

VADE MECUM

**À L'USAGE DES
SOIGNANTS POUR
L'ACCOMPAGNEMENT DE
GRÉVISTES DE LA FAIM**

Octobre 2004

Nous sommes quelques médecins généralistes de première ligne à avoir pour la plupart été confrontés de but en blanc et à plusieurs reprises depuis 2003 à des grèves de la faim collectives.

Les questions médicales, éthiques, logistiques et les émotions nous ont sauté à la gorge. Nous avons rédigé ce petit fascicule en espérant vous éviter les mêmes affres.

Il est le fruit de réunions de réflexion, de concertation et de beaucoup d'enthousiasme.

Il ne s'agit pas d' « evidence base medicine » ; il reste beaucoup de questions ouvertes, prévisibles et imprévisibles.

En espérant vous être utiles.

Bonne chance et bon courage

Naïma Bouali, Eric Cazes, Annie Champion, Evelyne Dal, Baudouin Denis, Chantal Hoornaert, Françoise Martin.

Ont également participé à ce travail de synthèse, pour la Fédération des maisons médicales (FMM) :

*Bénédicte Dubois (cellule politique),
Patrick Jadoulle (conseil d'administration),
ainsi que les membres de son comité d'éthique : Monique
Boulad, Natacha Carrion Osorio, Jean-Philippe Cobbaut, Claire
de Coninck, Paul Decruyenaere, Marianne Demeulemeester,
Marie Duhaut, Michel Elias, Bernard Hanson, Axel Hoffman,
Guy Lebeer, Thierry Poucet, Nik Van Larebeke, Nathalie Zaccai-
Reyners.*

Nous remercions par ailleurs pour leur précieuse collaboration :
*Frédérique Mawet et Sylvie De Terschueren (CIRE - Coordination
et initiatives pour réfugiés et étrangers),
Evelyne Van Lancker (Croix-Rouge),
Médecins sans frontière Belgique.*

TABLE DES MATIERES

<i>I. Préambule éthique</i>	5
<i>II. Aspects médicaux d'une grève de la faim</i>	7
A) Sources d'information	7
B) Combien de temps peut durer une grève de la faim ?	8
C) Adaptation du métabolisme lors d'une grève de la faim	9
D) Symptômes cliniques lors d'une grève de la faim	10
E) Supplémentation lors d'une grève de la faim	12
F) Suivi médical d'une grève de la faim	13
G) Et après la grève de la faim...	15
H) Attitude du médecin	17
I) Matériel à prévoir à poste	18
J) Sources bibliographiques	19
<i>III. Aspects logistique</i>	20
1) Coordination logistique	20
2) Financement des soignants	21
<i>Documents de référence</i>	23
Déclaration de Tokyo de l'Association médicale mondiale	25
Déclaration de Malte de l'Association médicale mondiale sur les grévistes de la faim	26
Fiche de synthèse médicale	29
Fiche de suivi biologique	30
Fiche de suivi clinique	31
Schéma de la procédure d'asile	33
Aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal (arrêté royal 12/12/96)	34
Attestation d'aide médicale urgente	43
Adresses utiles	44

I. Préambule éthique

Ce texte est le résultat de la réflexion des soignants qui ont accompagné les grévistes de la faim, réflexion menée en collaboration avec le comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales.

Les principes fondateurs de notre démarche ont été les suivants :

- Le groupe des soignants est porteur de la parole et nous, comité d'éthique, ne pouvons pas nous substituer à ce groupe. Nous pouvons aider les soignants à formuler et à écrire les difficultés rencontrées ;
- Le comité d'éthique ne va pas donner de légitimité à l'intervention des soignants.

Au cours de notre rencontre avec les soignants ayant accompagné les grévistes de la faim, nous avons remarqué que ce qui pose question et met mal à l'aise, c'est le faisceau d'ambiguïtés et de contradictions que comporte cette situation. Nous les avons relevées pour préparer les intervenants à les affronter.

D'emblée la position du soignant est ambiguë : il vient aider quelqu'un qui se met en danger au risque d'en mourir mais qui n'a pas pour but de mourir ; quelqu'un qui ne demande pas nécessairement qu'on l'aide mais qui apprécie, au-delà d'une certaine sécurité médicale, l'impact médiatique conféré par l'intervention des soignants qu'il peut instrumentaliser au service de sa cause dans le bras de fer qui l'oppose aux autorités !

L'action des grévistes s'adresse au monde politique. Les soignants ne sont pas les acteurs de cette situation. Les souffrances, les dommages physiques sont utilisés comme monnaie d'échange et nullement adressés aux soignants.

Ces derniers se retrouvent au milieu du jeu de quille, entre deux camps opposés qui n'ont aucune demande au départ et dont les attentes, au fil des jours, s'avèreront contradictoires. Leurs interventions seront interprétées et utilisées en sens divers par les protagonistes et par les médias.

Que peut faire le soignant ?

Les soignants sont là tout d'abord pour soulager les souffrances physiques et morales. Cheminer avec le gréviste c'est aussi tenter d'éviter les séquelles (cérébrales, rénales) et l'alerter quand approche le moment où les lésions risquent de devenir irréversibles.

Soulager, écouter, informer sont les tâches quotidiennes du soignant mais dans le contexte de la grève de la faim, la portée de ces gestes familiers pose question : Cet encadrement ne risque-t-il pas de déformer l'action et d'en diminuer l'impact ? La grève de la faim devient un parcours balisé et « sécurisé » qui s'achève à l'hôpital en cas de danger.

Mais d'autre part, en maintenant les grévistes en « moins mauvais état », on leur permet de poursuivre plus longtemps les négociations...

Par ailleurs, soulager la souffrance augmente la morbidité, puisque cela permet d'aller plus loin dans la grève, dans ce qui provoque la morbidité.

La grève de la faim est par essence un mouvement collectif où l'individu se sacrifie pour atteindre l'objectif du groupe. Même s'il ne s'estompe jamais totalement, l'intérêt personnel

est mis au second plan pour le temps de la grève : la dynamique de groupe devient l'élément prépondérant dans les choix et les comportements du gréviste.

Les soignants interviennent à un niveau individuel même si dans leur action ils s'appuient parfois sur le groupe et prennent en compte les dimensions collectives. Ils travaillent sur le mode du colloque singulier : le bien-être de la personne et son libre arbitre en sont les fondements.

Les soignants réintroduisent donc de l'individuel dans une dynamique où la cohésion du groupe est essentielle. Leur intervention est la seule porte de sortie du gréviste face au groupe, les individus « utilisant » la raison médicale pour se désolidariser.

Si l'état du gréviste se détériore, respecter sa décision de poursuivre la grève crée une tension très forte pour le soignant qui est réduit à l'impuissance. La situation diffère fondamentalement d'un accompagnement de fin de vie : ici il y a quelque chose à faire pour éviter l'issue fatale. Une fin sereine est difficile à assurer dans ces circonstances.

Sur le plan politique, la situation est également inconfortable. Décider d'accompagner les grévistes revêt la plupart du temps un caractère éminemment politique et sera de toute façon généralement perçu de l'extérieur comme une reconnaissance du sens de leur action que ce soit le cas ou non.

L'intervention ne peut se justifier uniquement par des raisons humanitaires bien qu'elles soient présentes dans la motivation des soignants et qu'elles aient toute leur importance.

En effet les grévistes sont à la fois victimes et auteurs de violence : leur action, en réponse à ce qu'ils considèrent comme une violence d'état, remet violemment en question les décisions et le fonctionnement de notre propre pays : nous sommes donc concernés en temps que citoyens.

L'état de droit se caractérise par le fait que les situations de conflit devraient être résolues par la parole, la négociation et le respect des procédures. Le moyen utilisé par les grévistes ne va-t-il pas à l'encontre de ce principe ? En décidant d'accompagner les grévistes, le soignant met en question une décision de l'Etat mais surtout n'avalise-t-il pas un mode d'action qui mettrait en péril le fonctionnement de notre société s'il se répandait : on ne peut imaginer une société régie par la menace.

A contrario, il existe une certaine hypocrisie à croire que la parole est toujours possible en situation de conflit. Par loyauté à la société belge, n'avons nous pas à dénoncer et à intervenir dans les situations où l'Etat refuse à certains le droit fondamental à la parole ?

Il y a une incertitude totale et permanente qui contraste avec la force qu'il a fallu pour s'engager dans le suivi des grévistes. Au départ de l'aventure, l'engagement du soignant repose sur des certitudes fortes : certitude que ces personnes courent un risque vital si elles retournent dans leur pays, certitude qu'elles sont victimes d'une injustice ou de mesures inhumaines en Belgique, conscience de leur situation désespérée et de l'importance capitale de l'enjeu.

Très vite, le soignant est confronté au doute et à l'incertitude. Il doit faire face sans repères et sans balises à des situations inédites et confuses, très éprouvantes sur le plan émotif. Jusqu'où aller ? Sur quelle base ? Qu'est ce qui est légitime et qu'est ce qui ne l'est pas ? N'y a-t-il pas manipulation des individus, de leur action ?

Chaque intervenant auprès de grévistes de la faim devra se situer personnellement par rapport à ces problématiques. Il devra en permanence réactualiser ses positions et faire ses choix dans l'incertitude.

Travailler en équipe, prévoir des moments de coordination et de discussion semble une condition indispensable pour mener à bien ce type de prise en charge

II. Aspects médicaux d'une grève de la faim

A) Sources d'information

Une recherche Medline (mots-clefs : *hunger strike, voluntary total fasting*) montre qu'il y a très peu de données disponibles dans la littérature médicale "officielle" : sur les 20 dernières années, 7 grèves de la faim seulement ont donné lieu à des publications portant sur leur aspect médical (essentiellement des *case reports*) :

- 1 moine parti pour un jeûne de 40 jours pour des motifs religieux, avec arrêt à J36 pour raisons médicales ⁽¹⁾;
- 4 militants anti-nucléaire partis pour une grève de la faim au finish : 1 arrêt à J38 pour raisons médicales, 3 arrêts à J40 par fin de grève ⁽²⁾;
- 33 prisonniers politiques Sud-Africains hospitalisés après une grève de la faim menée jusqu'à J6 - J24 (étude rétrospective) ⁽³⁾;
- des étudiants californiens suivis pendant une grève de la faim de 15 jours ⁽⁴⁾;
- 14 enfants vietnamiens (grève familiale de boat people) hospitalisés après 5 jours de grève de la faim ⁽⁵⁾;
- 8 prisonniers brésiliens hospitalisés après une grève de la faim de 43 jours ^(6,7).

On trouve également une excellente synthèse des connaissances scientifiques à ce sujet dans l'éditorial de Michael Peel du *BMJ* d'octobre 1997 ⁽⁸⁾.

