

# FREE CLINIC

asbl

Chaussée de Wavre 154a  
1050 Bruxelles  
Agréée par la CoCoF

## RAPPORT D'ACTIVITES 2010

Service de Santé Mentale

Service de Médiation de dettes

Service d'Aide Juridique de première ligne

Service Planning Familial . I.V.G.

Maison Médicale

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	3
LA DEMARCHE D'EVALUATION QUALITATIVE	9
LES SERVICES COMMUNS : - L'Accueil	23
- Le Service Social	25
PROJETS COMMUNS - SANTE COMMUNAUTAIRE	29
LES DIFFERENTS SERVICES	
1. LE SERVICE DE SANTE MENTALE	35
2. LE SERVICE DE MEDIATION DE DETTES	53
1. Statistiques	53
2. Formations	59
3. LE SERVICE D'AIDE JURIDIQUE	63
1. Les activités principales	63
2. Statistiques des consultations	64
4. LE SERVICE PLANNING FAMILIAL - IVG	84
A. Moyens financiers	85
B. Analyse des données	85
C. Les entretiens	87
D. Les activités de prévention	88
E. Les activités spécifiques	92
F. Réunions d'équipe	94
G. Formations suivies	95
H. Evaluation de nos projets	96
5. LA MAISON MEDICALE	98
I. Introduction	98
II. Le Service médical	98
III. La Kinésithérapie et l'Ostéopathie	111
ANNEXES	
Présentation de l'institution	115
Listing du personnel	

# **INTRODUCTION GENERALE**

## INTRODUCTION

L'année 2010 a été marquée par un événement particulier.

Certes l'ensemble de la Free Clinic s'est réjoui d'apprendre les maternités et paternités nouvelles de certains travailleurs.

Certes les travailleurs de l'institution ont fêté comme il se devait le départ à la retraite de notre chère collègue Françoise Lassoie.

Mais outre ces quelques événements qui jalonnent la vie de toute institution, en 2010, la Free Clinic a vu, comme beaucoup d'autres organisations bruxelloises, l'arrivée de la Démarche d'Evaluation Qualitative initiée par le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre des services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

Voilà l'évènement particulier de 2010 !

Pourquoi « particulier » ? Parce que les réactions face à un concept tel que « Démarche d'Evaluation Qualitative » ont été nombreuses et intéressantes.

Si l'ensemble des travailleurs de la Free Clinic avait constitué un mime, ce mime aurait montré un visage passant de l'étonnement à l'interrogation : (*C'est quoi une démarche d'évaluation qualitative ? Pourquoi une démarche d'évaluation qualitative ?*), de l'interrogation à l'inquiétude (*Quel impact cette démarche aura-t-elle sur notre travail quotidien ? Le temps consacré à cette démarche empiètera-t-il sur le temps consacré à notre travail quotidien, et si oui, dans quelles proportions ? Quel sera le coût d'une telle démarche ?*), de l'inquiétude au doute (*A quoi va servir au final cette démarche d'évaluation qualitative pour les autorités subsidiantes ?*), du doute à la curiosité (*Comment mettre en place une telle démarche pour une institution comme la nôtre qui est multi-agrée ? Comment faire pour que cela nous permette de favoriser l'inter-disciplinarité ?*), de la curiosité à l'intérêt, voire, pour certains, à l'enthousiasme (*C'est l'occasion pour nous de nous pencher sur des questions latentes en terme d'efficacité, de compétence, de qualité d'offre ! Des questions qui ont souvent été abordées auparavant mais qui faute d'un cadre structuré, de temps et de moyens n'ont pas toujours trouvé réponse !*).



Mais quittons le monde du langage imagé et corporel pour aborder concrètement l'arrivée de la Démarche d'Evaluation Qualitative à la Free Clinic.

La venue d'un processus comme la Démarche d'Evaluation Qualitative, plus communément appelée DEQ, ça se prépare ! Certes, plusieurs enquêtes qualitatives ont déjà été initiées et ont été relatées dans nos rapports d'activités précédents. Prenons pour exemple, l'enquête faite auprès des travailleurs de la Free Clinic portant sur les concepts d'autonomie et de citoyenneté, enquête figurant dans le rapport d'activités 2009. Mais avec la Démarche d'Evaluation Qualitative, la configuration des enquêtes qualitatives revêt un caractère plus officiel, plus structuré.

