétaire d'Etat, Fedasil organise des programmes ultérieurs pour préparer et faciliter le transfert et l'intégration en Belgique.

1. Screening médical
2. Screening social
3. BELCO et BELCO+ formation (*Belgian Cultural Orientation Training*)

Au cours de la **première phase**, une équipe médicale et une équipe de réinstallation se rendront dans le pays où résident les réfugiés afin de procéder à un examen médical et social de chaque réfugié.

Le screening social vise à obtenir une première image de la personne ou de la famille, de ses attentes et de ses vulnérabilités spécifiques par le biais d'entretiens individuels (par personne ou par famille). De cette manière, l'abri le plus approprié peut être recherché. En outre, le screening social est également l'occasion de fournir des informations initiales sur la vie en Belgique et de parler du modèle d'accueil Parrainage Communautaire.

Le screening médical, qui est effectué parallèlement au screening social, est expliqué plus en détail.

Dans un **deuxième phase**, une équipe composée de plusieurs membres du personnel chargé de la réinstallation se rendra dans le pays de résidence des réfugiés pour dispenser la formation à l'orientation culturelle belge, ou BELCO, aux réfugiés sélectionnés. Pendant la formation BELCO, les réfugiés sont immergés pendant quatre jours dans des sessions interactives portant sur une multitude d'aspects de la vie en Belgique. L'objectif est de gérer au mieux les attentes des réfugiés afin qu'ils puissent choisir en connaissance de cause leur parcours de réinstallation.

Après leur arrivée en Belgique, les *flying coaches*, accompagnateurs de réinstallation attachés aux cinq centres de réinstallation, dispensent la formation BELCO+ aux réfugiés réinstallés. Tous les réfugiés réinstallés, quel que soit leur modèle d'accueil, reçoivent cette formation. Au cours de la formation BELCO+, les informations qui ont déjà été discutées dans le cadre de BELCO sont approfondies et les personnes réinstallées ont l'occasion de partager leurs expériences personnelles en Belgique et de demander des informations ciblées.

3. TRANSFERT ET ACCUEIL EN BELGIQUE

3.1. TRANSFERT VERS LA BELGIQUE

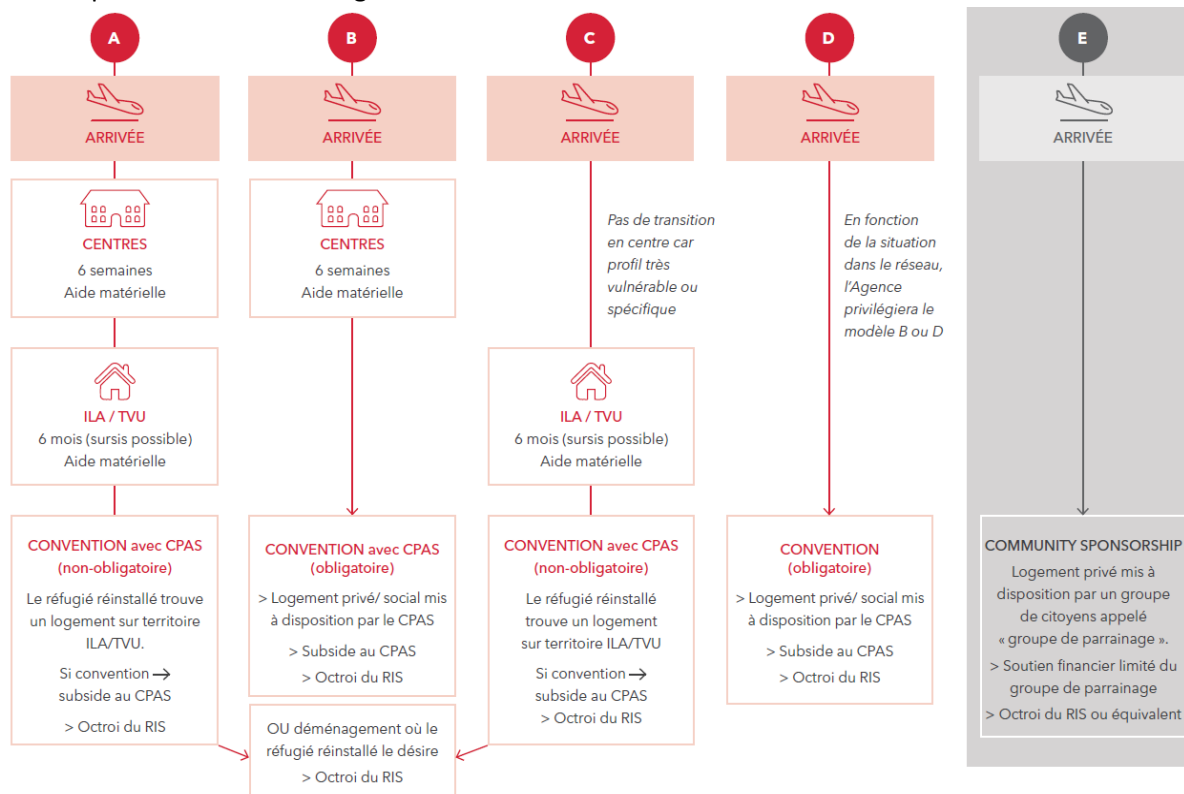
L'organisation opérationnelle du voyage est assurée par l'OIM. Avec l'aide des Affaires étrangères et des ambassades belges, elle s'occupe de la réservation des vols locaux et internationaux, de l'assistance au départ, au transit et à l'arrivée, et facilite les formalités d'immigration et de douane en coopération avec les autorités belges.

