



**CONTRAT DE
QUARTIER**
« Cœur de Jette » à
Jette



Nom du projet : Rénovation - Adaptation de locaux pour la Maison médicale
Antenne Tournesol.

Numéro du projet :

Date : 20/06/06

PORTEUR DU PROJET

1. Coordonnées de la personne responsable (signataire de la convention) :

Nom, prénom : *Antenne Tournesol a.s.b.l.*

Fonction : *Maison médicale*

Adresse : *81 rue Henri Werrie, 1090 Jette*

Tél. : *02/420.48.67*

Fax : *02/420.48.69*

E-mail : *antenne.tournesol@skynet.be*

2. Identification du porteur de projet :

Nom : *Antenne Tournesol*

Forme juridique : *A.S.B.L.*

Date de création : *Comme antenne de la Maison Médicale Essegheem en septembre 2000. Indépendance de la structure en juillet 2002.*

Siège social : *rue Henri Werrie 81, 1090 Jette*

Objet social : *L'association a pour objet : la dispensation de soins de première ligne par une équipe pluridisciplinaire en matière médico-psycho-sociale. Ces soins sont octroyés dans une approche globale, tant organique que psychologique et sociale, considérant le patient comme un sujet ayant une histoire personnelle et s'intégrant dans un environnement familial, professionnel et socio-économique. Ces soins sont intégrés (préventifs, curatifs et palliatifs) et continus, prodigués en assurant la synthèse, la maîtrise et le suivi de l'information relative à l'ensemble des problèmes de santé vécus par le patient tout au long de sa prise en charge. L'association veille à dispenser des soins accessibles financièrement et culturellement.*

Personne de contact : *LEDUC Cécile*

Site Internet : -

N° de compte bancaire : *523-0801486-50*

Agréations par une autorité publique : *agrément définitif par la COCOF (30 avril 2003)*

Connaissance du périmètre d'intervention du CQ et abords (*expliquez*) : *la Maison médicale est implantée au sein du périmètre et, via notre travail médical et en santé communautaire, nous avons beaucoup de contacts avec la population du quartier et les autres asbl. Toute personne habitant le quartier peut venir s'inscrire à la maison médicale et notre réseau d'échange des savoirs est ouvert à nos patients mais aussi à la population du quartier.*

Expériences utiles : *La Maison médicale est en fonctionnement depuis 5 ans. Nos projets sont évalués régulièrement, ils fonctionnent bien et nous sommes en équilibre financier. De plus, certains travailleurs ont une expérience d'une vingtaine d'année dans le secteur. Nous pouvons aussi, pour tout lancement de*

projet, bénéficiaire de l'expérience d'autres maisons médicales via la Fédération des maisons médicales.

3. Partenaires du projet :

(RES = réseau d'échange des savoirs)

F=financier O=opérationnel	Nom	Rôle	Mise à disposition de personnel	Intervention financière (en €)
F	COCOF	<i>Salaire d'un temps plein accueil (accueil du public et mission préventive de première ligne) et du mi temps en santé communautaire (RES et prévention). + frais de fonctionnement.</i>	1,5 ETP	59.525,03
O	<i>Associations du quartier avec lesquels collabore activement le RES : (centre d'entraide, espace femme, l'abordage)</i>	<i>Ouverture et élargissement du RES. Partage de locaux et partage d'expériences.</i>		
O	<i>Eco conseiller (Contrat de Quartier)</i>	<i>Conseil pour une rénovation « verte »</i>		

CONCEPTION DU PROJET

4. Quelle est l'origine du projet ? (constat, diagnostic, étude, observation, un projet existant ailleurs) Expliquez.

Après quelques années de vie, la maison médicale souhaite investir dans des locaux plus adaptés à son travail. En effet, nos locaux actuels sont

- *Trop exigus (pour permettre une expansion du projet)*
- *Non accessibles au public à mobilité réduite*
- *Mal isolés au niveau thermique : il fait froid en hiver dans les cabinets, perte d'énergie*
- *Mal isolés au niveau phonique : ce qui pose problème entre autres pour la confidentialité*
- *et non adaptés au travail médical : pas de points d'eau dans les cabinets, pas d'ascenseur pour le premier étage,*

Partant de ce constat, nous aimerions avoir de l'aide à la rénovation de locaux que nous achèterions. Ceci dans le but de pouvoir continuer nos projets médicaux, de prévention et en santé communautaire. Nous pourrions aussi partager une partie de nos locaux (par exemple, salle de réunion) avec les autres asbl du quartier avec lesquelles nous coopérons déjà activement, et les mettre en partie à disposition des habitants. Etant sensibles au développement durable, nous souhaitons pouvoir avoir des locaux plus économiques au niveau énergétique.

5. Le projet vise-t-il à renforcer un projet existant : OUI NON

- Si oui, pouvez vous décrire le projet ?

La Maison médicale est une association sans but lucratif. Elle a pour objet la dispensation de soins de première ligne par une équipe pluridisciplinaire. Ces soins sont octroyés dans une approche globale, tant organique que psychologique et sociale en considérant le patient comme un sujet ayant une histoire personnelle et s'intégrant dans un environnement familial, professionnel et socio-économique. Ces soins sont intégrés (préventifs, curatifs et palliatifs), continus et accessible (géographiquement, financièrement et culturellement). Les soins primaires sont articulés rationnellement avec les niveaux spécialisés, favorisent l'autonomie de la personne par la promotion de la santé et l'éducation permanente et sont intégrés dans la communauté, grâce à la participation conjuguée des citoyens et des réseaux psycho-médico-sociaux existants.

La maison médicale développe plus particulièrement un projet de santé communautaire qui prend ses racines dans la solitude : un réseau d'échange de savoir. Ce réseau a pour objectif de lutter contre la solitude des patients et de la population, de recréer un lien social, de diminuer les plaintes de solitude et les problèmes de santé qui en découlent. Il vise à mettre en relation des personnes intéressées qui pourront ainsi valoriser leurs savoirs. Ces savoirs peuvent être intellectuels ou non, par exemple apprendre à rouler à vélo, à soigner des plantes, à réaliser une recette de cuisine, à danser, ... Gratuit et accessible à tous, cela redonne confiance et permet de recréer des liens. Le projet se fait en partenariat avec d'autres réseaux.

Les médecins et para médicaux sont très attentifs à la prévention. Aidés par le système informatique, nous rappelons aux patients leurs échéances de vaccination, mammographie, examen gynécologique de dépistage, ... Nous prenons du temps pour discuter du tabac, de l'alimentation et autres comportements à risque. Soutenues par l'équipe, des campagnes ponctuelles de sensibilisation sont mises en place régulièrement.

Nous travaillons « au forfait », ce qui permet une accessibilité aux soins pour tous et crée une solidarité entre bien portants et malades. Un contrat est passé entre le patient, son organisme assureur et la maison médicale, dès lors, l'organisme assureur paie directement à la maison médicale, tous les mois et par personne abonnée en ordre de mutuelle, une somme fixe : « le forfait ». Cette somme est allouée que les services soient utilisés ou non. Ce forfait porte sur trois services : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes. La maison médicale s'engage à assurer les soins 24h/24H au sein de sa zone d'abonnement. Le patient inscrit ne paie rien à la maison médicale pour les soins couverts par le forfait mais n'est plus remboursé si il consulte des médecins généralistes, kinés ou infirmières en dehors de la maison médicale. Le patient peut résilier le contrat quand il le souhaite. L'ensemble des forfaits permet à la maison médicale d'organiser les soins pour tous.

Notre équipe travaille en autogestion: mode d'organisation dans lequel chaque travailleur intervient dans la prise des décisions, et dispose d'une voix. Cela implique une participation de tous dans la gestion, une non-hiérarchisation, mais également le partage des responsabilités, et favorise la solidarité parmi les travailleurs. Nous essayons ainsi de nous partager le savoir et le pouvoir.

La maison médicale est particulièrement sensible au développement durable. Nous essayons dans notre pratique quotidienne de faire des petites choses à notre portée (compost, tri des déchets, limitations des dépenses énergétiques, électricité verte, ...)

L'équipe se compose actuellement de

- 1 accueillant
- 1 secrétaire- accueillante
- 1 infirmière en santé communautaire
- 1 kinésithérapeute
- 3 médecins généralistes

Nous prévoyons l'engagement d'un mi-temps accueil et un mi-temps kiné prochainement.

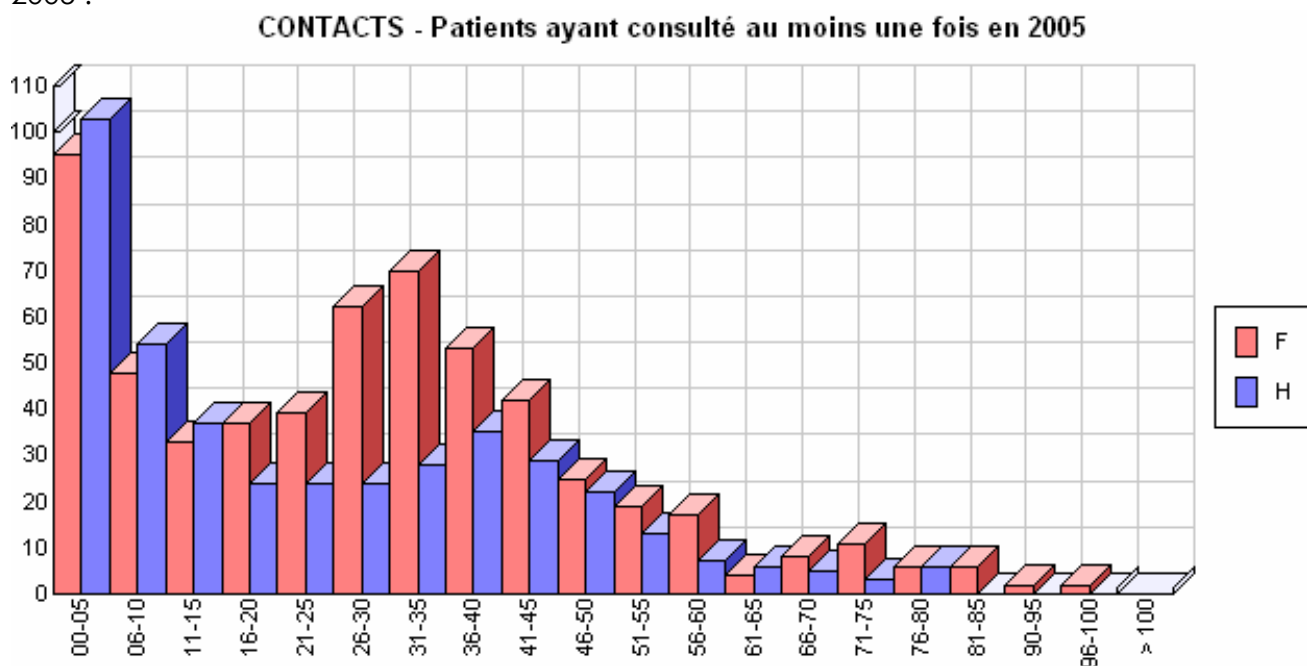
Nous sommes membres de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophone. Cela nous permet d'avoir une vision plus large de la santé de la population, un échange d'expérience intéressant et des formations et/ou supervisions. Nous adhérons donc à la charte (voir annexe)

Nous travaillons en collaboration plus étroite avec d'autres maisons médicales des environs: maison médicale Essegem (Jette), Kattebroek (Berchem) et Cité santé (Laeken).