### **Le lancement de la Démarche d'Evaluation Qualitative à la Free Clinic**

Les instances décisionnelles de la Free Clinic ont décidé de confier la mise en place de la DEQ à une personne. Pour cela, elles ont confié le poste de « responsable DEQ » à une salariée, Marie-Noëlle Coetsier, en recourant à l'obtention d'un Maribel social pour une période de 6 mois, allant du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 30 novembre 2010, à raison de 15 heures par semaine.

Le rôle premier de la « responsable DEQ » fût d'expliquer les tenants et aboutissants d'une démarche d'évaluation qualitative à l'ensemble du personnel. Pour cela, une brochure intitulée «Une démarche d'évaluation qualitative à la Free Clinic – Petit guide informatif et pratique» fût réalisée et soumise à la lecture de chaque travailleur.

Chaque service fût ensuite invité à organiser une réunion en septembre 2010 au cours de laquelle les thèmes et déclinaisons sectorielles listés par la COCOF ont été présentés et explicités.

La consigne donnée par la « responsable DEQ » aux travailleurs était de choisir individuellement 3 thèmes qui touchaient selon eux à une ou plusieurs problématique(s) rencontrée(s) fréquemment dans leur travail quotidien.

Marie-Noëlle Coetsier a ensuite collecté les feuilles comportant les choix individuels des travailleurs de la Free Clinic et en a compilé les choix majoritaires ressortant de chaque service.

## I. L'Assemblée Générale dédiée à la DEQ

Le 30 septembre 2010 l'institution a organisé une Assemblée Générale « Free Clinicienne » exceptionnelle dédiée à la DEQ.

Lors de cette Assemblée Générale, nous nous sommes penchés sur plusieurs points :

### 1°) L'implication des travailleurs dans la DEQ.

L'AG a décidé qu'il fallait éviter que la DEQ devienne l'affaire d'une minorité de travailleurs, le but étant de favoriser un travail collectif et pluridisciplinaire.

Il a donc été décidé que tous les travailleurs devaient s'impliquer dans la démarche d'évaluation qualitative.

La Free Clinic étant agréée pour plusieurs secteurs - Maison Médicale, Planning Familial, Centre de Santé Mentale et Service de Médiation de Dettes - l'ensemble des travailleurs a opté pour la constitution d'équipes thématiques se penchant sur des thèmes différents et composées de façon transversale et interdisciplinaire.

En matière de rémunération pour les travailleurs indépendants, il a été décidé, pour 2010 et à titre temporaire, que chaque heure dédiée à une réunion DEQ est payée sous forme d'honoraires dont le montant horaire est calqué sur les honoraires de réunions habituelles au sein de la Free Clinic. Par ailleurs, il a été décidé de budgétiser le manque à gagner induit par les heures de réunions consacrées par les indépendants et les salariés à la démarche, étant donné que ces réunions se font pendant les heures de travail. L'objectif est de maintenir un équilibre entre le travail quotidien accompli et l'évaluation qualitative effectuée.

### 2°) Les bénéficiaires de la DEQ.

Nous avons abordé une question préalable aux choix définitifs des thèmes :  
Opte-t-on pour des thèmes axés sur l'utilisateur ou sur l'organisation interne de la Free Clinic ?

L'AG a voté à l'unanimité absolue pour des thèmes axés sur le bien-être de l'utilisateur tout en s'accordant que cet axe constitue un biais d'entrée pour viser accessoirement l'organisation interne et par conséquent le bien-être des professionnels également.