À l'arrivée à l'aéroport national belge, une délégation du programme de réinstallation est toujours présente pour les accueillir et leur fournir des explications.

3.2. ACCUEIL EN BELGIQUE

3.2.1. Diverses possibilités

Depuis 2023, il est également possible pour les ASBL ou les ONG de conclure une convention avec Fedasil pour l'accueil des réfugiés réinstallés.



4. PROGRAMME MÉDICAL DE RÉINSTALLATION

L'objectif principal du programme médical de réinstallation est de détecter les besoins médicaux des réfugiés qui ont reçu une réponse positive du Secrétaire d'Etat, d'organiser les besoins médicaux avant et pendant le transfert vers la Belgique si nécessaire et d'assurer la continuité des soins après l'arrivée en Belgique.

L'équipe médicale se compose d'une infirmière coordinatrice pour la réinstallation et d'un groupe d'infirmières ayant reçu une formation spécifique. Il existe une étroite collaboration avec la cellule internationale Fedasil.

Pour le soutien et la composante médicale opérationnelle, il y a une collaboration avec l'Organisation internationale des migrations (OIM).

4.1. TRAJET MÉDICAL

4.1.1. Screening médical

Pour chaque réfugié ayant reçu une réponse positive après l'entretien avec le CGRS, un examen médical est effectué par l'équipe médicale de Resettlement Fedasil dans le pays où réside le réfugié avant de se rendre en Belgique.

4.1.1.1. Objectif

Les principaux objectifs sont les suivants

- Détecter les problèmes médicaux susceptibles d'affecter un éventuel transfert vers la Belgique et/ou d'affecter le lieu d'accueil.
- Prévenir les retards de transfert vers la Belgique pour des raisons médicales.
- Préparation du premier dossier médical pour les services de santé des centres d'accueil ou le médecin de famille afin qu'ils puissent préparer les arrivées.
- Si la situation est médicalement complexe, informer le réfugié sur le système de santé en Belgique et vérifier si les attentes sont réalistes.

4.1.1.2. Dossier médical

L'examen médical est basé sur une liste de contrôle spécialement élaborée (► **Annexe 22** : Examen médical pour la réinstallation en Belgique) qui est établie pour chaque individu et à laquelle des rapports médicaux peuvent être ajoutés.

Sur la base des informations recueillies, il est répondu aux questions suivantes :

1. Le jour de l'examen médical, la personne est-elle en assez bonne santé pour voyager ? Si ce n'est pas le cas. Que faut-il faire pour stabiliser la personne afin qu'elle puisse voyager à la date prédéterminée ?
2. Y a-t-il des besoins spécifiques à satisfaire pendant le transfert ? (par exemple, un fauteuil roulant, une civière, une escorte médicale, etc.)

3. Le centre d'hébergement a-t-il des besoins spécifiques ? (Le cas échéant, attribuez des labels Match-It)

4.1.2. Contrôle médical avant le départ et aptitude à prendre l'avion

4.1.2.1. Screening medical avant le départ

Si, le jour de l'examen médical, la personne n'est pas considérée comme étant en assez bonne santé pour entreprendre le voyage vers la Belgique, il sera demandé à l'OIM d'organiser un examen médical supplémentaire avant le départ (PDMS). Celui-ci peut comprendre une analyse sanguine et une consultation avec un spécialiste, accompagnée d'un traitement médicamenteux.

L'OIM fournit les résultats du dépistage supplémentaire à Fedasil, qui les ajoute au dossier médical.

4.1.2.2. En forme pour le vol

La veille du départ du réfugié pour la Belgique, l'OIM effectue un dernier contrôle pour vérifier que toutes les personnes sont en assez bonne santé pour entreprendre le voyage. Ce contrôle s'effectue sur la base du document Fit To Fly (FTF).

S'il existe toujours une contre-indication au voyage, le voyage de cette personne/famille sera reporté à une date ultérieure. Dans l'intervalle, l'OIM effectuera un (nouveau) contrôle médical avant le départ.

L'OIM transmet les résultats du dépistage FTF à Fedasil, qui les ajoute au dossier médical.

4.1.3. Intake médical

Les informations médicales recueillies au cours de la mission (y compris les documents médicaux) sont communiquées au service de santé du centre auquel la personne est affectée environ trois semaines avant l'arrivée du réfugié en Belgique. Cela permet au service de santé de préparer correctement l'arrivée et de la programmer dans son agenda de consultation. Les services de santé seront informés des personnes qui doivent être vues en premier en raison d'un problème médical.