D'autres informations très utiles ont été trouvées dans la littérature "grise" (articles publiés sur des sites web ou dans des revues non répertoriées par Medline, thèses de doctorat, rapports de colloques...) : un véritable manuel de suivi médical d'une grève de la faim publié par la fondation hollandaise Johannes Wier ⁽⁹⁾, une thèse de doctorat d'un médecin suisse ayant elle-même assuré le suivi d'une grève de la faim ⁽¹⁰⁾ et une approche sociologique des grèves de la faim ⁽¹¹⁾.

En contraste avec la pauvreté de la littérature médicale sur les grèves de la faim, on trouve une abondante littérature sur le jeûne total prolongé à visée thérapeutique. La plupart des explications physiopathologiques et une bonne partie des recommandations pratiques de suivi d'une grève de la faim sont extrapolées à partir de ces données, avec la marge d'incertitude qui en découle.

Un peu d'histoire : les premières grèves de la faim connues remontent à l'époque de l'Empire romain. Le recours à la grève de la faim comme arme politique a été médiatisé en Occident par la grève de la faim des « suffragettes » (UK, début du siècle passé). Le gréviste de la faim le plus célèbre est Gandhi, qui a fait au moins 14 grèves de la faim avec une durée maximale de 21 jours. La grève de la faim la plus dramatique connue est celle des 10 prisonniers politiques irlandais de la prison de Maze (1980), tous décédés après 45 à 61 jours de grève (aucune publication...). Actuellement, la majorité des grèves de la faim se déroulent en milieu pénitentiaire.

B) Combien de temps peut durer une grève de la faim ?

Théoriquement, un adulte de 70 kg non dénutri au départ a suffisamment de réserves pour 70 à 80 jours, en comptant une consommation de 1500 à 2000 cal/j. Dans le jeûne total à visée thérapeutique, chez des patients obèses hospitalisés, des durées de plus de 100 jours ne sont pas rares.

En pratique, dans une grève de la faim, les décès surviennent beaucoup plus tôt, suite à l'apparition de complications, et sont à craindre autour du 40^e jour (la littérature décrit une fourchette de 42 à 79 jours). Les complications majeures surviennent autour d'une perte de poids de 18% et la limite de survie est atteinte pour une perte de poids de 40% ou un *body mass index* de 12 kg/m².

Tout cela bien sûr à condition d'assurer des apports liquidiens : une grève de la soif n'est tenable que quelques jours, au grand maximum une semaine.

Une grève de la faim de courte durée peut éventuellement se passer de suivi médical quotidien. C'est certainement le cas pour les "soutiens" : familles ou sympathisants des grévistes jeûnant auprès d'eux pendant un ou quelques jours.

Un suivi médical quotidien est considéré comme indispensable :

- **A partir d'une perte de poids de 10% du poids initial ;**
- **A partir de 10 jours de grève de la faim et/ou d'un BMI ≤ 16.5 kg/m² si le poids initial est inconnu.**

Comme on le verra plus loin, il est toutefois de loin préférable d'assurer le suivi médical dès le début plutôt que de débarquer en cours de grève de la faim.

C) Adaptation du métabolisme lors d'une grève de la faim ^(8, 9, 10)

Dans une 1^{ère} phase de 1 à 3 jours l'organisme épuise ses réserves de **glucose** (glycogène hépatique et musculaire).

- Cela s'accompagne d'une perte de poids importante et rapide, due principalement à une perte d'eau et de sel (natriurèse induite par le glucagon, via un effet anti-aldostérone). L'importance de cette perte de poids initiale variera donc en fonction de la supplémentation en eau et en sel.
- Parallèlement, l'organisme s'adapte en diminuant la consommation extra-cérébrale de glucose. La glycémie diminue jusqu'à 45-65 mg/dl (2.6-3.6 mmol/l) et se stabilise à ce niveau bas.

Dans une 2^{ème} phase allant jusqu'à ± 2 semaines, l'organisme met en place des mécanismes d'adaptation :

- L'énergie est obtenue par néoglucogenèse hépatique, principalement (90%) à partir des adipocytes (les **triglycérides** vont donner du glycérol pour la néoglucogenèse et des acides gras pour la cétogenèse) et accessoirement (10%) à partir des cellules musculaires¹ (néoglucogénèse à partir d'**acides aminés** comme l'alanine). A ce stade le catabolisme protéique est donc relativement préservé. La durée pendant laquelle cette adaptation est tenable dépend évidemment de l'importance des réserves graisseuses du gréviste. Les grévistes de la faim maigres au départ auront en moyenne des problèmes beaucoup plus tôt que les autres ⁽¹²⁾. A ce stade également les cellules cérébrales, qui d'ordinaire ne consomment que du glucose comme carburant, se montrent capables d'utiliser les corps cétoniques. L'insuline joue un rôle important dans cette adaptation, et un gréviste de la faim diabétique aura des problèmes plus tôt que les autres. Durant cette phase :
 - L'amaigrissement est plus lent, et consiste en une fonte des tissus gras mais aussi dans une atrophie musculaire (y compris cardiaque).
 - On trouve de l'acétone dans les urines à partir du 3^è jour de grève de la faim.
 - Le cholestérol total augmente de ± 30% et le LDL cholestérol de ± 60% ^(13,14).
- L'organisme se met en mode « épargne » :
 - La TSH diminue de 30%, la T4 ne change pas, la T3 diminue. Le métabolisme baisse de 15%.
 - Baisse du débit cardiaque, bradycardie, baisse de la TA. Il y a par ailleurs un allongement progressif du QT.

Dans une 3^{ème} phase, dite du jeûne prolongé, l'organisme va tenter de limiter le recours aux protéines en enclenchant la production de glucose par le **rein**, à partir de **glutamine**. L'excrétion urinaire d'azote diminue et celle d'ammoniaque (produit de dégradation de la glutamine) augmente. Finalement, ce mécanisme d'adaptation sera dépassé et l'énergie sera utilisée à partir de la dernière réserve, les **protéines**, entraînant un catabolisme protéique catastrophique et menant au décès, quoique des complications fatales surviennent généralement auparavant.

¹ Y compris les cellules myocardiques et les cellules de la muqueuse digestive.

D) Symptômes cliniques lors d'une grève de la faim

1^{ère} semaine

- Le gréviste se sent généralement bien, à condition d'avoir un apport hydrique suffisant.
- Amaigrissement rapide, surtout dû à une perte d'eau et de sel.
- Faim douloureuse et crampes d'estomac, s'atténuant et disparaissant généralement après quelques jours, parfois après 1 à 2 semaines.
- Les déplacements sont normaux.

10^{ème} au 30^{ème} jour

- Après la première semaine le gréviste commence à se sentir mal.
- L'amaigrissement continue, moins rapidement mais modifiant l'aspect (fonte grasseuse).
- Sensation de faiblesse et de froid, baisse de la température par diminution du métabolisme. Ces sensations génèrent souvent une anxiété importante.
- Diminution de la force musculaire.
- Hypotension orthostatique (chutes) et bradycardie, avec vertiges et céphalées.
- Douleurs musculaires dues à la réduction de l'activité physique.
- Difficultés à lire (perte de concentration), souvent très gênantes pour le gréviste.
- Constipation, douleurs abdominales, hoquet.
- Diminution des déplacements (fatigue croissante, douleurs musculaires).
- Diminution de la communication : progressivement, parler devient très fatiguant jusqu'à se borner à murmurer de courtes phrases.
- Insomnies.
- Tristesse.

Après 3 semaines la situation peut s'être dégradée et l'épuisement devenu tel qu'un nursing intensif sur place (l'alternative de la poursuite de la grève de la faim en hôpital est en général impraticable car refusée par les médecins hospitaliers).

Après le 1^{er} mois

- Le gréviste va se sentir maintenant franchement malade.
- L'amaigrissement atteint 20%.
- Perte de la sensation de faim et de soif (=> risque de déshydratation).
- Grabataire et apathique, il ne se déplace plus.
- Peau sèche et squameuse.
- Nausées et vomissements.
- Respiration lente et superficielle, par petits coups.
- Importante baisse de la concentration, mais sans encore de déficit cognitif ni de confusion.
- Labilité émotionnelle.
- Difficultés d'élocution et de communication.
- Baisse de l'audition.
- Baisse de l'acuité visuelle.

C'est la période où surviennent habituellement les **complications**, quoiqu'elles puissent survenir bien plus tôt si les antécédents sont méconnus ou si l'état de santé était déjà précaire avant le début de la grève de la faim :

- Insuffisance rénale.
- Colique néphrétique ou infection urinaire sur lithiase.
- Bronchopneumonie (parfois sans fièvre ni dyspnée => piège diagnostique).
- Ictère.
- Hémorragie digestive.
- Encéphalopathie de Wernicke : nystagmus, diplopie et strabisme interne (ophtalmoplégie), ataxie, confusion.
- Troubles du rythme, torsades de pointe (hypokaliémie, QT long).
- Décompensation cardiaque (choc hypovolémique et/ou cardiogénique)

Phase terminale

Confusion majeure et importants changements de l'humeur (parfois euphorie), puis coma avec respiration de Cheyne-Stokes et décès.

A ce stade tout évolue très vite, le plus souvent en quelques heures. Il ne faut pas penser qu'on aura encore le temps à ce moment-là de mener des négociations sur des décisions importantes à prendre ou à reconsidérer. La décision de ne pas intervenir ou d'hospitaliser devrait idéalement déjà avoir été prise auparavant, même s'il faut insister ici sur la difficulté à faire préciser à l'avance par le gréviste sa décision d'intervention ou de non-intervention².

Un transport en ambulance doit avoir été prévu à l'avance et l'équipe de soins intensifs doit avoir été prévenue et être déjà disponible. D'où l'importance de nouer à l'avance des contacts privilégiés avec l'un ou l'autre hôpital afin d'« assurer ses arrières » pour cette éventualité. L'expérience montre néanmoins que cela n'est pas toujours aisé...

N.B. Parmi tous les symptômes qui vont se présenter, celui qui semble poser le plus souvent problème au médecin est la douleur épigastrique, extrêmement fréquente : il n'est pas évident de savoir s'il s'agit de la faim douloureuse habituelle en début de grève ou de signes d'ulcère digestif, avec un risque hémorragique à la clef. C'est tout particulièrement vrai en cas d'antécédent d'ulcère, qui peut être méconnu. Face à cette difficulté, certains préconisent l'administration systématique d'**Oméprazole**, à titre préventif, chez tout gréviste présentant des douleurs épigastriques, bien que cette procédure n'ait pas été évaluée.

² Certains préconisent de faire signer par les grévistes de la faim un document de déclaration d'intention par rapport au risque vital de leur initiative. Cela ne nous paraît pas opportun car :

- cela relève d'une éthique fondée sur l'autonomie des individus, et donc très occidentale dans son inspiration ;
- cela risque d'induire un mécanisme de désolidarisation par rapport à la collectivité porteuse du mouvement.