3°) L'organigramme de fonctionnement au sujet de la DEQ à mettre en application à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011

L'organigramme suivant a été proposé et avalisé par l'AG :

**Assemblée Générale**

- 1 AG « DEQ » par an



**Conseil d'Administration**

- Rencontre le Comité de Coordination avec éventuellement la « responsable DEQ »



**Comité de Coordination**

- Débriefing avec la « responsable DEQ » 1x /mois
- Rencontre COCOF avec la « responsable DEQ »
- Débriefing au Conseil d'Administration



**Responsable DEQ**

- Organiser les réunions DEQ
- Assister aux réunions DEQ (aide méthodologique)
- Débriefing avec le Comité de Coordination 1x/mois
- Rencontre le Conseil d'Administration si nécessaire
- Rencontre COCOF et Fédérations



**Equipes DEQ**

- Au mieux, 1 travailleur de chaque service/équipe DEQ
  - 1 représentant (porte-parole)/ équipe DEQ
- 1 réunion/2 ou 3 mois (en fonction du planning d'action)
  - 1 point DEQ 1x/mois lors des réunions de service

#### 4°) Les thèmes de travail de la DEQ :

Les thèmes individuels et majoritaires pré-sélectionnés sont les suivants :

##### \* L'accueil

- Fonction d'accueil ;
- Concept d'accueil de qualité, l'évaluation de l'accueil ;
- Accueil des populations fragilisées et/ou particulières.

##### \* L'accessibilité

- Traitement des situations d'urgence et de crise ;
- Gérer le flux des demandes ;
- La gestion, organisation des ressources humaines ;
- Connaissance de la demande et l'émergence des nouveaux besoins.

##### \* Le travail en équipe

- La prise en charge globale de la problématique de l'utilisateur ;
- Les conditions de travail (cadre, charge, sécurité).

##### \* Connaissance des bénéficiaires et participation

- Evolution des publics (socio-économique, culturelle, qualité de vie ...)  
et de l'adéquation des services ;
- La place de l'utilisateur ;
- Stratégies visant l'autonomie des bénéficiaires.

##### \* La DEQ collective

- Revendications et défense des droits.

Au terme de cette AG, il a été décidé de consacrer une demi-journée afin d'affiner les choix thématiques et de composer les équipes de travail. Ce que nous avons fait le 26 octobre 2010.

## II. La demi-journée « DEQ » du 26 octobre 2010

Cette demi-journée nous a permis d'aboutir à la conclusion suivante :

- Un premier groupe travaille sur le thème reformulé : « Comment décoder la demande et assurer un accueil de qualité ? » et se penche sur les thèmes de la gestion du flux des demandes, de la gestion des situations d'urgence et de crise, de l'accueil des populations fragilisées et de l'accueil de qualité.  
Ce thème est introduit pour l'agrément Maison Médicale de la Free Clinic.
- Un deuxième groupe travaille sur les thèmes de la connaissance de la demande et l'émergence des nouveaux besoins, et de l'évolution des publics et l'adéquation des services.  
Ce thème est introduit pour l'agrément Centre de Santé Mentale de la Free Clinic.



- Un troisième groupe travaille sur le thème de la revendication et défense des droits.  
Ce thème est introduit pour l'agrément Planning Familial de la Free Clinic.
- Un quatrième groupe travaille sur les thèmes de l'évolution des publics et de l'adéquation des services, et de la stratégie visant l'autonomie des bénéficiaires.  
Ce thème est introduit pour l'agrément Service de Médiation de dettes de la Free Clinic.

Afin de répondre aux questions du formulaire d'introduction du projet de la démarche d'évaluation qualitative à remettre pour le 31 décembre 2010, chaque groupe/équipe thématique s'est ensuite réuni deux fois pendant deux heures dans le courant des mois d'octobre et novembre 2010.

### III. Les contours de la DEQ en 2011

Les organes décisionnels de la Free Clinic ont pris deux décisions concernant la DEQ en 2011.

La première décision fût de prolonger le poste de responsable DEQ, à raison de 10 heures par semaine, rémunérées au barème universitaire.

Ce poste est financé sur fonds propres et représente un investissement d'environ 15.250 euros par an.

La seconde décision fût d'uniformiser le montant du paiement des honoraires indépendants consacrés à la DEQ, à raison de 36 euros l'heure.

Une telle démarche nous a demandé beaucoup de réflexions, de discussions et de préparations.