Si une personne/famille se voit attribuer un lieu d'accueil en dehors du réseau d'accueil régulier, elle recevra une enveloppe médicale à laquelle seront jointes toutes les informations médicales recueillies pour chaque personne, y compris une lettre d'accompagnement pour le médecin de famille.

Comme le demandeur régulier de protection internationale (DPI), ce groupe doit également s'inscrire au Dispatching pour un RX-thorax dans le cadre de la prévention de la tuberculose et pour le programme de vaccination organisé par le Dispatching.

L'accueil doit répondre aux normes de qualité standard, mais comme un premier examen médical a déjà été effectué, il n'est pas nécessaire de refaire l'intake dans son intégralité.

Après deux semaines, les labels donnés dans Match-It par le Dispatching sur la base des données collectées lors des examens médicaux devraient être adaptés à la situation dans le centre d'accueil. Ceci afin de permettre une affectation correcte à une initiative locale d'accueil (LOI) lors de la phase suivante.

ADDENDUM 9: Grève de la faim

1. L'ORGANISATION INTERNE

Il doit être clairement défini en interne qui assurera le suivi de l'action. Afin d'assurer une communication cohérente, les grévistes de la faim doivent savoir qui les supervise. La direction doit mettre au moins une personne à la disposition du groupe formée au conseil psychosocial et un médecin qui coordonne le suivi médical. Ils font un rapport quotidien.

Le personnel non impliqué dans l'action est informé de manière objective.

2. LES GRÉVISTES DE LA FAIM

La direction doit rappeler aux participants à la grève de la faim que les centres d'accueil ne sont pas équipés pour les grèves de la faim et qu'ils ne doivent en aucun cas perturber leur bon fonctionnement. Le cas échéant, il peut être fait référence au règlement intérieur.

La direction doit contacter activement les participants chaque jour pour évaluer la situation. Il est très important de maintenir un bon contact entre la direction et les participants. Ce contact est particulièrement important pour rassurer les résidents et pour pouvoir identifier les participants. Aucune sanction ne doit être prise sur la base de la participation à la grève de la faim.

Un contact médical doit être établi dès que possible pour les grévistes de la faim. Ce contact doit être à la disposition des participants à la grève de la faim chaque jour et coordonner la mesure des paramètres de santé (poids, tension artérielle). Un dossier médical sera établi pour chaque participant et devra être mis à la disposition de chaque médecin traitant. Les participants qui suivent un traitement médical/psychiatrique doivent être clairement informés qu'ils ne doivent en aucun cas les arrêter.

Les participants seront informés des quantités d'eau (1,5 à 2 litres par 24 heures), de citron (1 par litre et demi d'eau) et de sel (1 cuillère à café par litre et demi d'eau) dont ils ont besoin. Le centre met ces ressources à disposition.

Les membres de la permanence doivent se rendre au moins quatre fois sur le(s) lieu(x) où les grévistes de la faim passent la nuit et noter leur présence. Le personnel désigné doit tenir un registre de l'utilisation des repas dans le restaurant.

Les participants dont l'état de santé devient préoccupant doivent être envoyés aux urgences sans délai.

Toutefois, si les personnes concernées refusent d'être hospitalisées ou traitées, la procédure « Admission forcée urgente pour observation » sera activée. Dans ce cas, la personne en question risque de devenir un danger pour elle-même. Admission forcée urgente pour observation

S'il existe des soupçons ou des preuves que des mineurs participent à la grève de la faim, le Service d'aide à la jeunesse doit en être informé.

Le centre doit s'assurer qu'il est en mesure de faire face aux conséquences de l'arrêt de la grève de la faim. Lorsque la grève de la faim est terminée, seules de petites quantités d'aliments facilement digestibles doivent être ingérées. Pendant les premiers jours, il faut veiller à ce que les portions

ingérées ne dépassent pas un tiers des quantités normales. Cette quantité doit être augmentée progressivement.

3. LES TIERS

Les avocats peuvent continuer à rendre visite à leurs clients et doivent avoir la possibilité de leur parler dans une pièce calme.

Les autres visiteurs peuvent rencontrer les personnes qu'ils souhaitent voir dans la salle habituelle.

En aucun cas, une organisation ne peut être autorisée à accéder au centre sans l'autorisation préalable du directeur du centre.

3. LE SIÈGE

Le siège est, par l'intermédiaire de la cellule santé de la région et de la direction de la région, tenu informé par courrier électronique tous les jours :

- Du nombre de grévistes de la faim (avec une distinction entre ceux qui font également une grève de la soif) ;
- Le lieu de résidence ;
- La composition de leur famille ;
- La nationalité,
- Des événements importants de la journée via le "sitrep" (rapport de situation) ;
- L'évolution du nombre de grévistes de la faim ;
- Éventuelle cessation de l'action.