- Existe-t-il des documents relatifs à ce projet et pouvez-vous les joindre en annexe ? 1° rapport d'activité 2005
2° charte de la fédération des maisons médicales

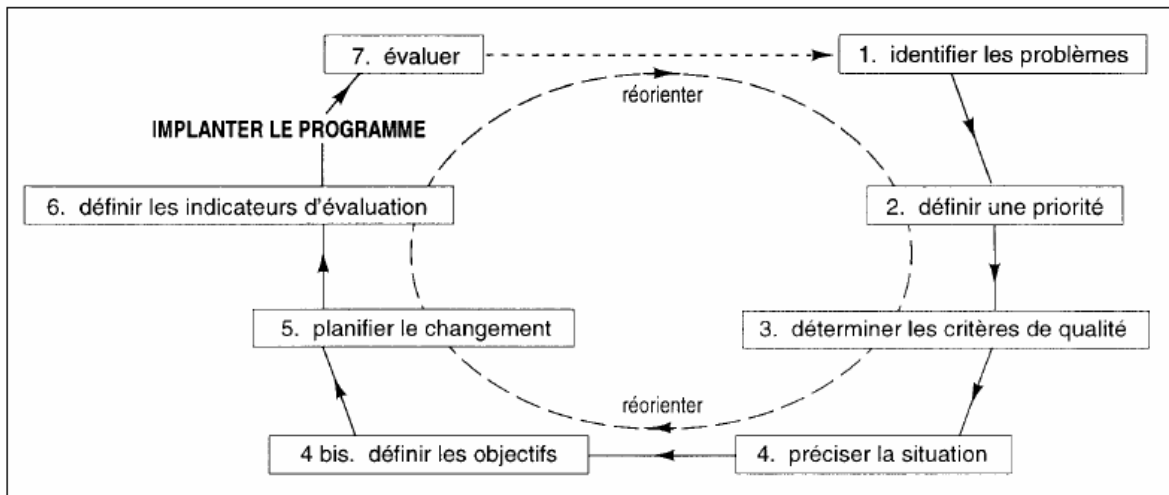
6. Public visé : type de public (âge, sexe, niveau de qualification, situation sociale,...) et nombre de participants escomptés : *Notre public est très mélangé. Nous avons des patients de tous âges, toutes origines et de différents niveaux sociaux. Néanmoins, notre patientèle est surtout composée d'enfants et adolescents, et nous avons beaucoup de personnes émanant du CPAS de Jette ou référé par les asbl « Entre-Autres » ou « Solidarité socialiste ».*

Voici une pyramide des âges des patients ayant consulté les médecins en 2005 :



- 7. Objectif(s) poursuivi(s) :** *obtenir des locaux adaptés à notre travail, avoir un espace d'accueil pour nos patients mais aussi pour les habitants du quartier et les partenaires sociaux. Pouvoir rénover des locaux en utilisant des énergies renouvelables.*
- 8. Réalisations proposées :** *Achat de locaux en fonds propres puis aide du CQ dans la rénovation et l'adaptation de ceux-ci à notre travail. Une attention particulière sera portée lors de la rénovation à l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite et au développement durable (économie d'énergie, énergie verte, ...).*
- 9. Résultats envisagés** (bénéfices attendus dès la fin de l'action pour le public visé) :
- *meilleur lieu d'accueil lors des contacts médicaux et para médicaux,*
 - *possibilité de développement de notre travail en santé communautaire (agrandissement du réseau d'échange des savoirs, développement de nouveaux projets)*
 - *amélioration de l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite*
 - *Rénovation d'un bâtiment du quartier : amélioration de la convivialité.*
- 10. Impacts attendus** (à long terme qu'attend-on comme changements dans le périmètre du CQ grâce à la mise en œuvre du projet ?) :
- *via le réseau d'échange des savoirs : une diminution de la solitude des habitants, un renforcement des liens sociaux dans le quartier.*
 - *Via la santé communautaire de manière plus générale : un élargissement du public touché par nos actions de prévention.*
 - *Une collaboration plus facile avec les partenaires sociaux du quartier.*
- 11. Méthode d'évaluation envisagée :** *Nous évaluons déjà régulièrement nos projets via le « Carnet de bord » (outil d'évaluation de projet basé sur le cycle de l'assurance de qualité élaboré par la Fédération des maisons médicales). Nous poursuivrons dans cette voie. De plus, une réévaluation constante de notre façon de travailler et de nos projets est réalisée lors de nos réunions d'équipe et assemblées générales. Enfin, nous demandons et demanderons l'avis du public concerné.*

Voici les différentes étapes du cycle de l'assurance de qualité (carnet de bord)



MISE EN OEUVRE DETAILLEE DU PROJET

- 12. Une phase préparatoire est-elle nécessaire¹** (expliquez et présentez le timing prévu) : *oui : recherche de locaux, prospection des banques, recherche d'un architecte et entrepreneur pour la réalisation des travaux.*
- 13. Date de début, de fin et durée totale du projet** : *début en septembre 2006. Fin prévue en 2009-2010.*
- 14. Localisation de l'activité** : *actuellement rue Henri Werrie. Recherche de locaux aux alentours (quartier cœur de Jette)*

15. Planning des actions à réaliser pour mener à bien le projet :

Année	Description	But	Début	fin	Fréquence
2007	Recherche d'un bâtiment				
2008	Rénovation des locaux	Locaux adaptés – économie d'énergie			
2009-2010	Déménagement-Aménagement des locaux	Poursuite et développement de nos activités			

MOYENS

16. Quels sont vos moyens actuels ?

Précisez, le cas échéant, la provenance des autres subsides

Financiers	<i>Subside Cocof, Forfait INAMI et Intervention du Fonds Social Maribel de la Chambre des Maison Médicales.</i>
Personnel en ETP	<i>6</i>
Locaux	<i>Location actuellement (1358 euros/mois)</i>

Voir budget 2005 en annexe (annexe 3). La Maison médicale est en équilibre financier. D'après des calculs comptables nous avons les moyens d'acheter un bâtiment pour environs 300.000 à 500.000 euros. Nous souhaitons investir dans un bien de 400 m2

¹ Association du public à la conception, recherche de locaux, engagement de personnel, études réalisées en vue du projet, formations suivies pour mener à bien le projet, etc.

17. Quels sont les besoins supplémentaires, par année, pris en charge par le Contrat de Quartier ?

Notre besoin, qui pourrait être pris en charge par le CQ, serait l'aide à la rénovation. N'ayant pas encore trouvé de local définitif, nous estimons une rénovation moyenne à 500 euros/m². Des recherches actives sont en cours dans le quartier : contact avec la propriétaire du 61 rue Henri Werrie (magasin de meubles), et la banque KBC (67-69 rue Werrie). De plus, nous pourrions intégrer, avec d'autres associations, les locaux de Pfizer.

- Remplissez le tableau récapitulatif suivant

Poste budgétaire	2007	2008	2009	2010	Total
Rénovation (400m ²)		200.000			
Total		200.000			

- **Joignez, le détail (poste par poste) des moyens financiers nécessaires pour mener à bien votre projet** (pour les frais de personnel, précisez les formations et expériences requises et le temps de travail consacré au Contrat de Quartier)
- *Rénovation : 400 m² X +/- 500 euros/m² = 200.000 euros*

CONTINUATION DU PROJET

18. Avez-vous l'intention de poursuivre votre projet au-delà du plan quadriennal du contrat de quartier : OUI NON

Si oui :

- *Quelles démarches allez-vous entreprendre pour le pérenniser : Le budget du CQ ne sera plus nécessaire à la fin de celui-ci, en effet, avec des locaux adaptés, nous pouvons poursuivre nos activités sur nos fonds propres et autres subsides. Notre patientèle est croissante et donc nos rentrées auront augmenté au bout des quatre ans. En effet, notre plus grande rentrée est le forfait INAMI et il dépend directement du nombre de patients. De plus, nous pensons réaliser une économie non négligeable sur notre budget chauffage et électricité.*