En outre les revirements ne sont pas rares, suite à la dégradation de l'état physique, la pression des médias, des politiques,... Et fondamentalement il s'agit souvent d'une volonté de risquer sa vie pour mieux vivre, ce qui ne cadre donc pas tellement avec une déclaration d'intention assez radicale.

E) Supplémentation lors d'une grève de la faim

L'essentiel est un apport d'eau : 1,5 à 2 L par jour. L'aspect capital de cet apport n'est pas toujours bien compris des grévistes : il faut le dire et le redire souvent, car ils auront tendance à ne pas boire suffisamment. Il faut savoir que la sensation de soif s'atténue voire disparaît au fil de la grève et qu'il sera de plus en plus difficile de respecter cette quantité : l'éventualité d'une perfusion ou d'une micro-sonde en cas d'incapacité à boire suffisamment doit être discutée dès le départ avec le gréviste.

Il est important également d'assurer un apport de NaCl : 1.5 g par jour (1/2 c.à.thé³), à diluer dans l'eau. Un apport plus élevé peut entraîner une hypokaliémie.

La supplémentation en sucre, souvent proposée pour éviter le catabolisme protéique et pour améliorer le confort des grévistes, est très controversée et même proscrite par la plupart des auteurs :

- L'apport de glucose sans autre source énergétique augmente considérablement la consommation de vitamine B1 dont l'organisme n'a pas de réserves, ce qui accroît le risque d'encéphalopathie de Wernicke.
- L'apport de sucre retarde l'adaptation du métabolisme par céto-genèse et prolonge la sensation de faim douloureuse et l'inconfort du gréviste (l'apparition de corps cétoniques dans l'organisme - et donc dans les urines - coïncide avec l'atténuation de la sensation de faim)

En plus de ces arguments médicaux, un apport énergétique par glucose implique qu'il ne s'agit plus d'une grève de la faim au sens strict et peut desservir l'impact de la grève.

Dans la pratique pourtant, la "grève au thé sucré" popularisée par les grévistes kurdes s'avère souvent incontournable et les arguments médicaux ne font pas le poids à côté des impératifs culturels des grévistes : boire du thé sucré est tellement inscrit dans leur vie culturelle que cela n'a plus la signification de "manger" et n'équivaut plus à une rupture du jeûne (alors qu'ils pourront considérer comme telle la prise de vitamines) ; de plus, la préparation et la consommation de thé sucré est un acte convivial important qu'il n'est souvent pas question de remettre en cause.

Certains préfèrent compléter avec une solution ORS (cher !) ou des jus de fruits, d'autres préconisent l'apport quotidien de complexes multivitaminés et d'oligoéléments mais il n'existe aucune preuve de l'utilité de ces procédures.

De façon plus pertinente, certains préconisent l'apport quotidien de vitamine B1 (thiamine) (Benerva ®) en prévention de l'encéphalopathie de Wernicke mais cette procédure n'a pas été évaluée et il s'agit peut-être là d'une fausse sécurité.

³ Attention : les petites cuillères à thé ne sont pas standardisées ! 1.5 g NaCl = 1 ml => utiliser des tubes gradués au marqueur à 1 cc. Les mesurette de pharmacie ne sont pas adaptées : 1.5 g de NaCl = 1 mesurette de 2.5 cc remplie à 40 %, ce qui est impraticable à visualiser vu la courbure. Une autre idée est d'utiliser les sachets de sel à usage individuel utilisés en restauration, qui seraient conditionnés exactement à 1 g NaCl.

F) Suivi médical d'une grève de la faim

Il faut souligner l'importance pour le médecin d'assurer le suivi dès le début de la grève et d'éviter de prendre le train en marche.

Constitution du dossier au départ

- Antécédents médicaux : ils ne sont pas toujours faciles à savoir, les grévistes sachant qu'ils peuvent éventuellement faire obstacle pour le médecin à son « autorisation » de la grève de la faim.
- Antécédents de grève de la faim et comment elle s'est passée.
- Médicaments chroniques.
- Etat général, Poids - Taille (BMI).
- Problèmes psychiatriques : point important pour l'évaluation du degré de responsabilité du gréviste dans sa décision éventuelle de refus d'alimentation artificielle, d'hospitalisation et de réanimation. En cas de troubles psychiatriques, certains préconisent au moins deux avis de médecins indépendants ou un avis spécialisé (psychiatre).
- Identification des personnes à risque : diabète, pathologie cardio-vasculaire, insuffisance rénale, ulcère gastro-duodéal, hépatite, infection chronique, épilepsie, grossesse et toute maladie nécessitant la prise régulière de médicaments. L'existence d'un de ces facteurs de risque doit faire discuter avec le gréviste l'éventualité d'une contre-indication de la grève de la faim, au vu du risque de déstabilisation de la maladie et du risque de survenue prématurée de complications.
- Examen clinique de base.
- Biologie standard de départ (hémato, VS ou CRP, urée-créatinine, transaminases, glycémie, acide urique, lipides, TSH, réactifs urinaires et sédiment). L'accord pour cette biologie et les prélèvements ultérieurs doit être négocié avec le gréviste.
- Inform Consent : explication détaillée, objective et neutre des symptômes qui vont se présenter et des risques encourus, des examens biologiques qui seront effectués. Une explication en séance collective en début de grève est en général peu productive. Il est préférable de fournir ces explications individuellement à chaque gréviste en leur distribuant par ailleurs un document traduit dans leur langue d'origine, sur base duquel des questions-réponses s'ajouteront les jours suivants.
- Statement of non-intervention : autorisation écrite ou refus écrit d'alimentation artificielle, d'hospitalisation et de réanimation en cas de coma ou de confusion. Il y a un débat éthique et une controverse sur la valeur de ce document. Il ne doit de toute façon jamais être considéré comme définitif et devra être réévalué régulièrement au fil de la grève⁴.

Suivi clinique quotidien

- Poids.
- Tension artérielle, fréquence cardiaque.
- Température axillaire.
- Mesure de l'apport liquidien et sa composition.
- Examen clinique orienté en fonction des plaintes, symptômes et en fonction des complications possibles. Recherche systématique des symptômes de déshydratation.

⁴ Voir note de bas de page n°1 en page 12.

Certains préconisent également un examen quotidien des urines (tigettes) voire même un suivi quotidien de la diurèse de 24h (!) mais il semble que cela apporte davantage de contraintes que d'informations utiles.

Suivi biologique hebdomadaire

- Hémato
- Glycémie
- Créatinine
- Albumine
- Iono (Na, K)
- Osmolalité urinaire (pouvoir de concentration), Diurèse de 24 h (rarement réalisable en pratique) et éventuellement Natriurie de 24h

Il est recommandé d'avoir prévu la collaboration d'un spécialiste pour les problèmes d'interprétation des résultats.

Bien que l'allongement du QT soit systématique, aucun article ne parle de la nécessité d'un suivi ECG systématique.

Certains préconisent un dosage TSH-T4-T3 à un stade avancé de la grève.

G) Et après la grève de la faim...

Le suivi médical ne s'arrête pas avec la grève de la faim. L'ex-gréviste entre dans une période de convalescence dont la durée dépendra de la durée de la grève : quelques jours pour une grève d'une semaine, quelques mois pour une grève de plus longue durée (on doit compter 3 mois pour une durée de grève de plus de 3 semaines). On ne se remet pas facilement ni rapidement d'une grève de la faim.

A la fin de la grève, le gréviste « disparaît » le plus souvent de la circulation, rendant impraticable un suivi par le médecin qui l'a accompagné pendant la grève. D'où l'importance d'avoir identifié dès le départ le médecin traitant éventuel et de lui adresser un document reprenant les informations suivantes.

Deux problèmes se présentent fréquemment :

1. Le Refeeding Syndrome

Ce problème survient sur une réalimentation trop rapide ou mal équilibrée, surtout après une grève de la faim de plus de 3 semaines. **Il est potentiellement léthal.**

- L'ingestion massive d'hydrates de carbone peut causer, à l'inverse de la natriurèse constatée en début de grève, une rétention d'eau et de Na avec gain de poids anormal, apparition d'œdèmes et possibilité d'une décompensation cardiaque aiguë (OAP).
- Il y a un risque d'hypokaliémie et de troubles du rythme associés (fuite intracellulaire du K sur riposte insulinaire à l'apport massif de glucose).
- Il y a un risque de torsades de pointes sur allongement du QT. Le QT est le paramètre qui met le plus de temps à se normaliser après un jeûne prolongé.
- Un apport massif de glucose peut précipiter une encéphalopathie de Wernicke chez un sujet déjà carencé en thiamine par un jeûne prolongé.
- Il y a un risque de chute importante de Mg et de P (traduction clinique incertaine)
- La dégradation protéique des cellules de la muqueuse digestive durant le jeûne entraîne des modifications tissulaires sources d'hyposécrétion et d'hypoabsorption, avec très fréquemment des douleurs abdominales et de la diarrhée lors d'une réalimentation non progressive.

Pour prévenir ce syndrome :

- Limiter les premiers jours la quantité alimentaire à **1/3 de la normale** (1000 cal maximum) et ensuite l'augmenter **progressivement en 8 jours**, en **fractionnant** les collations.
- Commencer par une alimentation semi-liquide et pauvre en hydrates de carbone et en protéines (erreur fréquente : le lait) : on recommande le **bouillon de légumes**. Réintroduction progressive des autres aliments à partir de J2 jusqu'au retour à une alimentation normale à J9.

- Suivi journalier durant une semaine du poids, de la TA et du pouls et dosage de K, Mg, P. Suivi hebdomadaire ensuite.

2. Les troubles psychologiques et psychiatriques

Une labilité émotionnelle est systématique et de longue durée.

Un syndrome dépressif, ou une aggravation d'une dépression souvent préexistante, est fréquent (75% en cas de grève de longue durée).

Un tableau apparenté au syndrome de stress post-traumatique est fréquent également.

H) Attitude du médecin

Il est très important que le médecin garde toujours à l'esprit que la présence médicale est offerte et non imposée aux grévistes de la faim. Il s'agit d'offrir aux participants un appui et non pas une médicalisation forcée. Le médecin doit clairement proposer son assistance en laissant aux grévistes la liberté d'y faire appel ou non. Il doit leur garantir une confidentialité totale, et son indépendance tant vis-à-vis des autorités que du comité de grève. De même, il doit laisser les participants libres de consulter un autre médecin s'ils le désirent. L'attitude médicale doit être définie avec les grévistes en ce qui concerne la fréquence des visites, l'acceptation ou non des analyses de sang et d'urine, la prise de médicaments ou de vitamines.