Nous sommes attachés à mener à bien ce travail, osant croire qu'il servira non seulement à l'amélioration qualitative des services offerts à nos usagers mais aussi qu'il nous apportera des satisfactions professionnelles.

Nous devons trouver un juste équilibre entre nos consultations et cette démarche d'analyse de notre travail.

## LA DEMARCHE D'EVALUATION QUALITATIVE



La Free Clinic est agréée par la Commission Communautaire Française pour quatre services :

- la Maison Médicale,
- le Service de Santé Mentale,
- le Planning Familial,
- le Service de Médiation de Dettes.

Chacun de ces services est donc tenu par le décret de procéder à une démarche d'évaluation qualitative.

Comme mentionné ci-avant, il a été décidé en Assemblée Générale que l'ensemble des travailleurs de la Free Clinic s'impliquera dans la démarche d'évaluation qualitative, et ce, afin de favoriser un travail interdisciplinaire et collectif.

Dès lors, les membres des services qui ne sont pas agréés, tels que le service Infor-Droit, le service Kiné-Ostéo, le service Social, ont été également invités à fournir un travail de démarche d'évaluation qualitative en rejoignant un des quatre groupes thématiques désignés.

Les ressources mobilisées pour atteindre les objectifs de chacune des quatre équipes thématiques sont essentiellement articulées autour de la définition de temps opératoires représentant l'équivalent de 20 heures par an. Ces temps opératoires comprendront les réunions, les temps d'actions, les temps d'analyses et d'évaluations. Les travailleurs indépendants de l'institution seront forfaitairement dédommagés pour leur participation à ces temps opératoires. En ce qui concerne les travailleurs salariés, ces temps opératoires seront assimilés à un manque à gagner.

Ajoutons qu'en matière d'organisation, la Free Clinic a procédé à la création d'un poste de responsable DEQ pour l'ensemble de la Free Clinic afin de coordonner le travail de chaque groupe thématique, d'aider dans la mise en œuvre de la DEQ, d'aider à l'évaluation de la DEQ, d'assurer le relais entre la COCOF, le Comité de coordination et le CA. Ce poste est financé sur fonds

propres à raison de 10h par semaine au barème universitaire. Ce qui représente un investissement d'environ 15.250 euros par an.

## I. La Démarche d'Évaluation Qualitative de la Maison Médicale

En partant du postulat qu'il fallait aborder une situation problématique, la Maison Médicale de la Free Clinic a décidé de traiter, dans le cadre de la DEQ, le thème de l'accueil et de se pencher plus particulièrement sur la gestion du flux des demandes, la gestion des situations d'urgence et de crise, l'accueil des populations fragilisées et sur le concept d'accueil de qualité. Nous avons donc reformulé ces thèmes pour en faire un sujet global soumis à l'évaluation qualitative :

« Comment décoder la demande et assurer un accueil de qualité ? ».

L'accueil est un thème important pour plusieurs raisons :

1° - L'accueil représente le premier contact que les usagers et les travailleurs de la Free Clinic ont avec l'institution ;

2° - L'accueil est le fondement de la prise en charge de nos usagers. Le décodage correct de la demande d'un usager entraînera la prise en charge adéquate. Dans le cadre d'une évolution contextuelle et sociétale où notre patientèle-clientèle semble de plus en plus précarisée, le décodage adéquat et la prise en charge qui en découle semble, dès lors, prendre toute son importance ;

3° - Ce thème va nous permettre de redéfinir ce qu'est la Free Clinic en terme d'accueil et quels sont ses valeurs, ses priorités et ses objectifs sur ce plan. A terme, le risque de ne pas traiter la question de l'accueil à la Free Clinic pourrait entraîner le développement d'un essoufflement institutionnel où nous accueillerions tout, tout de suite et à n'importe quel prix sans offrir une qualité de prise en charge ;

4° - Ce choix thématique correspond à une interrogation récurrente et plusieurs fois étudiée au cours de ces dernières années.

L'objectif général de cette démarche d'évaluation qualitative est de décoder la demande et assurer un accueil de qualité à tous et pour tous, travailleurs de la Free Clinic et usagers.