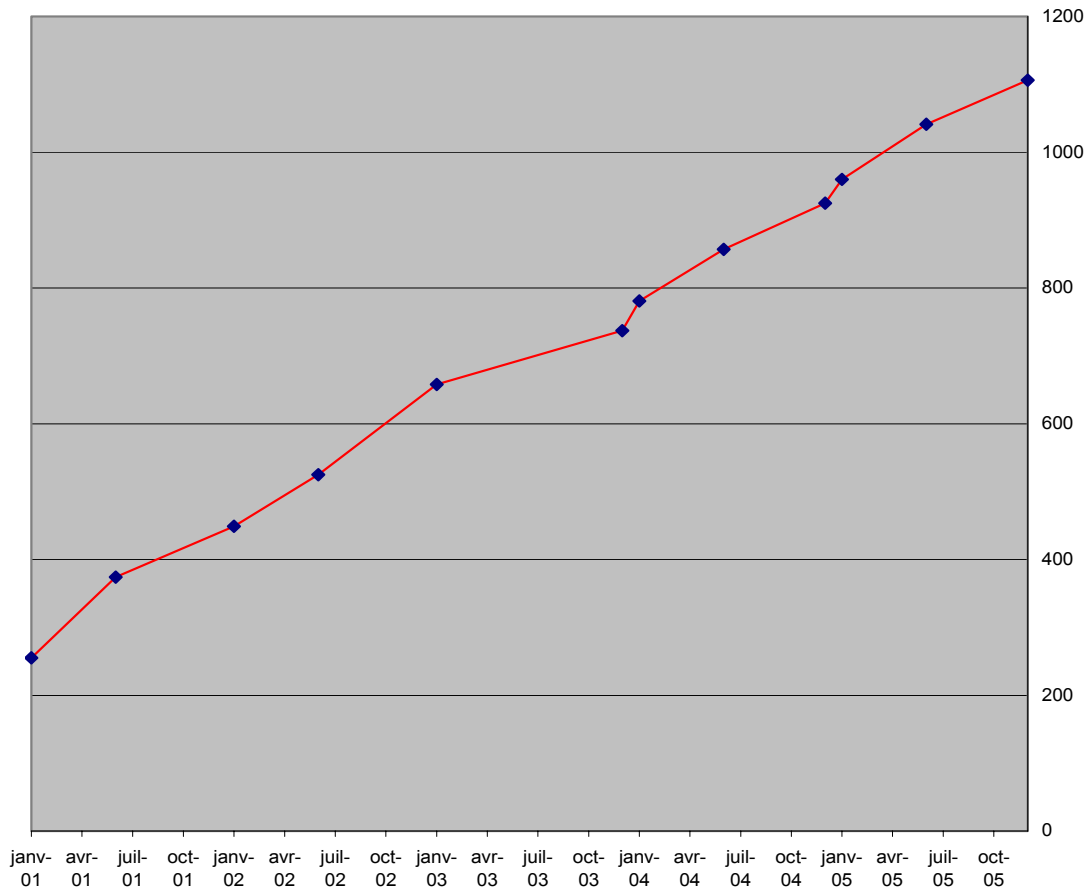
Annexe 1 : Rapport d'activité 2005

Rapport d'activités – Antenne Tournesol asbl – 2005

Notre maison médicale existe depuis 5 ans. Le nombre de patients a augmenté, et nous avons dû agrandir nos locaux pour pouvoir gérer convenablement l'accueil des patients et les consultations. Chaque médecin a maintenant son cabinet et l'assistante sociale a son propre bureau, ce qui lui permet de recevoir plus facilement les patients ou les participants au réseau d'échange de savoirs. Nous avons donc amélioré les conditions de travail, ce qui a une incidence directe sur la qualité des soins.

Notre patientèle a continué à augmenter comme on peut le constater dans ce tableau :

Augmentation du nombre d'abonnés



Nous avons aussi formalisé nos relations avec le CPAS de Jette et avec Solidarité Socialiste qui nous envoient régulièrement des personnes nécessitant une aide médicale urgente.

1. Secteur accueil

L'accueil est le premier contact du patient avec la structure et il lui permet de se forger sa première impression. Les accueillants ont une fonction d'information sur le fonctionnement, les objectifs et les activités préventives.

L'accueil est un lieu d'écoute et d'aide à la reformulation de la demande. Il est le représentant de la structure auprès des patients et à la fois il représente le patient auprès de l'équipe. C'est un facilitateur de la communication. Le rôle de l'accueil est aussi d'être un intermédiaire entre les patients et l'équipe et vice versa. Il s'agit de faire comprendre à l'équipe la situation du patient et d'expliquer à celui-ci la réalité de la maison médicale.

Les activités consistent en :

- accueil en direct et au téléphone des patients
- explication du forfait, du fonctionnement et des objectifs de la maison médicale
- information sur les partenaires extérieurs
- prise de rendez-vous
- tri du courrier papier
- encodage des dossiers patients et résultats des analyses
- tâches administratives (photocopies,...)
- encodage des échéances de prévention

L'accueil assure une couverture 8H30 à 18H00, et est aussi assuré par l'assistante sociale et par la secrétaire.

Il existe une coordination informelle entre les accueillants et une référence régulière avec les autres membres de l'équipe pour maintenir la cohérence de notre travail.

L'accueillant participe aux réunions d'équipe qui se déroulent le jeudi de 11H30 à 13H00. Les thèmes généralement abordés : discussions de cas, organisation générale, développement de projets.

Il participe aussi aux assemblées générales de la fédération des maisons médicales.

Ce que nous retenons pour 2005, c'est la nécessité de poursuivre la structuration du travail avec les patients et la mise de limites. Ce qui a évolué, c'est la maîtrise des situations d'urgence. La fonction d'accueil reste cependant génératrice de stress. Le challenge de cette fonction est de gérer les différentes demandes et de déterminer les différentes priorités.

La location du 1^{er} étage que nous avons aménagé a amélioré le confort général pour l'équipe et les patients. Et l'acquisition de mobilier de bureau pour l'accueil facilite grandement le quotidien.

L'accueillant a suivi une formation : « gestion du temps et du stress ». Cette formation lui a permis de prendre du recul par rapport à sa situation et de prendre conscience d'autres situations dans différents milieux.

Le bilan de cette année nous semble positif. Nous avons pu approfondir notre travail avec les patients en le structurant et en développant notre capacité à mettre des limites.

2. Secteur administratif

La secrétaire est engagée à mi-temps et la répartition de son temps de travail est de 6 heures et demie/semaine de temps d'accueil, et de 12 heures et demie pour la fonction administrative, réunion d'équipe y comprise.

Dans le cadre des fonctions administratives, la secrétaire s'occupe notamment de :

- la facturation du forfait aux mutuelles,
- la gestion des patients abonnés, désabonnés, ou pas en ordre de mutuelle,
- la facturation des tiers payants,
- la gestion de la caisse,
- la vérification et le paiement des factures,
- la commande des fournitures et matériel de bureau,
- des tâches concernant la gestion du personnel telles que l'élaboration des contrats, déclarations Dimona, ordres de calcul, paiement des salaires, rapport avec le secrétariat social...

D'autres activités diverses, régulières ou ponctuelles, et toujours en rapport avec la gestion quotidienne de la Maison Médicale sont réalisées par cette personne.

Il faut tout de même signaler que d'autres membres de l'équipe continuent à participer aux tâches de gestion. Ceci est un choix en même temps qu'une nécessité due à l'ampleur et à la diversité du travail de gestion de la maison médicale.

3. Secteur Santé Communautaire

Le projet : Réseau d'échange de savoirs (RES)

Un réseau d'échange de savoirs met en relation des personnes qui veulent acquérir des savoirs avec celles qui proposent de les transmettre.

L'esprit du réseau est basé sur la gratuité et la réciprocité des échanges.

Les idées principales sont que :

- chacun sait quelque chose
- chacun peut apprendre à transmettre
- être en position de transmettre est valorisant

Les objectifs du réseau d'échange de savoirs de « la Boussole »

Ce réseau a pour objectif de lutter contre la solitude des patients et de la population, de recréer un lien social, de diminuer les plaintes de solitude et les problèmes de santé qui en découlent. Le RES permet aux personnes d'offrir gratuitement un ou plusieurs savoirs, talents qui leur sont propres (exemples : parler l'anglais, changer un pneu, cuisiner à l'italienne, utiliser un ordinateur, ...) et de recevoir en échange d'une autre personne un savoir qui les intéresse. Ces personnes seront donc amenées à se rencontrer et à évaluer par la suite, avec la travailleuse sociale en santé communautaire, le déroulement de ces échanges.

L'objectif final est que les échanges soient réalisés par au moins la moitié des personnes inscrites au RES, souffrant de solitude et que ces gens soient satisfaits de leurs échanges.

Le fonctionnement du RES

- Entretien individuel entre la personne intéressée et l'animateur.
- La mise en relation des personnes avant l'échange.
- L'échange
- Le suivi, l'évaluation de l'échange

Evaluation du fonctionnement du RES

Les critères d'évaluations repose sur :

- Le nombre de patients touchés, informés qui figuraient sur la liste de départ.
- Le nombre de personnes inscrites
- Le nombre de personnes qui s'échangent régulièrement leur savoir et qui souffrent de solitude.
- Nombre de participants au RES et qui ont diminué leur visite chez le médecin, en dehors des suivis de pathologie chronique.

Quatre évaluations du projet ont eu lieu en 2005 : 26 janvier, 3 mai, 26 juillet et le 21 octobre.

Résultats pour l'année 2005

De manière quantitative :

Les objectifs « finaux », que l'on s'était fixés, pour le mois d'octobre 2005 (au terme de deux années de fonctionnement) ont été atteints largement.

En effet, ce n'est pas la moitié des participants souffrants de solitude qui sont satisfait mais les deux tiers.

De manière qualitative :

La difficulté de réaliser des évaluations de manière systématique des échanges de savoirs avec les participants a pu être résolue.

L'équipe a pu répondre à cette difficulté en instaurant un système qui consiste à fixer une date d'évaluation à la fin de chaque mise en relation avec les participants.

L'impact sur la qualité des échanges s'est montré positif. Parce que cela donne l'occasion aux participants de s'exprimer sur ce qu'ils vivent lors de l'échange et la transparence sur les facilités et difficultés rencontrées entre les participants.

Plusieurs participants organisent hors des échanges de savoirs prévus, des repas, des promenades... ou lorsqu'un de ceux-ci est malade ou hospitalisé, il prend des nouvelles. Nous pouvons dire qu'il y a de réels liens qui se sont créés entre les participants.