Si un gréviste persiste à refuser toute nourriture malgré la présence de facteurs de risque (maladie préexistante) ou à un stade du jeûne mettant sa vie en danger, le médecin ne peut prendre seul l'entière responsabilité du suivi et des décisions qui s'imposeraient (réalimentation forcée ou abstention). Un **Comité de Suivi**, bien distinct du comité de grève et composé de professionnels d'horizons divers doit être rapidement constitué afin de pouvoir gérer les différentes questions médicales, éthiques voire juridiques qui peuvent se présenter. Un tel comité permet également de définir l'attitude à adopter en cas de pression exercée par une quelconque autorité (politique, policière, comité de grève, propriétaires des locaux,...).

Il est important de savoir très rapidement combien de personnes sont impliquées dans le mouvement de grève afin d'organiser le suivi médical. Celui-ci dépendra du nombre de participants au jeûne (différencier clairement "grévistes" et "soutiens") et sera moins lourd si le groupe est organisé, s'il a un porte parole et un leader qui ait l'autorité de réunir les participants pour une visite médicale. Le médecin évaluera aussi si les participants agissent de leur plein gré ou s'ils suivent des consignes d'un comité ou d'une personne particulière (le rôle du leader ou du porte-parole est à cet égard parfois ambigu et doit être examiné de façon critique).

Un point particulièrement délicat est celui des relations des médecins avec les médias (interviews, communiqués de presse sur l'état de santé des grévistes, tournage lors du suivi médical...). En pratique les médecins qui se proposent pour suivre les grévistes sont en général des sympathisants de leur cause, voire des militants. Ils pourraient donc être amenés, en toute bonne foi et pour les besoins de la cause, à appuyer le mouvement de grève en multipliant les communiqués alarmistes. Indépendamment de la question éthique et déontologique que cela pose, cela peut être une erreur stratégique : certains préconisent de refuser de faire des bulletins de santé systématiques et réguliers, et se réservent le droit de contacter directement les autorités ou/et de faire un communiqué de presse pour "tirer la sonnette d'alarme" le jour où cela s'imposera. Ils estiment que cette attitude sera beaucoup plus crédible et aura finalement beaucoup plus de poids. D'autres pensent qu'il vaut mieux que les soignants évitent toute déclaration, que ce soit par communiqué de presse ou autre moyen, et laisser ce rôle aux associations qui coordonnent l'organisation des soins (Croix-Rouge, Protection civile,...). En cas d'interview « inévitable » (reportage télévisé notamment), le soignant se gardera évidemment de toute déclaration relative à des cas individuels, eu égard à l'obligation du respect du secret professionnel, et se limitera à des propos d'ordre général relatifs par exemple à l'organisation de son travail et aux difficultés qu'il rencontre.

I) Matériel à prévoir à poste

- Cartons à afficher au dessus du lit de chaque gréviste, avec son N° et sa date de début de grève de la faim.
- Dossiers médicaux, avec tableaux journaliers adaptés.
- Cahier de communication pour les divers soignants.
- Valise ou local fermant à clef pour les dossiers et le matériel (savoir où est la clef !)
- Balance.
- Calculatrice.
- Thermomètres.
- Tensiomètre et Stéthoscope.
- Etiquettes autocollantes.
- Stock de matériel pour prises de sang, garrot, demandes d'analyse⁵.
- Flacons gradués pour diurèse de 24h (*souvent impraticable*).
- Packs de bouteilles 1.5 L d'eau (éviter les marques trop salées comme Vichy...).
- Un paquet de sel de cuisine ou, mieux, des sachets de sel de 1g (restauration).
- Un paravent s'il n'y a pas de local séparé.
- Panneau d'affichage pour les n° de téléphone des médecins et infirmiers, de l'hôpital de référence, pour le rôle de garde de la grève⁶ et les coordonnées du médecin coordinateur, pour les n° de téléphone des interprètes et leur rôle de garde.
- Un GSM opérationnel.
- Un Fax est utile pour la rapidité de réception des résultats de laboratoire et pour éviter la dispersion des protocoles chez les différents médecins prescripteurs.
- Désinfectant, compresses, sparadrap, bandes élastiques, pansements individuels.
- Matériel d'hygiène : savons, brosses à dent, dentifrices, shampoings, rasoirs, produit de nettoyage pour WC, papier WC, rouleaux d'essuie-tout...
- A partir de J 15 : poches de sérum physiologique, trousse à perfusion, sondes gastriques ou microsondes, pannes et urinals, flapsules de KCl, statif ou porte-manteau, ampoules IM de Sopolamin 3B® ou Neurobion®⁷.
- Formulaire *Inform Consent* dans la langue appropriée.
- Feuilles de régime de réalimentation.
- Tigettes urinaires, pots à urine, papier absorbant, pailles ou pipettes (*controversé*).
- Paquets de sucre en morceaux (*très controversé*).
- Boîtes de polyvitamines et de Benerva (*controversé*).
- Boîtes d'Oméprazole (*controversé*).

⁵ Prévoir un arrangement avec le CPAS ou directement avec un laboratoire pour la prise en charge financière des examens. Un labo de référence est de toute façon nécessaire, avec des biologistes prévenus et d'accord d'aider en cas de difficulté d'interprétation des résultats. Prévoir un acheminement rapide et non agité (pavés !) des tubes au labo, pour ne pas masquer une hypokaliémie par hémolyse.

⁶ Il est déconseillé de renvoyer pour la nuit et le WE au système de garde "tout venant"

⁷ D'après le Répertoire commenté des médicaments du CBIP (p.304) des préparations contenant uniquement de la thiamine et administrables en IV existent sous forme de "médicament préfabriqué" à usage parentéral (disponible en pharmacie hospitalière ?)

J) Sources bibliographiques

1. Kerndt PR et al., "Fasting : the history, pathophysiology and complications", *West J Med* 1982 ;137 :379-99.
2. Frommel D, Gautier M, Questiaux E, Schwarzenberg L., "Voluntary total fasting : a challenge for the medical community", *Lancet* 1984 ;1 :1451-2.
3. Kalk WJ et al., "Voluntary total fasting in political prisoners : clinical and biochemical observations", *S Afr Med J* 1993 ;83 :391-4.
4. Dixon WC, "Hunger strikes : preventing harm to students", *J Am Coll Health*. 1999 ;48 :51-4.
5. Mok A, Nelson EA, "Children on hunger strike : child abuse or legitimate protest ?", *BMJ* 1996 ;312 :501-2.
6. Faintuch J et al., "Changes in body fluid and energy compartments during prolonged hunger strike", *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*. 2000 ;55 :47-54.
7. Faintuch J et al., "Refeeding procedures after 43 days of total fasting", *Nutrition* 2001 ;17 :100-4.
8. Peel M, „Hunger strikes“, *BMJ* 1997 ;315 :829-30.
9. Johannes Weir Foundation for Health and Human Rights, *Assistance in hunger strikes : a manual for physicians and other health personnel dealing with hunger strikes*, Amersfoort : JWFHHR, 1995. La version néerlandaise, mise à jour en 2000, est téléchargeable (www.johannes-wier.nl, rubrique "publicaties").
10. Deshusses-Epelly F, *Suivi médical de 55 grévistes de la faim : enseignements et recommandations*. Thèse n° Méd.10162, Faculté de médecine de l'Université de Genève, 2000.
11. Siméant J, *La violence d'un répertoire : les sans-papiers en grève de la faim*, Cultures et Conflits, janvier 2004.
12. Scobie IN, "Weight loss will be much faster in lean than in obese hunger strikes", *BMJ* 1998 ;316 :707.
13. Savendahl L, "Underwood LE. Fasting increases serum total Cholesterol, LDL Cholesterol and Apolipoprotein B in healthy, non obese humans", *Journal of Nutrition* 1999 ;129 :2005-8.
14. Fainaru M, Schafer Z, "Effect of prolonged fasting on plasma lipids, lipoproteins and apolipoprotein B in 12 physicians participating in a hunger strike : an observational study", *Isr Med Assoc J* 2000 ;2 :215-9.
15. Carlson MG, Snead WL, Campbell PJ, "Fuel and energy metabolism in fasting humans", *Am J Clin Nutr* 1994 ;60 :29-36.
16. Collins S, "The limit of human adaptation to starvation", *Nature* 1995 ;1-8 :810-814.
17. Maj. William J Phillips, MC USA, "Starvation and survival : some military considerations", *Mil Med* 1994 ;159 :513-516.
18. Silove D, Curtis J, Mason C, Becker R, "Ethical considerations in the management of asylum seekers on hunger strike", *JAMA* 1996 ;276-5 :410-415.
19. Dönderici O, Temizhan A, Küçükbas T, Eskioglu E, "Effect of Ramadan on peptic ulcer complications", *Scand J Gastroenterol* 1994 ;29 :603-606.

Ces articles sont disponibles à la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (FMMCSF), boulevard du Midi 25 Bte 5, 1000 Bruxelles.

Tel : + 32 (0)2-514 40 14 - Fax : + 32 (0)2-514 40 04 - Courriel : fmmcsf@fmm.be.

III. Aspects logistique

1) Coordination logistique

Une structuration officielle est souvent difficile vu la fréquente pléthore de bonnes volontés qui vont dans tous les sens et la volonté des comités de soutien de parfois tout prendre en charge. Et d'ailleurs la plupart du temps, quand les soignants arrivent, rien n'est très organisé !

Un argument à mettre en avant pour pousser les pouvoirs publics à s'impliquer en vue d'une meilleure structuration logistique est le coût collectif majoré de ces grèves de la faim en cas d'insuffisance de prise en charge médicale de base, les hospitalisations étant alors plus rapides et plus nombreuses, et pas toujours justifiées.

Pour les aider en terme de coordination logistique, les soignants confrontés à une grève de la faim peuvent néanmoins théoriquement compter sur les deux associations suivantes.

A) La Croix-Rouge

Elle ne peut pas intervenir de sa propre initiative mais doit être sollicitée soit par un pouvoir public soit par un demandeur « privé » concerné par la situation de grève de la faim en l'occurrence (autorité académique, fabrique d'église,...) et qui devra alors financer cette intervention, d'où des réticences compréhensibles.

Dans l'urgence, ils sont compétents pour mettre en place une série de procédures et de services comme par exemple :

- apport en matériel de base : lits, couvertures, jeux pour enfants,... mais pas les médicaments ;
- premiers soins de type secourisme ;
- analyse de la situation en vue de préciser les besoins, de faire l'inventaire des ressources médicales disponibles (médecins généralistes, infirmières,...) et d'organiser un planning de leurs passages ;
- coordination générale des différents intervenants.

En général l'option de la Croix-Rouge sera d'être présente juste ce qu'il faut sans assurer une permanence 24h sur 24 car l'expérience montre que l'offre crée la demande.

Si une situation de grève de la faim a tendance à se prolonger, il n'est pas toujours évident pour la Croix-Rouge de rester car ils fonctionnent notamment avec des bénévoles et le coût pour l'organisme demandeur peut devenir lourd.