Les objectifs opérationnels sont :

**A)** *Evaluation de la situation de départ, établissement d'un bilan des points forts et des points faibles de l'accueil, pris dans sa globalité, à la Free Clinic.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

1°) Réalisation d'un mini-questionnaire permettant une évaluation de l'accueil à l'entrée et dans chaque service de la Free Clinic ;

- 2°) Création d'échelles de satisfaction à la fois des professionnels et des patients-clients par rapport à l'accueil ;
- 3°) Evaluation du décodage de la demande visant le suivi d'un patient dans ses demandes.

**B)** *Définition de pistes de solution, d'amélioration et mise en application de ces pistes.*

Pour cela, nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Analyse des données issues du mini-questionnaire et de l'échelle de satisfaction ;
- 2°) Suivi d'une formation spécifique à l'aide au décodage de la demande ;
- 3°) Définition de nouveaux modes de fonctionnement et mise en application.

**C)** *Ajustement des solutions par rapport à l'objectif et évaluation de la DEQ sur les 3 ans.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Ajustement des solutions si nécessaire ;
- 2°) Evaluation de la situation induite via une comparaison de type « avant-après » ;
- 3°) Evaluation de la réalisation de l'objectif via les critères et indicateurs de réalisation et d'évaluation suivants :

\* critères :

- la pertinence du projet ;
- l'efficacité du projet ;
- l'interdisciplinarité induite par le projet ;
- la globalité du projet ;
- l'accessibilité induite par le projet ;
- l'équité induite par le projet ;
- le travail en équipe initié par le projet ;
- la satisfaction des professionnels et des patients-clients.

\* indicateurs :

- l'aboutissement des objectifs opérationnels fixés au départ ;
- le taux de satisfaction des professionnels et des usagers.

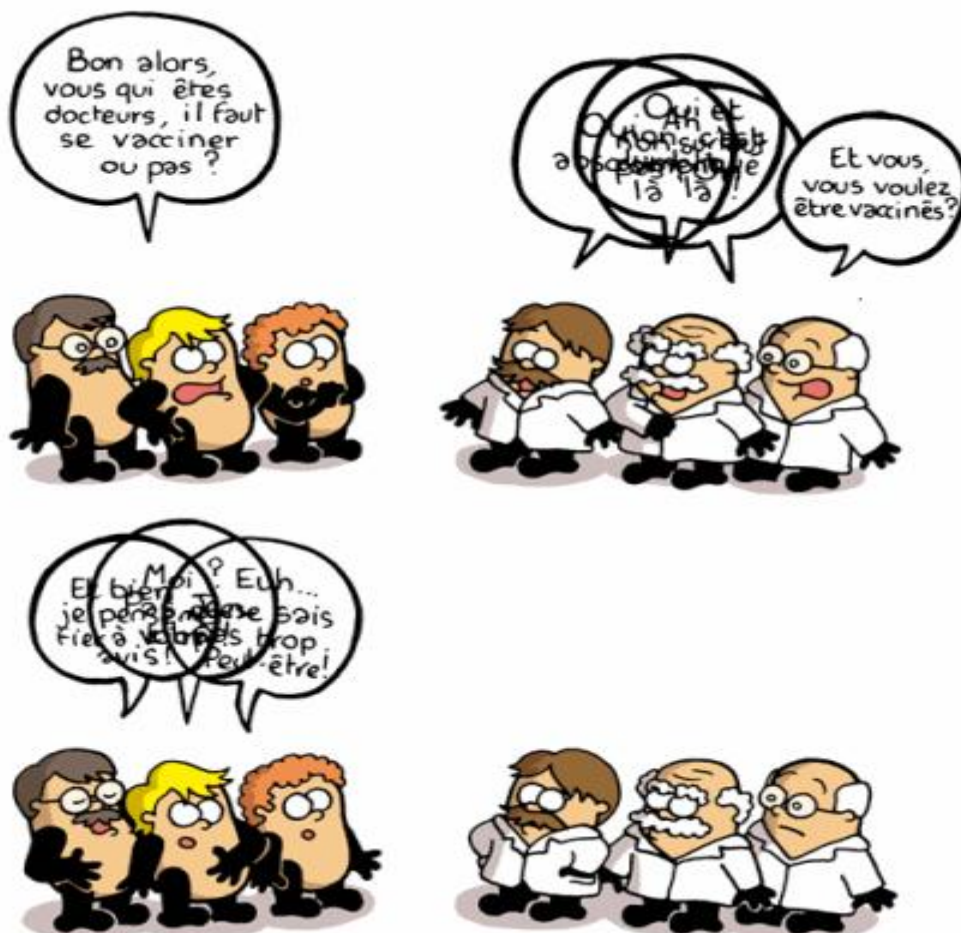
Nous procéderons à une évaluation intermédiaire à la fin de chaque année et à une évaluation globale à la fin de l'année 2013.