Activité organisée au sein du RES la Boussole :

- **« Goûter de Noël »**

Sujet : goûter convivial et exposition des œuvres de l'échange « dessin »

Invités : tous les participants de la Boussole

But : rencontre entre participants et création de nouveaux échanges

Activités organisées avec les RES francophones :

- **« Stand au festival : la nuit de la musique Africaine » (Ottignies)**

Invités : tous publics

But : sensibiliser le « grand public » au RES

- **« Séance d'information des RES »**

Sujet : information pour les nouveaux participants

Invités : nouveaux et anciens participants

But : informations sur ce qui existe, sur le fonctionnement, nouvelles rencontres

- **« Rencontre offreurs et demandeurs de langues »**

Sujet : mise en relations entre offreurs et demandeurs

Invités : offreurs et demandeurs en langues des RES bruxellois

But : créer de nouveaux échanges

Formations :

- **« le droit à l'aide sociale pour l'étranger »** organisé par l'Association pour le droit des étrangers

Lieux de formation : ULB – Salle Dupréel, avenue Jeanne, 44 à 1050 Bruxelles

Date : 10 juin 2005

- **« introduction à la communication non violente »** organisé par l'Université de Paix

Lieux de formation : Boulevard du Nord, 4 à 5000 Namur

Dates : 9 et 10 décembre 2005

Réunions :

- « coordination sociale » de Jette, toutes les six semaines
- inter réseaux d'échanges des savoirs toutes les six semaines
- groupe de réflexion et d'échange d'expérience des travailleurs en santé communautaire des maisons médicales bruxelloises, tous les trimestres

Perspectives 2006

Nouveaux objectifs :

Dans le souci de vouloir « autonomiser » le projet et de se fixer de nouveaux objectifs intermédiaires et à long terme, la travailleuse sociale en santé communautaire a fait appel à une professionnelle de la fédération des maisons médicales, dans le but d'avoir un regard extérieur au projet et enfin de se fixer de nouveaux objectifs. Cette rencontre est fixée avec l'équipe de la maison médicale le jeudi 9 mars 2006.

Activités :

- Participation du groupe de l'échange de savoirs dessin au parcours d'artistes, en partenariat avec la maison de quartier l'Abordage.
But : exposer, valoriser leurs oeuvres, rencontrer d'autres personnes
- Participation du RES « la Boussole » au projet du centre d'Entraide de Jette : « Bourse aux savoirs »
But : renforcer le travail en synergie entre les associations jettoises et renforcer le projet du RES en partenariat avec l'Espace Femme et l'Abordage.
- Journée inter réseaux à thèmes : musique, langues...
But : créer de nouveaux échanges, renforcer nos liens entre réseaux
- Fête annuel inter réseaux
But : rencontre entre tous les RES francophones, se connaître

Outils :

- Création d'un journal du RES « la Boussole »,
But : diffuser l'information sur les échanges qui se réalisent, créer un intérêt et une rencontre entre les participants de ces échanges en cours. Le journal serait adressé également à l'équipe de la maison médicale et aux associations du quartier.
- Création d'une base de données
But : une meilleure gestion des données des participants
- Création d'un site Internet RES Belge
But : communiquer les informations

4. Secteur assistante sociale

Travail individuel :

L'assistante sociale est amenée à répondre à diverses demandes sociales des patients de la maison médicale.

En général, les demandes concernent :

- le logement : insalubrité, loyer trop élevé, discrimination raciale lors de la recherche de logement,
- le surendettement,
- démarche envers le CPAS pour les aides médicales urgentes
- recherche d'activités sportives démocratiques pour les enfants
- recherche de cours d'alphabétisation, d'informatique

Cela représente, pour l'année 2005 un suivi de 17 patients à raison de deux à cinq entretiens par patient.

Supervisions assistante sociale :

D'après une demande des assistants sociaux de la supervision collective de l'année 2004, une décision a été prise pour réaliser des supervisions individuelles. Celles-ci se déroulent selon la demande de chaque assistant social.

Réunion :

- « coordination sociale » de Jette, toutes les six semaines.

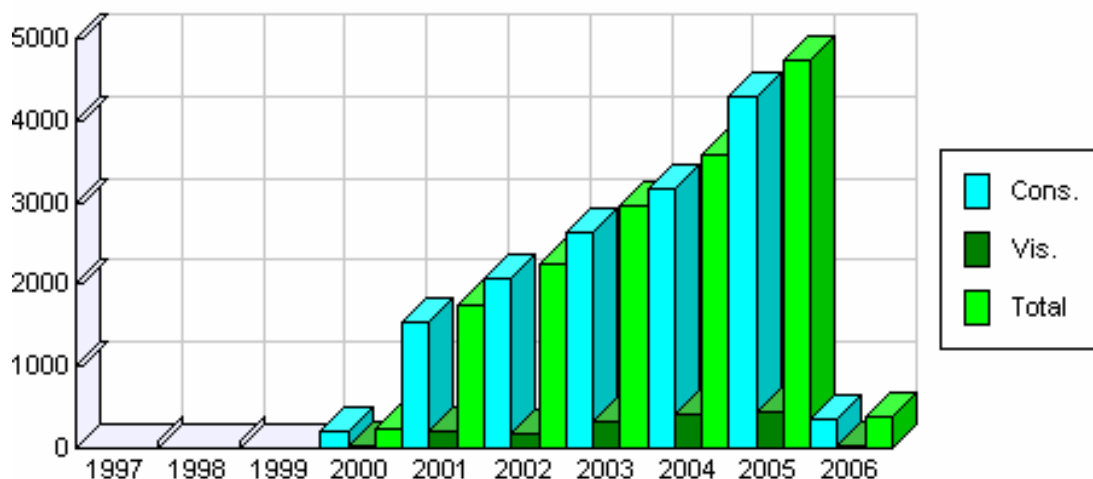
5. Secteur médical

Les activités se sont poursuivies en consultations et visites à domicile, en intégrant au maximum les aspects curatifs et préventifs.

1. Mission curative avec intégration du préventif

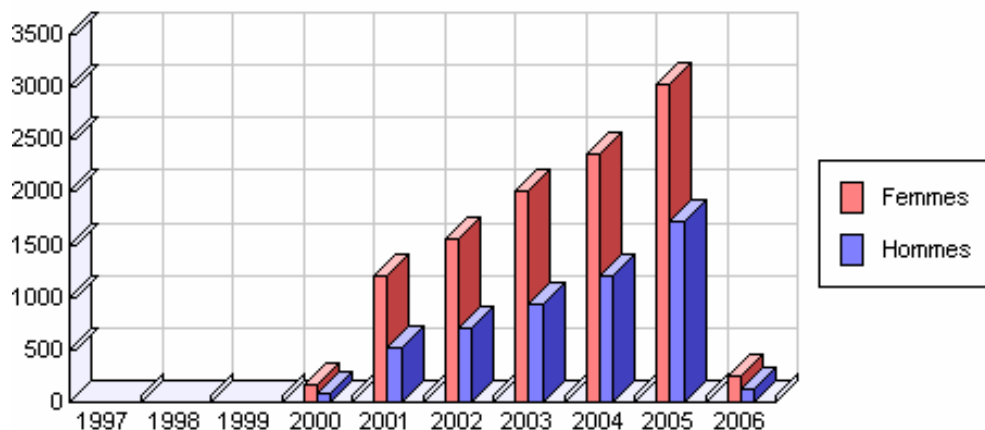
Le nombre de patients inscrits ayant augmenté, l'activité médicale a évolué comme le montrent ces graphiques :

Consultations et visites, par année



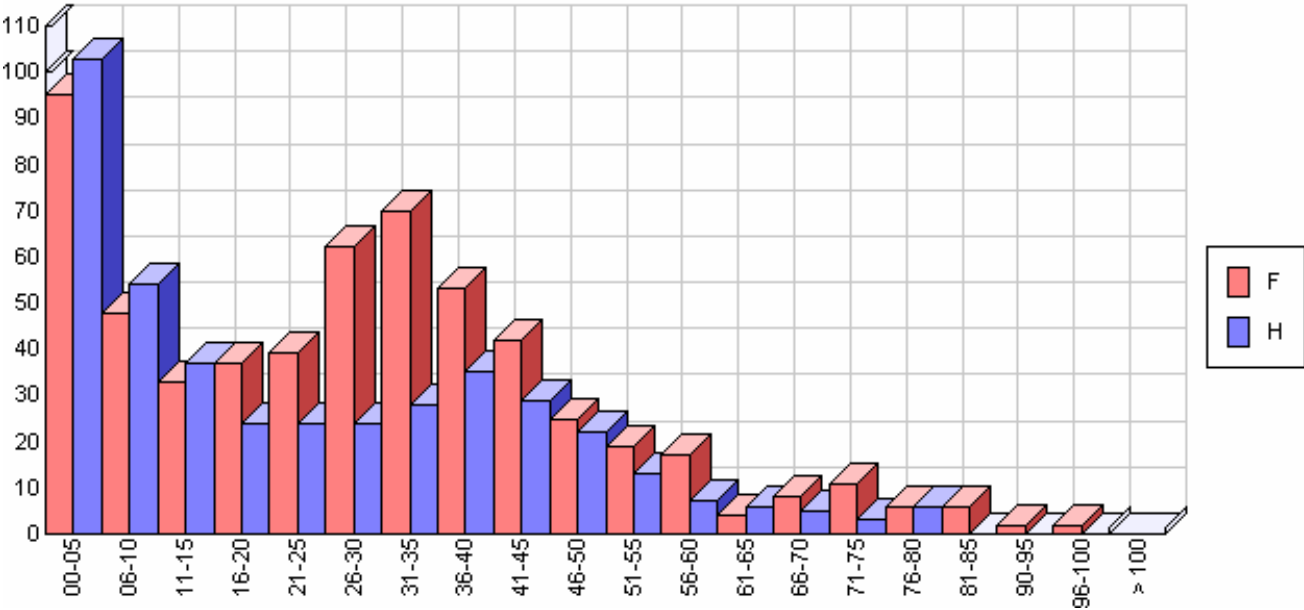
Comme partout ailleurs, nous voyons nettement plus de femmes que d'hommes.

Consultations et visites, par genre et par année



Voici une pyramide des âges des patients ayant consulté les médecins en 2005 :

CONTACTS - Patients ayant consulté au moins une fois en 2005



Ci-dessous, voici les 20 problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés en 2005.