Par ailleurs ce n'est malheureusement pas dans les missions de la Croix-Rouge de s'occuper de l'aspect social (une assistante sociale serait très utile : mise en ordre mutuelle...).

B) Le CIRE (Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers)

Cet organisme peut aider à évaluer où les personnes en sont, quelles sont leurs demandes. Si le mouvement de grève de la faim est encadré par un comité de soutien, le CIRE peut soit se retirer si telle est leur demande ou si les grévistes ont des revendications avec lesquelles le CIRE n'est pas d'accord, soit négocier un cadre avec ce comité en valorisant les ressources existantes en son sein. Le CIRE peut également faire appel à différentes associations ou personnes pour les aider (entre autre des structures sociales et des interprètes).

2) Financement des soignants

Le paiement des prestations réalisées par les soignants auprès de grévistes de la faim est souvent compliqué à obtenir lorsque ces personnes ne sont pas inscrites auprès d'une mutuelle, ce qui est souvent le cas.

Lorsque la personne est demandeuse d'asile, il faut essayer de savoir où elle se situe dans la procédure d'asile (voir schéma de synthèse en annexe).

Si l'intéressé se trouve hors procédure d'asile, il y a lieu de le considérer comme « illégal » et tenter alors de faire appliquer la procédure dite de l' « aide médicale urgente » (voir annexe).

Par contre si l'intéressé est « quelque part » dans la procédure de demande d'asile, c'est un centre d'accueil ou un CPAS qui lui a été désigné qui doit prendre en charge les frais médicaux.

Pour connaître cette information il y a lieu de contacter le dispatching de l'Office des étrangers en téléphonant au 02/205 54 37.

Les factures médicales seront à envoyer à la structure désignée par ce dernier.

Dans tous les échanges de courrier et de téléphone concernant ce demandeur d'asile, il est important de toujours mentionner la date de naissance et le n° SP (inscrit sur les documents remis à l'Office des étrangers au demandeur d'asile).

Documents de référence

Déclaration de Tokyo de l'Association médicale mondiale

Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement.

Adoptée par la 29^e Assemblée médicale mondiale - Tokyo (Japon), Octobre 1975

Préambule

Le médecin a le privilège d'exercer son art pour servir l'humanité. Il doit conserver et rétablir la santé physique et mentale pour tous, sans discrimination, consoler et soulager ses patients. Le médecin doit garder le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace et ne fera pas usage de ses connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Au sens de la première déclaration, la torture peut être définie comme les souffrances physiques ou mentales infligées à un certain degré, délibérément, systématiquement ou sans motif apparent, par une ou plusieurs personnes agissant de leur propre chef ou sous l'ordre d'une autorité pour obtenir par la force des informations, une confession ou une coopération de la victime, ou pour toute autre raison.

Déclaration

1. Le médecin ne devra jamais assister, participer ou admettre les actes de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants, quels que soient la faute commise, l'accusation, les croyances ou motifs de la victime, dans toutes situations, ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé.
2. Le médecin ne devra jamais fournir les locaux, instruments, substances, ou faire état de ses connaissances pour faciliter l'emploi de la torture ou autre procédé cruel, inhumain ou dégradant ou affaiblir la résistance de la victime à ces traitements.
3. Le médecin ne devra jamais être présent lorsque le détenu est menacé ou soumis à la torture ou à tout autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant.
4. Le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale. Le rôle fondamental du médecin est de soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif.
- 5. Lorsqu'un prisonnier refuse toute nourriture et que le médecin estime que celui-ci est en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait son refus de se nourrir, il ne devra pas être alimenté artificiellement. La décision en ce qui concerne la capacité du prisonnier à exprimer un tel jugement devra être confirmée par au moins un deuxième médecin indépendant. Le médecin devra expliquer au prisonnier les conséquences que sa décision de ne pas se nourrir pourraient avoir sur sa santé.**
6. L'Association médicale mondiale appuiera et devra inciter la communauté internationale, les associations nationales membres et tous les médecins à soutenir le médecin et sa famille qui feraient l'objet de représailles ou menaces pour avoir refusé d'accepter que des moyens de torture ou autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants soient employés.

Déclaration de Malte de l'Association médicale mondiale sur les grévistes de la faim

Adoptée par la 43^e Assemblée médicale mondiale, Malte, Novembre 1991 et révisée par la 44^e Assemblée médicale mondiale, Marbella (Espagne), Novembre 1992

Préambule

1. Le traitement des grévistes de la faim met le médecin en présence des valeurs conflictuelles suivantes :
 - 1.1. Tout être humain a l'obligation morale de respecter le caractère sacré de la vie, et cela va de soi pour le médecin en particulier qui met tout son savoir-faire à sauver les vies humaines et qui sert son patient au mieux de ses intérêts (Bienfaisance).
 - 1.2. Il est du devoir du médecin de respecter l'autonomie du patient. Aussi, avant de pouvoir assister le patient de sa compétence professionnelle, le médecin devra-t-il avoir son consentement éclairé, à moins d'une urgence imprévue, auquel cas il se devra d'agir dans ce qu'il présume être le meilleur intérêt du patient.
2. La situation devient conflictuelle lorsque le gréviste de la faim tombé dans le coma est sur le point de mourir et qu'il a clairement donné l'ordre de ne pas procéder à la réanimation. Or, si le médecin, par obligation morale, éprouve d'un côté la nécessité de procéder à la réanimation en dépit du souhait exprimé par le patient, il se trouve d'un autre côté vivement engagé à respecter son autonomie.
 - 2.1. Le fait de se prononcer en faveur d'une intervention peut dans certains cas porter atteinte à l'autonomie du patient.
 - 2.2. Le fait de se prononcer en faveur d'une non-intervention peut entraîner le médecin à devoir faire face à une mort tragique inévitable.
3. Il y a une relation médecin/malade chaque fois que le médecin est tenu, en vertu de ses obligations vis-à-vis du patient, d'exercer que ce soit sous la forme de conseil ou de soins. Cette relation existe même lorsque le patient n'a pas été à même de donner son accord en ce qui concerne le traitement ou l'intervention.

Le fait qu'un médecin prenne en charge un gréviste de la faim établit entre eux un rapport de médecin à patient. Ceci entraîne pour le médecin toutes les conséquences et responsabilités qui relèvent de la relation médecin/malade, y compris le consentement et le secret.
4. En dernière analyse, c'est le médecin traitant qui, sans l'intervention de tiers dont l'intérêt primordial n'est pas le bien-être du patient, doit décider de l'intervention ou de la non-intervention. Toutefois, il devra clairement informer le patient qu'il accepte ou qu'il n'accepte pas sa décision de refuser le traitement ou, en cas de coma, l'alimentation artificielle, au risque alors de succomber. Si ce médecin ne peut accepter la décision du patient de refuser toute assistance, le patient doit alors pouvoir s'adresser à un autre médecin.

Directives pour le traitement des grévistes de la faim

Etant donné que les médecins considèrent le principe sacré de la vie comme fondamental à l'exercice de leur profession, nous recommandons les directives suivantes aux médecins traitant les grévistes de la faim.

1. Définition

Un gréviste de la faim est celui qui, en pleine possession de ses capacités mentales, fait connaître sa décision d'entamer une grève de la faim, et qui, pendant un laps de temps considérable, refuse toute alimentation.

2. Lignes de conduite éthique

2.1. Le médecin devra, dans la mesure du possible, posséder un dossier détaillé du patient.

2.2. Le médecin devra, dès le début de la grève soumettre son patient à un examen de santé approfondi.

2.3. Le médecin ou tout autre professionnel de santé ne devra exercer de pression d'aucune sorte sur le gréviste de la faim pour l'amener à suspendre la grève. Et la cessation de la grève ne saurait constituer pour le gréviste une condition pour recevoir un traitement ou des soins.

2.4. Le médecin devra informer le gréviste de la faim des effets cliniques de la grève et des dangers inhérents à son état de santé, puisque seule une bonne information peut aider le patient à prendre une sage décision. Il sera fait appel, si nécessaire, aux services d'un interprète.

2.5. Le gréviste de la faim doit pouvoir, si tel est son souhait, consulter un autre médecin. Il doit également pouvoir, si tel est alors son choix, poursuivre son traitement avec cet autre médecin. Dans le cas du prisonnier engagé dans une grève de la faim, il suffira de consulter le médecin traitant de la prison et de s'entendre avec lui pour rendre ce choix possible.

2.6. Souvent, le gréviste de la faim accepte le traitement d'une infection ou encore d'augmenter sa ration d'aliment liquide (voire même des intraveineuses de solution saline). Mais le fait de refuser ces interventions ne doit pas empêcher le médecin de proposer d'autres soins. Néanmoins, tout traitement doit recevoir l'accord du patient.

3. Clair énoncé des instructions

Le médecin devra journalièrement vérifier la volonté du patient de continuer ou pas la grève de la faim. Il devra journalièrement aussi s'assurer du traitement souhaité par le patient dans le cas où il deviendrait incapable de prendre une décision. Ces informations inscrites au dossier personnel du médecin, devront rester confidentielles.

4. Alimentation artificielle

Lorsqu'un gréviste de la faim a perdu sa lucidité et ne peut donc prendre une décision raisonnée ou est tombé dans le coma, le médecin est libre de prendre la décision concernant le traitement ultérieur qu'il considère être le meilleur pour le patient. Il tiendra toujours compte de la décision qu'il a prise lors de ses soins antérieurs au gréviste de la faim et du paragraphe 4 du préambule de la présente déclaration.

5. Coercition

Le gréviste de la faim doit être protégé contre les actes de coercition et il est possible que cela demande qu'il soit mis à l'écart des autres grévistes.

6. Famille

Il appartient au médecin d'informer la famille du patient de son engagement dans une grève de la faim à moins que celui-ci ne s'y oppose tout particulièrement.

Fiche de synthèse médicale

NOM

PRENOM

N°

SEXE :

D.N. :

AGE :

NATIONALITE :

ADRESSE DE CONTACT :

CONJOINT :

ENFANT(S) :

MEDECIN TRAITANT :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

GREVES PRECEDENTES :

PROBLEMES DE SANTE EN
COURS :

MEDICAMENTS ACTUELS :

PATHOLOGIE A RISQUE :

- Grossesse
- Diabète
- Maladie Cardio-Vasc
- Insuffisance Rénale
- Ulcère Digestif
- Hépatite
- Infection Chronique
- Epilepsie
- Médications Chroniques

ALLERGIES MEDICAMENTS :

Fiche de suivi biologique

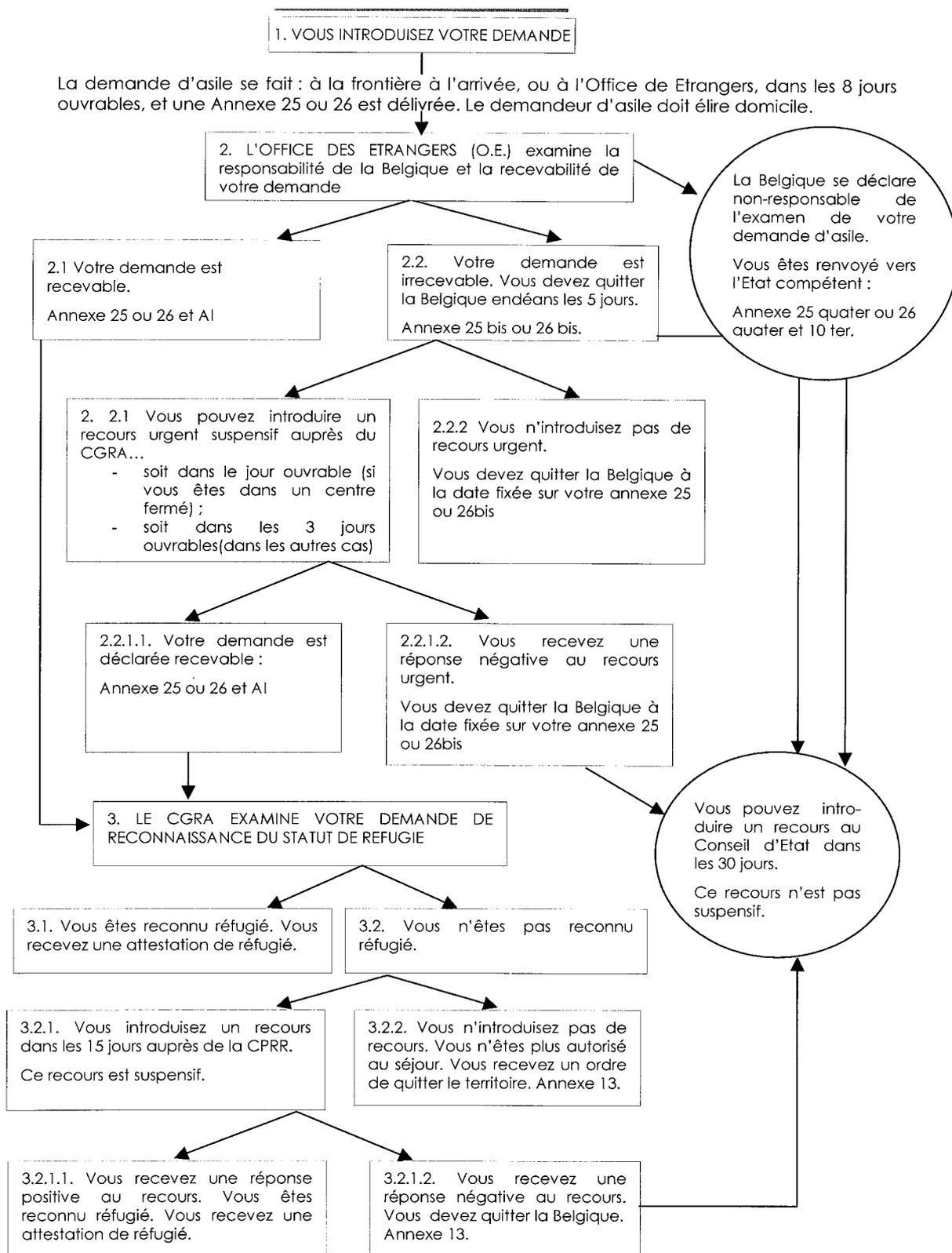
NOM : PRENOM : N° :

		SANG								URINE						
DATE	J N°	Hb	GB	Plaqu.	GLYC	CREAT	ALB	NA	K	DIU 24 H	OSMOL	GR	GB	NITRITE	PROT	CETON
		Autres :														
		Autres :														
		Autres :														
		Autres :														
		Autres :														

NOM : PRENOM : N° :

	Date	Poids	Boisson	TA Couché	TA Debout	Pouls	T°	Plaintes, anomalies cliniques
J 1								
J 2								
J 3								
J 4								
J 5								
J 6								
J 7								

Schéma de la procédure d'asile



Aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal (arrêté royal 12/12/96)

Extraits de la brochure explicative à l'usage des médecins généraliste rédigée par Médecins sans frontières Belgique

(avec leur aimable autorisation)

Table des matières

- Avant-propos :.....
1. Qui sont les sans papiers ?.....
 2. Les personnes sans papiers ont droit à l'Aide médicale urgente.....
 3. Quels sont les soins médicaux couverts par l'Aide médicale urgente ?...
 4. Comment obtenir l'accord du CPAS pour une prise en charge médicale dans le cadre de l'Aide médicale urgente ?.....
 5. Comment le CPAS va-t-il procéder pour décider s'il octroie, ou non, l'Aide médicale urgente ?..
 6. Comment le CPAS organise-t-il la prise en charge en médecine générale dans le cadre de l'Aide médicale urgente ?.....
 7. Comment prescrire des médicaments dans le cadre de l'Aide médicale urgente ?....
 8. Comment référer pour des examens complémentaires ou une consultation spécialisée via l'Aide médicale urgente
 9. Comment référer en urgence vers la deuxième ligne via l'Aide médicale urgente ?.....
 10. Comment obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre de l'Aide médicale urgente ?.....
 11. Principales difficultés rencontrées lors de l'application de l'Aide médicale urgente par les médecins généralistes
 12. Compléments d'informations – en cas de problèmes
 13. Références

Avant propos

Vu la constante évolution de la situation au niveau des Centre de protection et d'aide sociale (CPAS), chacun ayant son propre mode de fonctionnement, parfois très différent, nous avons tenté d'expliquer le fonctionnement de l'Aide médicale urgente en nous basant sur les caractéristiques communes à tous les CPAS, sans entrer dans le détail de l'organisation interne de chaque CPAS.

1. Qui sont les sans papiers ?

Il ne faut pas confondre demandeur d'asile et personne sans papiers. Les demandeurs d'asile bénéficient d'un statut de séjour légal (même temporaire), au contraire des personnes sans papiers qui séjournent illégalement sur le territoire. Les droits et possibilités de ces dernières sont bien plus limités que ceux des personnes en séjour légal (travail, sécurité sociale, etc.). Les personnes sans papiers ont très souvent des conditions de vie précaire et sont fréquemment dépendantes de leurs familles, amis, voisins, services caritatifs,...

On peut classer en quatre catégories les personnes en séjour illégal :

1°) Les personnes qui sont arrivées en Belgique avec les papiers nécessaires mais qui ne quittent pas le territoire alors que leur séjour est devenu illégal (par exemple, les personnes qui ont introduit une demande de regroupement familial et qui sont déboutées, des (ex) étudiants sans permis de séjour, etc.).

2°) Les personnes qui sont arrivées en Belgique sans les documents nécessaires, ont introduit une demande pour un permis de séjour (par exemple, parce qu'ils ont dû fuir leur pays d'origine) et qui malgré une réponse négative sont tout de même restés en Belgique (par exemple, les demandeurs d'asile déboutés, les personnes ayant reçu une réponse négative suite à une demande de régularisation pour raisons humanitaire ou médicale,...).

3°) Les personnes qui sont arrivées en Belgique sans les papiers nécessaires et n'ont jamais fait la demande pour obtenir un statut légal (immigrés clandestins).

4°) Les personnes qui sont arrivées en Belgique sans les papiers nécessaires, ont introduit une demande pour obtenir un permis de séjour (par exemple, une demande de régularisation) et sont toujours en attente d'une réponse.

Seul l'Office des étrangers a la compétence de déterminer si une personne séjourne illégalement dans notre pays. Les CPAS ont accès aux registres de population et peuvent par conséquent vérifier pour chaque personne quel est son statut de séjour en Belgique.

2. Les personnes sans papiers ont droit à l'Aide médicale urgente

Le législateur belge a sauvegardé, sur base des recommandations de la loi sur les étrangers du 15 juillet 1996, un droit de base aux soins de santé pour les personnes en séjour illégal sur le territoire : il s'agit de l'Aide médicale urgente (AMU).

Ce droit fut inscrit dans la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976, art. 57, paragraphe 2) et entériné par l'arrêté royal du 12 décembre 1996.

Cette réglementation indique que le CPAS prend en charge les frais liés à l'Aide médicale urgente, et qu'il sera lui-même remboursé par le ministère de l'Intégration sociale sous trois conditions :

- 1°) Un médecin reconnu par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) doit rédiger une attestation médicale indiquant qu'il s'agit d'une Aide médicale urgente.
- 2°) La personne doit séjourner de manière illégale sur le territoire (en pratique, c'est le CPAS qui fait la démarche auprès de l'Office des étrangers pour vérifier le statut d'une personne).
- 3°) La personne en séjour illégal doit être dans le besoin (ceci sera établi lors d'une enquête sociale menée par le CPAS).

3. Quels sont les soins médicaux couverts par l'Aide médicale urgente ?

L'arrêté royal précise le régime de l'Aide médicale urgente :

1°) Une aide qui revêt un caractère exclusivement médical (aucune aide financière, alimentaire, vestimentaire, en matière de logement, abstraction faite de l'hospitalisation).

2°) L'urgence des soins doit être explicitée par une attestation médicale.
C'est le médecin traitant qui détermine les soins médicaux nécessaires.

3°) Il s'agit aussi bien de soins préventifs que de soins curatifs (et du suivi médical indispensable).

Il n'existe pas de liste spécifique précisant les prestations visées. Les soins pris en compte doivent posséder un code ou un pseudo-code INAMI. Une intervention chirurgicale, un accouchement, des séances de kinésithérapie, des médicaments peuvent donc être pris en considération.

Il existe cependant quelques pseudo-codes de nomenclature ne donnant pas droit à un remboursement, comme par exemple les prothèses (dentaires, de hanche, ...), les lunettes, quelques consultations dentaires et le matériel médical tels que les béquilles, chaises roulantes,...

4°) Les soins peuvent être administrés en ambulatoire ou au sein d'une institution de soins.

L'Aide médicale urgente aux illégaux doit être interprétée comme une aide urgente et nécessaire afin de prévenir ou de diminuer des lésions psychosomatiques pour la personne elle-même et pour son entourage (incluant des pathologies pouvant présenter un risque pour la santé publique).

L'adjectif urgent n'est donc pas placé ici sur une échelle-temps en secondes ou minutes mais représente un concept temporel plus large : il s'agit de soins ne pouvant pas être différés, sous peine de menacer l'intégrité physique ou mentale du patient.

Il est important de ne pas confondre l'Aide médicale urgente avec "l'administration de soins en extrême urgence" (loi du 8 juillet 1964). Cette loi, dénommée "loi du 100", est valable pour

tous, y compris les personnes en séjour illégal et s'applique dès qu'une personne encourt un risque vital, par suite d'un accident ou d'une maladie.