	CISP	Libellé	total	F	M
1	R74	infection aiguë des voies respiratoires supérieures	720	987	733
2	A98	gestion de la santé / médecine préventive	537	121	416
3	D73	gastro-entérite banale	241	155	86
4	P17	usage abusif du tabac	234	116	118
5	R78	bronchite aiguë, bronchiolite	225	114	111
6	D70	infection gastro-intestinale	200	118	82
7	R76	angine aiguë	185	107	78
8	R77	laryngite, trachéite aiguë	177	111	66
9	H71	otite moyenne aiguë ou myringite	169	75	94
10	T93	trouble du métabolisme des lipides	168	98	70
11	A04	fatigue ou faiblesse générale	165	129	36
12	P76	dépression	164	129	35
13	A85	effet secondaire d'une substance médicamenteuse	155	106	49
14	D87	trouble de la fonction gastrique	145	94	51
15	L03	symptôme et plainte des lombes	145	97	48
16	P01	sensation d'anxiété, de nervosité ou de tension	135	90	45
17	R96	asthme	127	60	67
18	H81	excès de cérumen	123	66	57
19	T82	obésité	122	84	38
20	R75	sinusite aiguë ou chronique	121	99	22

2. Mission préventive proprement dite

Les médecins ont participé activement à la campagne de vaccination contre la grippe dont les résultats figurent ci-dessous. Malgré la difficulté d'approvisionnement des vaccins, nous avons obtenu une très bonne couverture.

Faits	En attente	Refus	Décédés	Désabonnés	Total
75,44%	12,28%	10,53%	0,88%	1,75%	100,00%

Les médecins ont également poursuivi les autres campagnes en cours :

- la campagne de dépistage du cancer du sein
- les vaccinations de base chez les enfants
- les frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.

3. Mission d'observatoire de première ligne

- Les médecins ont terminé le travail d'informatisation des dossiers médicaux afin de pouvoir répondre plus efficacement aux demandes concernant cette mission ;

- Les médecins ont participé aux enquêtes et interventions de la CRIPI concernant le lien entre habitat et santé ;
- Elles ont accepté de participer à un réseau de surveillance des maladies rares (Institut Scientifique de la Santé Publique – Louis Pasteur, section Epidémiologie) ;
- Les médecins collaborent activement avec le Centre National de Pharmacovigilance concernant les effets indésirables des médicaments ;
- Les trois médecins ont participé au réseau de médecins-vigies pour l'année 2005.
- En outre, elles ont pris une part active à la mise en place du tableau de bord dans la maison médicale.

4. Mission d'accueil

- Toutes les consultations médicales se font sur rendez-vous. L'accueil du patient en consultation s'en trouve modifié, par une adaptation plus aisée du temps de consultation en fonction de la problématique présentée par le patient.
- La patientèle de la maison médicale est en constante augmentation, nous avons pris en charge 181 nouveaux patients au cours de l'année 2005. Nous demandons à chaque nouveau patient inscrit de prendre un rendez-vous chez le médecin pour constituer son dossier médical afin de faire connaissance, de recueillir toutes les données médicales le concernant et de débiter la prise en charge au niveau préventif et curatif. L'entrée en relation avec le patient au cours des premières consultations donne à ces dernières une dimension toute particulière.

5. Mission de santé communautaire

- Les médecins participent activement au projet de santé communautaire développé au sein de l'équipe et qui consiste à créer un réseau d'échange de savoir (explicité au secteur santé communautaire). Les médecins participent aux réunions au cours desquelles ce projet est élaboré selon un schéma d'assurance de qualité et, au cours des consultations, relayent l'information auprès des patients susceptibles d'être intéressés par le projet.

6. Formation des médecins

- La formation continue des médecins s'inscrit dans le cadre de l'accréditation. Les médecins organisent un dodécagroupe conjointement avec ceux des maisons médicales Essegheem et Kattebroek. Les invités de ces réunions exercent souvent une partie de leur activité dans le quartier, ce qui nous permet de développer une bonne collaboration. La participation à des séminaires dans les environs renforce également les relations professionnelles de proximité.

- Les sujets abordés dans les formations en 2005 sont les suivants : traitement de la douleur, pathologies de la cheville, suivi prénatal en médecine générale, cycle sur la dépression.
- au sein de la maison médicale, les trois médecins se réunissent régulièrement pour échanger des informations médicales, fruits du questionnement permanent du clinicien, de recherches effectuées ou d'informations recueillies lors de formations extérieures.

6. Secteur Kiné

Le but de la kiné est de permettre à nos patients de garder ou de retrouver une autonomie perdue. Nous travaillons sur rendez-vous et par séances d'environ 30 minutes. Les patients nous sont adressés soit directement par nos médecins mais également par des spécialistes ou médecins extérieurs.

Le champ d'action est très vaste, ainsi nous traitons tous type de pathologies ortho, traumatolo, rhumato, neuro, respiratoire. Les traitements sont pour la plupart curatifs, nous essayons le cas échéant d'avoir un message aussi préventif que possible par rapport à des sujets tels que : prise de poids, hygiène de vie, activité physique, école du dos, importance de la gymnastique post natale....

Au début de l'année la disponibilité kiné était de 19h semaine soit un mi-temps, en septembre elle a dû être allongée à 25h semaine. Enfin le temps de travail devra probablement encore être réévalué en cours d'année. Il y a en moyenne 6h de visites à domicile par semaine.

La kiné participe également à la réunion d'équipe du jeudi midi ainsi qu'à la gestion journalière et administrative de la maison médicale.

Par ailleurs, la kiné a commencé une formation à la technique des chaînes musculaires GDS s'étalant sur quatre années à raison de trois stages de quatre jours par an.

**FEDERATION DES MAISONS MEDICALES ET COLLECTIFS DE SANTE
FRANCOPHONES – ASBL.**

CHARTRE

1) Le contexte

➤ **1.1) L'histoire des maisons médicales**

- 1.1.1) Dans les années 70, un important mouvement social, politique et culturel a traversé l'ensemble de la société belge, mais aussi d'autres pays dans le monde. Ce mouvement, d'emblée contestataire, apportait une critique au fonctionnement de l'ensemble des institutions qui sont à la base de l'organisation de la société : une justice pour les riches, des soins de santé à deux vitesses, des entreprises gérées par des patrons peu soucieux du bien-être de leurs ouvriers... Il dénonçait une mauvaise distribution des richesses produites, l'alliance des pouvoirs politiques et économiques, une démocratie plus formelle que réelle. Tout cela produisait une société inégalitaire et inéquitable dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la culture, du logement, de la justice... société dans laquelle les riches devenaient plus riches et les pauvres plus pauvres.
- 1.1.2) En Belgique et en Europe, ce mouvement a vu la création des maisons médicales, des centres de planning familial, des centres de santé mentale, des boutiques de droit, de gestion, des écoles alternatives, des associations de consommateurs... C'est aussi l'époque de la **déclaration d'Alma Ata**, de la **charte d'Ottawa**. Dans les pays du tiers monde, des mouvements révolutionnaires ont vu le jour. Tous ces projets voulaient changer, dans leur domaine, la situation existante et prouver qu'un autre mode d'organisation était possible. Fondés sur les principes d'**égalité**, d'**équité**, de solidarité, de **démocratie**, de **participation**, d'autonomie, de justice, de respect des différences, ces projets ont essayé d'appliquer ces valeurs à leur fonctionnement interne et dans leurs relations avec les usagers.
- 1.1.3) Fin des années 70, la « crise économique » est venue aggraver la situation de départ : chômage croissant, précarité en hausse, immigration de plus en plus importante. Fin '79, une grève des médecins, organisée par les Chambres syndicales, le syndicat médical majoritaire de l'époque, à l'idéologie très libérale, fut contrée par les syndicats des travailleurs et les mutuelles, avec la participation active de médecins dits « progressistes », travaillant notamment en maisons médicales, qui permirent d'assurer la continuité de l'offre de soins. Cela donna l'occasion aux maisons médicales de se connaître entre elles et de se faire connaître des pouvoirs politiques, syndicaux et mutuellistes. Un an plus tard, en 1980, la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (FMMCSF) voyait le jour.
- 1.1.4) Dès le départ, dans ses principes fondateurs, la FMMCSF avait mis en avant un projet d'organisation des soins de santé basé sur des soins de première ligne, globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale.

La crise économique des années 70 a amené le pouvoir politique à donner une certaine visibilité à ces pratiques, et à faire de timides efforts de reconnaissance et de subsidiation, sans pour autant adhérer aux principes dont ces groupes étaient porteurs et encore moins vouloir favoriser plus largement leur application. Ces aides ont permis une amélioration de certains aspects de la pratique en maisons médicale (prévention, infrastructure...). Par ailleurs, la réflexion sur un mode de financement alternatif au paiement à l'acte a pu avancer, et ce que nous appelons le **forfait** (à la capitation) a pu être négocié avec les acteurs du monde politique. L'idée de base était de permettre un financement plus cohérent par rapport à un

modèle de soins globaux, continus, intégrés. Cela a permis d'autre part d'augmenter l'accessibilité financière et de renforcer la solidarité entre bien portants et malades. C'est en 1984 que la première maison médicale a mis en pratique ce système de financement forfaitaire.

1.1.5) Dans les années 90, la crise économique s'amplifie. Le mur de Berlin tombe et avec lui tout un système de valeurs et d'organisation sociale disparaît, laissant la place à l'hégémonie totale du système libéral. En même temps, des réactions aux conséquences du **néolibéralisme** généralisé apparaissent sous la forme d'un mouvement planétaire : l'alter mondialisme.

➤ 1.2) En Belgique en 2006

1.2.1) La crise structurelle que notre société connaît depuis une trentaine d'années a eu comme

conséquence une réduction de l'intervention des pouvoirs publics dans tous les domaines de la sécurité sociale : diminution des pensions, des indemnités de chômage, des allocations familiales, réduction des interventions en matière de santé (diminution du remboursement des médicaments, augmentation du ticket modérateur, majoration de l'intervention du patients en cas d'hospitalisation). En même temps, on assiste à une profonde crise dans le mode du travail, avec augmentation du nombre de personnes sans emploi (chômeurs, prépensionnés, minimexés) et augmentation des personnes sans couverture sociale (immigrés illégaux, personnes sans domicile fixe)...

1.2.2) Cette crise n'est pas une fatalité ni le décours naturel de l'histoire. Elle est bien la conséquence d'un système économique qui propose le libéralisme comme idéologie et la libre entreprise comme modèle à suivre. Ce modèle comporte comme idée fondamentale la préservation de la liberté des entrepreneurs, et la diminution de toutes les capacités citoyennes, mais aussi des états, qui pourraient se manifester à l'encontre de leur pouvoir. Il comporte aussi l'idée de s'étendre à tout secteur de l'activité humaine pouvant produire des bénéfices (**marchandisation des services**) y compris dans des domaines jusqu'à présent reconnus comme faisant partie de la responsabilité des états : l'éducation, les transports, la santé, les communications, la gestion des sources d'énergie. Ce modèle néolibéral est en place à l'heure actuelle presque partout au niveau planétaire. Les conséquences à l'échelle mondiale sont visibles partout :

- inégalité croissante dans la distribution des richesses avec un transfert de richesses des populations pauvres vers les populations riches ;
- diminution de l'accessibilité à l'enseignement, aux soins de santé, au logement, mais aussi à l'eau, la nourriture, le travail, à des degrés divers dépendant de la zone du monde où l'on se trouve.

1.2.3) En Belgique, nous subissons des politiques qui vont dans le même sens et qui produisent des délocalisations d'entreprises et des licenciements massifs, pour des motifs purement économiques. Nous sommes confrontés à une augmentation du travail précaire (intérim, augmentation des cadences, insécurité d'emploi, surqualification) et une diminution du travail non qualifié. Les pouvoirs politiques sont par ailleurs de plus en plus soumis aux dictats des organismes non élus comme l'**Organisation Mondiale du Commerce**, dont les normes fixent les moyens d'action des gouvernements, en dehors de tout contrôle démocratique. Cela mène à une diminution de la protection des états vis-à-vis de leurs citoyens.

Parallèlement, on transfère la responsabilité de tout ce qui pose problème des pouvoirs politiques ou pouvoirs des entreprises vers les individus, qu'on oblige à travailler dans des conditions précaires, à trouver un emploi... alors que la pollution industrielle, les cadences inhumaines, l'insécurité d'emploi, les licenciements, les fraudes de grande envergure sont peu incriminés.

1.2.4) En Belgique, il y a des aspects qui restent du ressort de l'état. En matière de santé, le système de sécurité sociale, bien que devenu insuffisant, reste un pilier de la solidarité. Il nous semble en danger dans la mesure où des propositions de scission communautaire se font entendre, avec des arguments clairement exprimés de désolidarisation et un risque évident de privatisation.

L'évolution vers une reconnaissance du rôle de la première ligne, de la pluridisciplinarité, sont des points positifs du moment présent. On doit aussi citer l'accroissement du financement des soins palliatifs, l'existence de décrets reconnaissant les associations de soins intégrés (ASI), la revalorisation de la médecine générale, le développement des médicaments génériques, la reconnaissance et la prise en charge de l'IVG, l'accès accru aux services de santé mentale...

Mais en même temps, il n'y a aucune politique de santé qui appréhende de manière globale les problèmes de santé de la population, et on assiste à un investissement toujours plus important dans les deuxième et troisième échelons privilégiant le curatif par rapport au préventif, sans compter avec des dépenses pharmaceutiques en constante augmentation et sans évaluation.

1.2.5) Dans ce contexte, qui n'est pas exclusivement belge, la défense de la pérennité de la sécurité sociale, avec renforcement de la solidarité, nous semble être une priorité. Les maisons médicales et tous ceux qui croyaient dans la possibilité d'une société plus solidaire ont rêvé que les pouvoirs politiques en place allaient tenir compte du bien fondé de ce que nous avons essayé et proposé tout au long de ces trente années d'existence. Force est de constater que l'action locale dans chaque secteur n'a pas empêché l'évolution vers la situation actuelle, même si nous restons un pays privilégié y compris au niveau européen.

Une deuxième priorité est l'instauration d'une vraie démocratie qui laisse la possibilité et donne les moyens aux citoyens de participer aux grandes décisions qui concernent la vie en société. Pour cela, il faudra travailler non seulement au niveau local, mais aussi à un niveau plus global, en partenariat avec d'autres secteurs de la vie sociale qui, comme nous, font aujourd'hui le même constat et partagent les mêmes valeurs.

2) Nos valeurs

A travers notre activité professionnelle, mais aussi dans notre mode d'organisation au sein des maisons médicales, nous prônons un certain nombre de valeurs auxquelles nous sommes fortement attachés et nous essayons d'en inspirer notre pratique de tous les jours.

- 2.1) la solidarité : elle sous-entend à la fois une conscience de vivre en société, où chaque individu est un maillon d'une longue chaîne, et la notion d'aide mutuelle que nous voulons le plus possible équitable. La solidarité ne doit pas se limiter à nos quartiers, à notre pays, elle doit s'ouvrir au-delà de nos frontières et de notre hémisphère, par un meilleur partage des ressources et des connaissances, et par la mise en place d'initiatives citoyennes tournées vers les pays moins favorisés. Dans nos maisons médicales, la solidarité doit se jouer à tous les niveaux, entre les usagers, entre les professionnels, entre les usagers et les professionnels, entre maisons médicales et avec d'autres associations partenaires. Une vraie solidarité, comme celle qui est à la base de notre système de sécurité sociale, joue un rôle essentiel dans l'accessibilité, dans le domaine des soins de santé en général et dans nos maisons médicales en particulier.
- 2.2) la justice sociale, basée sur un principe d'**équité** : que chacun reçoive selon ses besoins - besoins définis socialement : avoir un logement et des moyens de subsistance décentes ainsi qu'avoir accès à l'éducation, au travail, aux soins de santé et à la justice- et contribue selon ses capacités, en jouant un rôle le plus valorisant possible et en complémentarité du rôle des autres. Tout autant que la solidarité, la justice sociale favorise l'accessibilité aux soins.
- 2.3) la citoyenneté : elle consiste en l'exercice d'un droit à la décision dans tous les domaines de la vie sociale, exercice qui par ailleurs est bien plus facile dans une société où règne la démocratie. Ce droit est cependant indissociable du devoir de s'informer de se former à la prise de décision et d'assumer sa responsabilité citoyenne. Dans le domaine des soins de santé, la citoyenneté consiste à participer au diagnostic des problèmes de santé de la communauté, à l'élaboration des solutions et aux choix des priorités, à la prise des décisions et à leur mise en œuvre.
- 2.4) le respect de l'altérité : cela concerne le respect de toutes les différences, vis-à-vis desquelles nous restons ouverts au dialogue et à l'enrichissement mutuel, sans jugement de valeur ni préjugé. Nous prônons la construction d'une société qui reconnaisse et intègre les différences.
- 2.5) l'autonomie : comprise comme la possibilité de chaque être humain de décider de son histoire et de son devenir, dans sa situation d'être social, c'est-à-dire limité et enrichi par l'existence des autres, desquels il se doit aussi de respecter l'autonomie. Elle est la condition du développement et de l'épanouissement de chaque personne en relation avec les autres. Elle est garante de son statut de sujet et de citoyen dans une société démocratique.

3) Nos objectifs

Pour défendre nos valeurs et les mettre en pratique, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- 3.5) Répondre aux besoins par l'offre de soins de santé primaires de qualité, qui soient accessibles, continus, globaux et intégrés:
 - des soins de qualité qui tiennent compte des acquis de la science, tout en gardant un souci d'efficience ;
 - *des soins accessibles sur le plan géographique, financier, temporel, culturel, ... ;*
 - *des soins continus dispensés par une équipe de thérapeutes qui travaillent dans une logique de suivi à long terme ;*
 - *des soins globaux qui tiennent compte de tous les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux ;*
 - *des soins intégrés qui englobent l'aspect curatif, préventif, palliatif et la promotion de la santé.*

- 3.6) Promouvoir l'autonomie des personnes qui font appel à nos services et renforcer leur capacité décisionnelle

- 3.1) Favoriser l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes qui président à l'organisation des systèmes de santé et des politiques sociales

- 3.2) Participer à l'élaboration de politiques de santé et de politiques sociales, avec le souci permanent du respect des valeurs de solidarité et de justice sociale.

- 3.3) Participer, avec d'autres acteurs de la vie sociale, à un processus d'évaluation des besoins de la communauté, à la recherche des solutions et à leur application pratique, tant en matière de santé que dans d'autres domaines qui influencent le bien-être des individus

- 3.4) Promouvoir la participation citoyenne au renforcement et à la défense du système de protection sociale, ainsi que les droits des usagers

- *3.7) Promouvoir la convivialité entre les travailleurs de nos équipes, avec nos partenaires, et avec les usagers de nos services*

- 3.8) Assurer des conditions de travail optimal et une organisation démocratique au sein de l'équipe pour permettre un travail de qualité, valorisant et axé sur la durée, et favoriser la meilleure qualité de vie possible aux soignants

4) Nos moyens

Nos objectifs sont mis en œuvre par une série de moyens dont les principaux sont :

(les chiffres entre parenthèses renvoient aux objectifs, à titre indicatif)

- **4.1** : (3.5)
- 4.1.a) un travail en équipe pluridisciplinaire, qui intègre notamment les dimensions psychosociales
- 4.1.b) l'utilisation du dossier médical global, pluridisciplinaire et commun
- 4.1.c) l'organisation de réunions de discussion de cas, dans une perspective transdisciplinaire
- 4.1.d) un accueil de qualité, le plus large possible tout au long de la journée
- 4.1.e) l'organisation d'une permanence du service curatif 24h/24, éventuellement en collaboration avec d'autres prestataires de soins de l'entité
- 4.1.f) un engagement dans des processus de formation continue dans les domaines curatif, préventif et de la promotion de la santé,
- 4.1.g) une utilisation pondérée et réfléchie des examens paracliniques et des médicaments, tenant compte notamment des acquis de la médecine basée sur les preuves (EBM= Evidence Based Medicine)
- 4.1.h) la recherche de qualité dans la relation soignant/patient, entre autre par la promotion d'une médecine qui donne du temps pour l'écoute.
- 4.1.i) La mise en place d'un système de financement qui maximalise l'accessibilité financière pour les patients.
- 4.1.j) un souci d'information des travailleurs sur les différentes cultures pour mieux les respecter et mieux les intégrer dans nos pratiques.