La règle générale de remboursement dispose que les prestations qui sont munies d'un code de nomenclature INAMI ou d'un pseudo-code de nomenclature seront remboursées intégralement par l'Etat, ticket modérateur inclus, à concurrence de l'aide accordée par le CPAS.

Les CPAS étant autonomes quant à l'organisation de l'Aide médicale urgente, chaque CPAS est libre de décider des montants qu'il acceptera de prendre en charge, incluant ou non le ticket modérateur.

Il existe quelques pseudo-codes de nomenclature qui ne donnent toutefois pas lieu à un remboursement par l'état. Les CPAS peuvent décider de rembourser ou non ces prestations.

Pour ce qui est du remboursement des médicaments, l'Etat rembourse le montant intégral dans le cas d'un produit remboursable, incluant le ticket modérateur.

Toutefois, les médicaments de catégorie D ne sont pas remboursés de même que les produits para-pharmaceutiques (crème pour les lèvres, shampoings, bas, tétines,...), à l'exception de ceux qui possèdent un pseudo-code de nomenclature INAMI comme par exemple le glucose. Les préparations magistrales sont remboursées.

Les médicaments exigeant l'accord du médecin conseil de la mutualité peuvent également être pris en charge par l'état si le médecin traitant joint une déclaration certifiant la nécessité de la prise du médicament.

Comme dans le cas des prestations médicales, chaque CPAS est libre d'organiser la prise en charge des médicaments. Le plus souvent, chaque CPAS établit sa propre liste de médicaments qu'il accepte de prendre en charge.

Depuis peu, un accord est intervenu entre les différents CPAS bruxellois pour établir une liste commune minimale pour la prise en charge des médicaments dans le cadre de l' Aide médicale urgente. Cela

signifie que tous les CPAS acceptent au minimum de prendre en charge les médicaments qui sont repris sur cette liste et que chaque CPAS est libre d'y ajouter d'autres médicaments.

4. Comment obtenir l'accord du CPAS pour une prise en charge médicale dans le cadre de l'Aide médicale urgente ?

Le médecin traitant doit remplir un formulaire de demande d' Aide médicale urgente en indiquant le type de soins demandés, la période, la date à laquelle cette demande est faite, sa signature et son cachet. Ce formulaire est à remettre au patient qui doit se rendre lui-même au CPAS pour l'y déposer.

L'Arrêté Royal garantit le caractère confidentiel de l'Aide médicale urgente : les données médicales apparaissant ou pouvant être déduites des demandes d' Aide médicale urgente et des attestations d' Aide médicale urgente envoyées au CPAS seront traités de manière confidentielle et ne pourront être utilisées à d'autres fins. De même, les informations recueillies à l'occasion de l'enquête sociale ne sont transmises ni à la police ni à l'Office des étrangers.

5. Comment le CPAS va-t-il procéder pour décider s'il octroie, ou non, l'Aide médicale urgente ?

Chaque CPAS a le devoir structurel d'organiser l'Aide médicale urgente eu sein de sa commune. Voici les différentes étapes qui permettront au CPAS de décider s'il octroie ou non l'Aide médicale urgente à un patient :

1°) Le patient doit se présenter personnellement auprès du CPAS de son lieu de résidence pour remettre la demande d'Aide médicale urgente rédigée par un médecin à un(e) assistant(e) social(e).

2 °) L'assistant social ouvre un dossier au nom du patient et l'informe qu'une enquête sociale aura lieu, avec visite au domicile du patient endéans les deux semaines (délai variable en fonction des CPAS) afin de vérifier que le patient se trouve en état de besoin et qu'il réside sur le territoire de la commune dont le CPAS est compétent.

Le CPAS vérifie également auprès de l'Office des étrangers que la personne se trouve en situation illégale sur le territoire belge.

3°) Suite à l'enquête sociale et selon un délai à nouveau variable d'un CPAS à l'autre, le dossier du patient est soumis au Conseil de l'aide sociale du CPAS qui décidera si le CPAS accorde ou non l'Aide médicale urgente.

4°) Le patient en est informé par courrier et en cas de refus du CPAS, les raisons doivent y être notifiées. La personne a alors la possibilité d'introduire un recours auprès du Tribunal du travail. Le CPAS doit rendre sa décision endéans les 30 jours. A défaut, le Tribunal du travail peut être saisi.

6. Comment le CPAS organise-t-il la prise en charge en médecine générale dans le cadre de l' Aide médicale urgente ?

Le CPAS a le devoir structurel d'organiser l'Aide médicale urgente dans sa commune : il doit faciliter la première consultation, l'accès aux médicaments, le suivi de manière générale...

En fonction du CPAS, la réponse à la demande d'Aide médicale urgente pour une prise en charge en médecine générale pourra être très différente. En voici quelques exemples :

- Attribution systématique d'une carte médicale valable 3 mois, indiquant le nom d'un médecin généraliste pouvant être consulté gratuitement et le nom d'une pharmacie ou le patient pourra se rendre pour obtenir gratuitement les médicaments prescrits par le médecin pré-cité.
- Attribution systématique d' « un accord pour prise en charge », document équivalent à une carte médicale, d'une durée de 1 mois, avec désignation d'un médecin généraliste et d'une pharmacie.
- Attribution systématique d'une carte médicale valable 1 mois, avec désignation d'une pharmacie et remise systématique d'une liste de médecins généralistes parmi lesquels le patient devra choisir lui-même un médecin généraliste.
- Délivrance d'un réquisitoire pour une durée de 1 à 6 mois, donnant un libre accès à des consultations de médecine générale, et délivrance à la demande seulement d'une liste de médecins généralistes et de pharmaciens agréés pour la prise en charge.
- Système des réquisitoires à l'acte. Le patient a besoin d'un nouveau réquisitoire pour chaque consultation. Cela signifie par exemple, pour un suivi en médecine générale, que le médecin généraliste devra rédiger à chaque consultation une nouvelle demande

d'Aide médicale urgente en vue de la prochaine consultation. Le patient devra se rendre avant chaque consultation auprès du CPAS pour obtenir un réquisitoire.

Lorsque un CPAS délivre un réquisitoire, il s'engage à payer la facture des examens et consultations subis par la personne dont le nom est indiqué sur le réquisitoire. Sur ce réquisitoire doivent figurer le type d'examen ou de consultation, le lieu, et la date.

7. Comment prescrire des médicaments dans le cadre de l'Aide médicale urgente ?

Le médecin généraliste doit se référer à la liste des médicaments pris en charge par le CPAS concerné.

Lorsque le médecin rédige une ordonnance, il doit y mentionner qu'il applique l'Aide médicale urgente, en indiquant nommément : AMU, A.R. 12/12/1996. Le patient peut alors aller retirer gratuitement ses médicaments auprès de la pharmacie désignée par le CPAS. Dans certains cas, le CPAS peut demander au patient une contribution financière symbolique pour les frais pharmaceutiques.

D'autres CPAS fonctionnent selon le système des réquisitoires. Le médecin traitant doit remplir un formulaire de demande d'Aide médicale urgente en demandant la prise en charge d'un traitement et en indiquant, la période, la date à laquelle cette demande est faite, sa signature et son cachet. Le CPAS délivre alors un réquisitoire avec lequel le patient peut se rendre dans une pharmacie (agrée ou non par le CPAS) pour obtenir ses médicaments.

Dans le cas d'un patient souffrant d'un problème aigu nécessitant un traitement médicamenteux immédiat, le recours à l'Aide médicale urgente n'apporte pas de solution car l'ensemble de la procédure auprès du CPAS varie de 3 à 4 semaines. Une procédure d'extrême urgence peut parfois être mise en place, dépendamment du CPAS.

Mais le plus souvent la seule solution pour le médecin généraliste sera de prescrire des médicaments génériques (car moins onéreux) et de dépanner si possible avec des échantillons.

8. Comment référer pour des examens complémentaires ou une consultation spécialisée via l'Aide médicale urgente ?

L'arrêté royal en vigueur ne fait aucune différence entre les institutions de soins publiques et privées pour l'application de l'Aide médicale urgente.

Les établissements de soins pris en compte dans le cadre de l'Aide médicale urgente sont quasi tous les établissements ou services d'un établissement au sein duquel un diagnostic peut être posé, une pathologie traitée, avec ou sans hospitalisation.

Il existe cependant des exceptions :

- les hôpitaux psychiatriques, habitations protégées pour patients psychiatriques, homes psychiatriques pour personnes âgées,
- les crèches,
- les résidences-services,
- les instituts médico-pédagogiques,
- les institutions pour personnes sourdes-muettes, non voyants ou infirmes qui souffrent d'une maladie grave incurable,
- les maisons de repos.

Les frais de séjour au sein des établissements pré-cités ne sont jamais remboursés par l'Etat. Les frais médicaux et pharmaceutiques peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement.

Dans la pratique, il est vivement conseillé de référer vers une structure publique. En effet souvent les CPAS refusent de prendre en charge des soins donnés dans une structure privée.

Pour la majorité des CPAS, si vous souhaitez référer votre patient pour un examen ou une consultation spécialisée, vous devez d'abord envoyer le patient auprès de son CPAS avec une demande d'AMU pour l'obtention d'un réquisitoire pour l'examen ou la consultation. C'est le CPAS qui délivre lui-même le ou les réquisitoires demandés après enquête sociale. Même si le patient est déjà connu du CPAS, il aura besoin d'un nouveau réquisitoire pour chaque examen ou consultation demandée.

9. Comment procéder pour référer en urgence vers la deuxième ligne via l'Aide médicale urgente ?

Si l'état du patient nécessite un examen complémentaire ou une consultation spécialisée de manière urgente, le médecin généraliste peut référer le patient immédiatement vers l'hôpital (quasi toujours obligatoirement un hôpital du réseau public) en demandant que le patient soit pris en charge via l'Aide médicale urgente, sans passer préalablement par le CPAS du lieu de résidence.

Il est recommandé de rédiger en plus de la lettre de référence médicale, une note à l'attention du service social, demandant qu'en vertu de l'arrêté royal du 12 décembre 1996, l'Aide médicale urgente soit appliquée pour la prise en charge du patient. Le patient devra demander de voir l'assistant social avant la consultation. Le service social de l'hôpital réalisera une mini-enquête sociale. C'est alors au médecin qui réalisera l'examen ou la consultation que revient la responsabilité de signer l'attestation d'Aide médicale urgente.

La même procédure doit être suivie en cas de référence d'un patient vers un service d'urgence. L'institution hospitalière qui aura appliqué l'Aide médicale urgente pour une consultation ou un examen, pourra obtenir le paiement des factures auprès du CPAS de la commune sur laquelle elle se situe.

A l'heure actuelle, et ce malgré la législation en vigueur, seules certaines institutions hospitalières acceptent d'appliquer l'Aide médicale urgente.

10. Comment obtenir le paiement de ses honoraires dans le cadre de l'Aide médicale urgente ?

1°) Rédiger une note d'honoraire classique.

2°) Remplir une attestation d'Aide médicale urgente sur laquelle doit figurer votre signature et cachet ainsi que la même date que celle figurant sur la note d'honoraires.

Il doit s'agir d'un exemplaire original et pour chaque note d'honoraires, une attestation distincte est requise.

3°) Envoyer la note d'honoraires et l'attestation au CPAS dans les 30 jours. Il faut, au départ, que le patient soit déjà connu du CPAS, c'est-à-dire qu'une enquête sociale ait déjà été réalisée et que sa demande d'Aide médicale urgente ait été acceptée. Dans le cas contraire, le médecin ne pourra pas obtenir de remboursement de sa ou ses consultations.

Le CPAS dispose d'un délai de 45 jours, à dater du jour de la consultation pour transmettre le dossier au Service public fédéral des Affaires sociales afin d'obtenir un remboursement.

Le délai de transmission entre le médecin et le CPAS n'est pas fixé dans la procédure officielle.

Cependant, comme il faut en moyenne 21 à 30 jours au CPAS pour la gestion d'un dossier d'Aide médicale urgente, il est demandé aux médecins d'initier le plus vite possible la demande d'Aide médicale urgente.

Le Service public fédéral rembourse les CPAS en principe dans un délai de 3 mois après la réception de la facture, mais actuellement, ce délai est beaucoup plus long, allant jusqu'à 9 mois.

Ces retards de remboursement se répercutent sur les médecins, qui normalement devraient être remboursés pour leurs prestations par les CPAS dans un délai de 3 mois, délai qui est aujourd'hui largement dépassé, avec un retard variable d'un CPAS à l'autre.

En pratique, il est aujourd'hui beaucoup plus facile pour un médecin généraliste d'appliquer l'Aide médicale urgente et d'obtenir le paiement de ses honoraires s'il a signé un accord avec le CPAS de la commune au sein de laquelle il consulte.

Certains CPAS acceptent de rembourser les médecins n'ayant pas signé d'accord avec eux, mais à condition qu'ils appliquent les barèmes INAMI.

D'autres CPAS ne remboursent que les médecins ayant signé un agrément avec eux.

Le problème du remboursement de la première consultation en médecine générale reste d'actualité car aujourd'hui, seuls quelques CPAS acceptent le remboursement de la première consultation en médecine générale, au cours de laquelle le médecin généraliste va rédiger sa demande d'Aide médicale urgente et envoyer le patient au CPAS.

Le remboursement ne sera effectué que si l'enquête sociale aboutit à un accord du CPAS pour prise en charge du patient.

Il apparaît dès lors très important que les médecins généralistes d'une même commune s'associent pour aller négocier ensemble les problématiques liées à la prise en charge de l'Aide médicale urgente avec le CPAS et, au besoin, modifier ou clarifier leur agrément avec le CPAS.

11. Principales difficultés rencontrées lors de l'application de l'Aide médicale urgente par les médecins généralistes

1°) Le non remboursement de la première consultation en médecine générale. Ce problème rend très difficile un accès immédiat à la médecine générale dans le cadre de l'Aide médicale urgente. Le médecin généraliste n'a pas d'autre choix que de négocier le prix de la consultation avec le patient ou de faire du pro deo (à quelques exceptions près).

2°) Les délais d'attente pour obtenir les réponses des CPAS aux demandes d'Aide médicale urgente. Ils varient actuellement entre 3 et 4 semaines et sont donc peu conciliables avec la logique médicale demandant une prise en charge rapide, voire immédiate.

3°) La prise en charge des médicaments. Au vu des délais d'attente actuels, il n'existe aujourd'hui pas de solution via l'Aide médicale urgente pour un patient nécessitant un traitement médicamenteux immédiat.

4°) Chaque CPAS possède son propre mode de fonctionnement qu'il faut connaître : carte de santé versus réquisitoire, par exemple.

5°) Un grand nombre de CPAS possède ses propres formulaires de demande d'Aide médicale urgente qu'il faut obligatoirement utiliser.

6°) La plupart des CPAS ne travaillent qu'avec des médecins généralistes ayant signé avec le CPAS un agrément.

7°) Certains CPAS travaillent préférentiellement avec certaines structures hospitalières avec lesquelles ils ont passé un accord.

8°) Le délai de remboursement des honoraires par les CPAS est extrêmement long, variant de 3 à 6 mois.

9°) Actuellement, peu d'hôpitaux acceptent d'appliquer l'AMU pour la réalisation d'exams ou de consultations spécialisées urgentes. Avec pour conséquence, une surcharge de ces structures.

10°) L'application de l'Aide médicale urgente par le médecin généraliste requiert un investissement important : charge administrative très lourde avec de nombreuses demandes et attestations à rédiger, notes d'honoraires à envoyer au CPAS, contacts fréquents avec les CPAS et les services sociaux des hôpitaux, solutions à trouver pour le dépannage des médicaments, honoraires non perçus, etc.

11°) Le pourcentage des demandes d'Aide médicale urgente refusées varie en fonction des CPAS et des périodes. Parmi les motifs de refus invoqués par les CPAS, on retrouve le plus souvent :

- CPAS non compétent,
- lieu de résidence qui n'est pas établi,
- état de besoin non établi,
- vices de procédure (demande d'Aide médicale urgente mal complétées, informations demandées non fournies, ...),
- séjour de moins de trois mois,
- visa avec prise en charge signée.

12°) Un nombre non négligeable de patients ne se présenteront pas au CPAS, soit parce qu'ils ne possèdent pas d'adresse fixe, soit par peur d'une dénonciation du CPAS auprès des autorités. L'Aide médicale urgente ne pourra donc pas être appliquée pour ces patients.

12. Compléments d'informations - En cas de problèmes :

Si vous désirez obtenir plus d'informations en cas de problèmes, n'hésitez pas à contacter : le CPAS compétent.

cfr site internet du ministère de l'Intégration sociale,
<http://cpas.fgov.be>

Médecins sans frontières, Projets belges
46, rue d'Artois - 1000 Bruxelles
Tel : 02/513 25 79 Fax : 02/513 27 47.

L'Asbl Point d'appui médical-Personnes sans papiers
(asbl Medisch Steunpunt-Mensen Zonder papieren)
164, rue Gaucheret - 1030 Bruxelles
Tel : 02/274 14 33/34 Fax : 02/274 14 48.
Website : www.medimmigrant.be

13. Références

1. *L'Aide médicale urgente, Accès aux soins*, Asbl Point d'appui médical-Personnes sans papiers (asbl Medisch Steunpunt-Mensen Zonder papieren) : <http://www.medimmigrant.be>.
2. *Rapport annuel d'activités*, Médecins sans frontières, projet accès aux soins, 2002.
3. *Le Guide Social Figus*, CPGADIM, 14 ème édition, 2001-2002.
4. Ministère de l'Intégration sociale, cfr site internet, <http://cpas.fgov.be>.
5. Ministère de l'Intérieur, Office des étrangers, cfr site internet <http://www.dofi.fgov.be>.
6. Ministère de la Santé publique, cfr site internet, <http://www.health.fgov.be>.
7. Ministère des Affaires sociales, cfr site internet <http://socialsecurity.fgov.be>.
8. Ministère de la justice, Moniteur Belge, site internet http://www.staatsblad.be/index_fr.htm.
9. Convention des Nations-Unies sur les travailleurs immigrés, Article 28, cfr site internet <http://www.december18.net>.

Attestation d'aide médicale urgente

ATTESTATION D'AIDE MEDICALE URGENTE, A PROCURER A UN ETRANGER SANS PERMIS DE SEJOUR LEGAL

A l'attention du Président du CPAS de
(commune de résidence effective du demandeur de soins)

Monsieur le Président,

Concerne : l'aide médicale urgente*, à procurer à un étranger sans permis de séjour légal.

Par la présente je demande une prise en charge par le CPAS pour « l'aide médicale urgente » :

- des soins ambulatoires pendant la période du au
- des examens pendant la période du au
- une hospitalisation pendant la période du au
- des médicaments pendant la période du au
- autres : (à préciser) pendant la période du au

NB : noter obligatoirement une période.

Pour Madame, Monsieur (nom et prénom) :

Né(e) le

Sans domicile, mais résidant effectivement à l'adresse suivante :

Ayant la nationalité : ; et qui déclare séjourner de manière illégale en Belgique.

Isolé(e), marié(e) avec, veuf(ve) de, divorcé(e) ou séparé(e) de fait :

Activité professionnelle actuelle : oui / non, laquelle :

Mutualité : oui / non, laquelle :

Autre assurance : oui / non, laquelle :

D'après mes premières informations, le patient cité ci-dessus, ne sera pas en mesure de payer les frais.

Puis-je vous demander de bien vouloir donner à mon patient un réquisitoire de prise en charge** pour l'aide médicale, conformément à l'art. 57 §2 de la loi organique du 8 juillet 1976 régissant les CPAS et en vertu de l'Arrêté royal du 12 décembre 1996 concernant l'aide médicale urgente au bénéfice des étrangers en séjour illégal dans le Royaume.

En espérant une réponse rapide et positive, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de toute ma considération.

Date :

Adresse :

Nom + signature du médecin :

CACHET DU MEDECIN

N° INAMI :

* L'A.R. du 12 décembre 1996 précise que les « Soins médicaux urgents » au profit des étrangers en séjour illégal, peuvent être aussi bien de nature préventive que curative. Ces soins médicaux peuvent être aussi bien ambulatoires qu'être prodigués dans une institution de soins

** Le CPAS est remboursé du montant des prestations de soins de santé, attestés comme « aide médicale urgente », par le Ministère de la Santé publique au prix calculé sur base des remboursements INAMI. Ce montant est le montant total en fonction duquel l'INAMI détermine le remboursement et le montant à charge du patient, qui sont repris dans la nomenclature. Ceci est valable également pour les médicaments fournis par un pharmacien.

Adresses utiles

- Croix-Rouge de Belgique – Communauté francophone – Département réseau
rue de Stalle, 96 – 1180 Bruxelles
Tél : 02/371.32.26. – Fax : 02/648.16.82.
- CIRE (Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers)
rue du Vivier, 80/82-1050 Bruxelles
Tél : 02/629 77 10 – Fax 02/629 77 33
cire@cire.irisnet.be

- Médecins sans frontières, Projets belges
rue d'Artois, 46 - 1000 Bruxelles
Tel : 02/513 25 79 - Fax : 02/513 27 47.

- Point d'appui médical-Personnes sans papiers
(Medisch Steunpunt-Mensen Zonder papieren)
Rue Gaucheret, 164 - 1030 Bruxelles
Tel : 02/274 14 33/34 Fax : 02/274 14 48.
www.medimmigrant.be