4.2 (3.6)

- une démarche volontariste d'éducation permanente qui valorise le savoir et les compétences populaires, et les articule avec ceux des professionnels.

4.3 : (3.1)

- un souci permanent d'information des usagers de nos structures dans les différentes matières en lien avec leur santé.

4.4 : (3.2.)

- 3.2.a) la participation aux structures de type observatoire de la santé.
- 3.2.b) la mise en place de la représentation de la fédération des maisons médicales dans des structures qui décident du financement des soins de santé tant au niveau curatif, préventif, et de promotion et éducation pour la santé.
- 3.2.c) l'interpellation des pouvoirs publics au sujet de problématiques influençant l'état de santé des populations qui font appel à nos services
- 3.2.d) une démarche volontariste de partenariat avec d'autres représentants de la population (syndicats et mutuelles) pour la mise en valeur de notre expérience de terrain.

4.5 : (3.3)

- 4.5.a) une volonté d'ancrage au sein du quartier, via la participation aux activités impliquant le tissu associatif local

- 4.5.b) l'implication des travailleurs dans les actions de santé communautaire
- 4.5.c) la participation à des dynamiques locales de recherche-action en soins de santé primaires, le cas échéant en partenariat avec d'autres associations du réseau

4.6 : (3.4)

- 4.6.a) un soutien au développement de groupes de patients et d'associations d'usagers.
- 4.7.b) l'organisation et/ou la participation aux débats sur le système de sécurité sociale, avec les organisations des patients au niveau local.
- 4.7.c) l'information des patients sur les lois qui concernent leurs relations avec les différents organismes et institutions des soins de façon individuelle ou collective.

4.7 : (3.7)

- 4.7.a) l'organisation d'activités totalement ou partiellement récréatives où le contact entre travailleurs permet une meilleure connaissance et compréhension de chacun.
- 4.7.b) l'organisations de rencontres, fêtes , activités culturelles, débats, avec les patients et les travailleurs d'autres institutions du réseau au niveau local.
- 4.7.c) la participation des travailleurs aux activités organisés par le réseau, ou par les organisations de patients en dehors des activités de travail.
- 4.7.d) une organisation du temps et des espaces de travail qui permette les rencontres informelles entre travailleurs.

4.8 : (3.8)

- 4.8.a) un fonctionnement d'équipe basé sur l'**autogestion**
- 4.8.b) la mise en place de relations de travail non hiérarchiques au sein de nos équipes
- 4.8.c) une organisation de l'équipe autour d'un organigramme explicite

5) Lexique

5.1) Autogestion : mode d'organisation dans lequel chaque travailleur intervient dans la prise des décisions, et dispose d'une voix. Cela implique une participation de tous dans la gestion, une non-hiérarchisation, mais également le partage des responsabilités, et favorise la solidarité parmi les travailleurs.

5.2) Charte d'Ottawa (1986)²: première conférence internationale pour la promotion de la santé, qui a émis la Charte pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions.

5.3) Déclaration d'Alma Ata (1979)³: proposée par l'OMS et adoptée par de nombreux états, elle soulignait l'importance d'une approche globale de la santé et réaffirmait le droit à la santé pour tous. Elle en faisait un objectif social fondamental et soulignait l'importance des soins de santé primaires : « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et toutes les collectivités de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puisse supporter. Ils font partie intégrante du système de santé dont ils sont la cheville ouvrière ainsi que du développement économique et social de la communauté ».

5.4) Démocratie : régime politique dans lequel le peuple exerce sa souveraineté lui-même, sans l'intermédiaire d'un organe représentatif (démocratie directe) ou par représentants interposés (démocratie représentative)

5.5) Égalité : rapport entre individus, citoyens égaux en droits et soumis aux mêmes obligations. Chacun donne la même chose et reçoit la même chose, quelle que soit sa situation de départ.

5.6) Équité : principe éthique de justice sociale qui peut se résumer dans la formule marxienne : « de chacun selon ses moyens (capacités), à chacun selon ses besoins ». En pratique cela signifie que

- les citoyens doivent contribuer (au financement du système de santé) en fonction progressive de leurs revenus globaux. Les citoyens fortunés doivent donc contribuer plus.
- les citoyens doivent pouvoir bénéficier des soins en fonction (et seulement en fonction) de leur état de santé. Les malades graves doivent (29) pouvoir⁴ bénéficier de beaucoup de soins, de soins lourds et coûteux quels que soient leurs moyens financiers.

5.7) Forfait à la capitation : système de paiement dont le calcul est basé sur la moyenne annuelle des remboursements par les mutuelles des soins de médecine générale, kinésithérapie

² http://www.craes-crips.org/concepts/charte_ottawa.htm

³ <http://www.sepsac.org/index.php?id=12&L=0>

et soins infirmiers (MKI), et ce dans les différentes catégories de bénéficiaires ordinaires et de bénéficiaires VIPO.

5.8) Libéralisme⁵ : conception philosophique qui souligne la capacité personnelle de chaque acteur (individu ou entreprise) à prendre des décisions rationnelles en fonction de ses propres intérêts et affirme l'égalité théorique existant entre les individus. Lorsque des intérêts s'opposent, les acteurs négocient et font des concessions pour aboutir à l'intérêt général. Le libéralisme se traduit en politique par la promotion des libertés individuelles et une conception du rôle de l'Etat comme arbitre, appelé à intervenir le moins possible. En économie, le libéralisme débouche sur une large confiance accordée au marché animé par les acteurs privés et sur une abstention des pouvoirs publics.

Le libéralisme repose sur un principe d'égalité théorique, mais ne voit pas d'inconvénient à ce que celle-ci coexiste avec une inégalité factuelle, dans la répartition des richesses par exemple.

5.9) Marchandisation des services⁶ : le secteur des services, dans le mouvement global d'expansion du système économique, reste un des secteurs à exploiter à court terme. Il regroupe les services « marchands » comme le tourisme, les assurances et le marketing, mais aussi les services « non marchand » c'est-à-dire les services publics de santé, d'éducation ou culturels. Ces secteurs non marchands, encore vierges car protégés par les pouvoirs publics, représentent de juteux profits potentiels : le « marché » mondial de la santé est évalué à 3.500 milliards de dollars et celui de l'éducation à 2.000 milliards. Or un des accords de l'OMC, l'accord général sur le commerce des services (AGCS), a pour ambition de « libéraliser tous les services dans tous les secteurs ». Des exemptions existent, seulement pour la justice, la police et l'armée.

5.10) Néo libéralisme : est la reprise des idées libérales depuis un tournant que l'on peut situer dans les années 1970 (affaiblissement de la perspective d'un nouvel ordre économique international). Ce processus, dont les fondateurs sont Milton Friedman et les « Chicago Boys », préconise l'élimination du rôle de l'Etat en tant que régulateur des relations commerciales, la privatisation à outrance et le règne des lois du marché comme arbitre suprême entre les sociétés et les nations.

5.10 bis) Non hiérarchie : par opposition à la notion de **hiérarchie** qui signifie « classement selon l'ordre d'importance », la notion de **non hiérarchie** signifie que nous considérons que les travailleurs engagés dans nos équipes ont des droits et des devoirs égaux en ce qui concerne l'information et la prise des décisions administratives et de gestion du projet de l'équipe, aussi bien que leur capacité d'exercer des fonctions de représentation ou de délégation de pouvoir.

Par extension, cette notion s'applique aussi dans le champ des soins, où la priorité est donnée à la concertation entre les membres de l'équipe de soignants plutôt qu'à la prééminence d'un savoir (lié à un diplôme) au détriment d'autres savoirs.

⁵ « Vivant univers », n° 440, mars 1999

⁶ http://www.cncd.be/pages/actu_article.cfm?news_id=303

5.11) Organisation Mondiale du Commerce (OMC)⁷ : organisation internationale chargée de favoriser la liberté des échanges commerciaux, compris au sens large : tarifs, télécommunication, services financiers... Créée en avril 1994 sur les cendres du GATT (General Agreement on Trade and Tariffs), lors de la conférence de Marrakech, elle a été officiellement mise en œuvre en janvier 1995. L'OMC a pour perspective la suppression des barrières douanières dans les domaines où il en existe encore. Ces barrières peuvent être de différents ordres. D'inspiration libérale, l'OMC s'inspire des thèses classiques sur la primauté du marché (l'offre et la demande) et sur l'idée que si chacun (chaque pays) poursuit son intérêt individuel, l'intérêt général sera rencontré. Les membres de l'OMC sont les Etats.

5.12) Participation : cela va bien au-delà de la simple utilisation des services, mais consiste plutôt en l'intervention dans la prise de décision ou dans la gestion. La participation peut prendre des formes collectives ou individuelles, être suscitée par les professionnels, ou initiée par les usagers... Un projet est participatif s'il est à l'écoute des demandes, s'il aide à mieux les entendre, si les usagers ont l'occasion de s'exprimer, de participer aux différents stades du projet, de le modifier, voire de le refuser, et de l'évaluer.

Annexe 3 : compte

⁷ http://www.cncd.be/pages/thema_omc.cfm

BILAN AU 31 DECEMBRE 2005

ACTIF

	<u>ACQUIS.</u>	<u>AMORT.</u>	<u>RESID.</u>	
IMMOBILISATIONS CORPORELLES				
ALARME	2.345,65	1.439,76	905,89	
MOBILIER DE BUREAU	1.898,71	834,56	1.064,15	
MATERIEL DE BUREAU	4.678,01	1.559,34	3.118,67	
MATERIEL INFORMATIQUE	9.601,87	7.602,60	1.999,27	
AMENGAGEMENTS LOCAUX	7.586,45	5.368,54	2.217,91	
LEASING PULSON	807,91	807,91	0,00	
LEASING PC	4.869,88	4.869,88	0,00	
LEASING TONIC TEND BUREEL	1.638,90	1.638,90	0,00	
LEASING TABLE EXAMEN	2.017,59	2.017,59	0,00	
LEASING MATERIEL INFORMATIQUE	6.078,40	4.558,80	1.519,60	
LEASING TABLE EXAMEN+PESE PERS.	2.432,89	2.432,89	0,00	
	<u>43.956,26</u>	<u>33.130,77</u>	<u>10.825,49</u>	10.825,49
IMMOBILISATIONS FINANCIERES				
GARANTIE LOCATIVE WERRIE				3.900,00
CREANCES A 1 AN AU PLUS				
CLIENTS			3.613,97	
INTERVENTION INAMI/STAGIAIRE			<u>9.519,12</u>	13.133,09
VALEURS DISPONIBLES				
C/C TRIODOS			30.178,88	
C/C FORTIS			353,35	
CAISSE			<u>168,91</u>	30.701,14
COMPTES DE REGULARISATION				
CHARGES A REPORTER				1.358,00
				59.917,72

PASSIF

BENEFICES REPORTES

RESULTATS EXERCICES ANTERIEURS	14.471,72	
BENEFICE DE L' XERCICE	<u>8.837,12</u>	
		23.308,84

DETTES A PLUS D'UN AN

LEASING MATERIEL LT		P.M.
---------------------	--	------

DETTES A PLUS D'UN AN ECHEANT DANS L'ANNEE

LEASING MATERIEL CT		2.242,05
---------------------	--	----------

DETTES A UN AN AU PLUS

FOURNISSEURS	10.237,21	
REMUNERATIONS NETTES	2.220,09	
PROVISION PECULES DE VACANCES	<u>21.909,53</u>	
		34.366,83

59.917,72

COMPTE DE RESULTAT

	<u>2005</u>	<u>2004</u>
DEBIT		
SERVICES & BIENS DIVERS	40.520,35	30.331,87
	264.375,5	
FRAIS DE PERSONNEL	9	207.909,11
AMORTISSEMENT		
S	11.183,36	8.640,83
AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION	991,77	1.132,16
CHARGES FINANCIERES	1.306,43	1.187,14
CHARGES EXCEPTIONNELLES (perte garantie locative)	0,00	2.371,70
	318.377,5	
	0	251.572,81
BENEFICE DE L'EXERCICE	8.837,12	6.083,75
	327.214,6	
	2	257.656,56
	327.214,6	257.656,56
	2	
CREDIT		
	232.478,5	
FORFAITS, DMG	5	195.597,25
ACTES	3.236,01	3.306,20
TIERS-PAYANTS	3.246,04	616,34
RECETTE ASSURANCE	501,98	107,78
RECETTE STAGIAIRE	9.519,12	604,54
RECETTES PRESTATIONS EXTER.(expert.+jeton Ca+..)	987,94	500,00
SUBSIDES	56.631,81	47.183,48
RECETTES INIG,		
CP	29,28	170,40
INTERVENTIONS MARIBEL (chambre des MM)	20.007,99	8.564,39
DON	0,00	187,00
REMBOURSEMENTS CHARGES	497,50	300,80
PRODUITS FINANCIERS	51,05	63,75
REGULARISATIONS DIVERSES	27,35	454,63
	327.214,6	
	2	257.656,56
	327.214,6	257.656,56
	2	

FRAIS DE PERSONNEL

	<u>2005</u>	<u>2004</u>
REMUNERATIONS EMPLOYES	133.137,52	95.020,38
SALAIRES OUVRIER	3.283,78	2.922,69
COTISATIONS PATRONALES EMPLOYES	39.902,34	29.039,43
COTISATIONS PATRONALES OUVRIER	1.219,21	1.421,71
COTISATION PEC.VAC.OUVRIER	307,54	0,00
FRAIS SECRETARIAT SOCIAL	3.319,30	2.762,47
AUTRES CHARGES DE PERSONNEL	2.188,32	2.039,00
HONORAIRES MEDECINS	57.606,46	52.679,85
HONORAIRES KINES	50,00	11.179,58
HONORAIRES INFIRMIERES	3.462,32	324,01
PRESTATIONS MED.EXTERIEURS	3.933,29	5.830,25
PRESTATIONS KINES EXTERIEURS	9.206,99	1.167,38
PROVISION PECULES DE VACANCES	21.909,53	15.857,59
REPRISE PROVISION PEC. VAC	-15.857,59	-12.995,58
SERVICE MEDICAL	706,58	660,35
	<hr/>	<hr/>
	264.375,59	207.909,11
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION

TVA LEASING MATERIEL	991,77	1.132,16
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

CHARGES FINANCIERES

INTERETS SUR LEASING	486,63	991,09
INTERETS ET FRAIS DE BANQUE	224,76	128,63
INTERETS ET MAJORATIONS	0,00	0,00
REGULARISATIONS DIVERSES	595,04	67,42
	<hr/>	<hr/>
	1.306,43	1.187,14
	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

RELEVÉ DES SERVICES & BIENS DIVERS

	<u>2005</u>	<u>2004</u>
LOYERS	11.338,96	8.769,88
ENTRETIEN ET PETITES REPARATIONS	3.892,61	2.038,63
PRODUITS D'ENTRETIEN	271,55	102,43
EAU	101,22	75,49
ELECTRICITE	2.965,27	3.873,15
TELEPHONE-FAX-GSM	2.575,56	2.683,77
FRAIS POSTAUX	603,50	555,99
FRAIS BANKSYS	86,75	399,19
FRAIS DE PUBLICATION, D'ENREGISTREMENT	300,83	98,34
FORMATIONS, SEMINAIRES	686,00	834,73
ASSURANCES	1.499,78	1.488,11
FRAIS DEPLACEMENT	293,04	267,92
IMPRIMES, FOURNITURES DE BUREAU	1.177,45	1.611,61
PETIT MOBILIER DE BUREAU	0,00	595,83
CANTINE, DECORATION	335,52	203,62
ENTRETIEN ET REPARATION MATERIEL	0,00	107,69
ABONNEMENTS ET DOCUMENTATIONS	350,97	126,00
FRAIS COMPTABILITE	1.750,00	1.304,39
HONORAIRES AUX TIERS	208,10	0,00
REMBOURSEMENTS SOINS PATIENTS	1.335,85	627,75
COTISATIONS DIVERSES(Fmmcsf, Amc)	3.870,43	1.524,10
COTISATION FIGAC	738,10	595,00
FRAIS INFORMATIQUE	1.804,39	1.256,95
FOURNITURES MEDICALES+DOSSIERS MED.	3.840,17	918,39
PRESTATIONS SERVICES MM ESSEGHEM ASBL	109,00	86,56
PRESTATIONS SERVICES MM KATTEBROEK ASBL	0,00	56,60
FRAIS DE REPRESENTATION	202,15	79,75
DON, CADEAU	183,15	50,00
	40.520,35	30.331,87
	40.520,35	30.331,87

		Valeur d'acquisition		Amortissements antérieures	Amortissements de l'exerc.	fin exerc.	Valeur résiduelle
	<u>Installation, outillage</u>						
2002	Alarme	986,82	3 ans	986,82	-	986,82	-
2005	Alarme/Extension	1.358,83	3 ans	-	452,94	452,94	905,89
	Total :	2.345,65		986,82	452,94	1.439,76	905,89
	<u>Mobilier de bureau</u>						
2003	PANDAVA/Armoire	302,49	3 ans	201,66	100,83	302,49	-
2005	Bruneau	837,13	3 ans	-	279,04	279,04	558,09
2005	Bruneau/Chaise+table	759,09	3 ans	-	253,03	253,03	506,06
	Total :	1.898,71		201,66	632,90	834,56	1.064,15
	<u>Matériel informatique</u>						
2003	Unibest/logiciel informat.	5.588,99	3 ans	3.726,00	1.862,99	5.588,99	-
2003	Unibest/Compaq	1.013,98	3 ans	675,98	338,00	1.013,98	-
2005	Unibest/Installation informatique	2.998,90	3 ans	-	999,63	999,63	1.999,27
	Total :	9.601,87		4.401,98	3.200,62	7.602,60	1.999,27
	<u>Matériel de bureau</u>						
2005	Belgium/Telephone	1.222,10	3 ans	-	407,37	407,37	814,73
2005	Belgium	810,70	3 ans	-	270,23	270,23	540,47
2005	Belgium/Centrale téléphon.+ instal.	2.645,21	3 ans	-	881,74	881,74	1.763,47
	Total :	4.678,01			1.559,34	1.559,34	3.118,67
	<u>Leasing matériel</u>						
2002	Van Breda/Pulson	807,91	2 ans	807,91	-	807,91	-
2002	Van Breda/PC	4.869,88	4 ans	3.652,41	1.217,47	4.869,88	-
2002	Van Breda/Tonic Tend Bureel	1.638,90	2 ans	1.638,90	-	1.638,90	-
2002	Van Breda/Table d'examen	2.017,59	3 ans	2.017,59	-	2.017,59	-
2003	Van Breda/Table + lampe + ...	2.432,89	3 ans	1.621,92	810,97	2.432,89	-
2003	Van Breda/Matériel informatique	6.078,40	4 ans	3.039,20	1.519,60	4.558,80	1.519,60
	Total :	17.845,57		12.777,93	3.548,04	16.325,97	1.519,60
	<u>Aménagements locaux</u>						
2003	Bosman/Trav plomberie	807,43	3 ans	538,28	269,15	807,43	-
2003	Richard/Cablage inf	1.234,20	3 ans	822,80	411,40	1.234,20	0,00
2003	Dumont/Travaux	2.813,25	5 ans	1.125,30	562,65	1.687,95	1.125,30
2003	Richard/Aménagem.electricité	2.731,57	5 ans	1.092,64	546,32	1.638,96	1.092,61
	Total :	7.586,45		3.579,02	1.789,52	5.368,54	2.217,91
	TOTAL	43.956,26		21.947,41	11.183,36	33.130,77	10.825,49