Les acteurs impliqués dans ce projet sont :

- des professionnels issus de chaque service :
  - o Anne Schmitz (accueillante)
  - o Graziella Nasello (accueillante)
  - o Michèle Dozin (accueillante)
  - o Malika Rekik (juriste)
  - o Valérie Halconrui (assistante sociale)

- Christophe Evaldre (médecin généraliste)
- Fabienne Chable (kinésithérapeute)
- François Laporte (médecin généraliste)
- Kim Da Ung (médecin généraliste)
- Marie-Julie Schellens (médecin généraliste)
- Nelly Rungen-Chellum (médecin généraliste)
- Suzanne Tenreira Martins (médecin généraliste)
- Vanessa Vandenbosch (psychologue)
- Agnès Janssens (psychologue)
- Pascal Dereau (psychologue)
- Elisabeth Sorgho (personnel d'entretien)

- les patients-clients



## II. La démarche d'évaluation du Service de Santé Mentale

En partant du postulat qu'il fallait aborder une situation problématique, le Centre de Santé Mentale de la Free Clinic a décidé de traiter, dans le cadre de la DEQ, deux thèmes liés :

la connaissance de la demande et l'émergence des nouveaux besoins, et l'évolution des publics et de l'adéquation des services.

Ces thèmes nous semblent importants car, depuis sa création dans les années '70, le public de la Free Clinic n'a pas cessé d'évoluer par le simple fait que les structures sociales autour d'elle changeaient en permanence. Parmi les facteurs de changement, certains sont plus faciles à appréhender que d'autres : la précarisation de l'emploi, la pauvreté liée aux crises financières ou à celle du logement. Ou encore, les transformations que connaissent toutes les grandes villes tels que les flux migratoires, les communautarismes ethniques ou religieux. Et enfin, la solitude, la disparition des pratiques solidaires, les consommations de drogues et le vieillissement de la population qui sont des états de fait contemporains. Face à ces évolutions, la Free Clinic depuis son commencement et à l'instar du reste du secteur associatif, s'est adaptée et a créé de nouvelles pratiques ou synergies de travail comme par exemple la création d'un service de médiation de dettes, le renforcement du service juridique lors de l'afflux des régularisations des sans papiers,....

D'autres mutations dans le champ social ont un effet sur notre développement. Par exemple, l'existence des maisons médicales au forfait modifie le type de patientèle qui s'adresse à notre maison médicale. Nous voyons davantage de personnes qui ne font que passer ou qui, pour diverses raisons, ont une méfiance vis à vis de toute forme de contrôle social. Les aides médicales urgentes (AMU) que nous procurons nous font rencontrer des personnes qui sont sans attache et n'ont qu'une demande ponctuelle.

Néanmoins, nous percevons que, dans notre pratique quotidienne, certaines dynamiques sociales nous échappent et rendent parfois notre tâche aveugle.

Nous souhaitons dans le cadre de la démarche d'évaluation qualitative, prendre le recul nécessaire pour y réfléchir. Aussi, nous commencerons par travailler deux questions :

- « Comment décaler notre regard pour voir qui frappe à nos portes ? »
- « Comment regarder ailleurs que ce qu'on nous fait voir ? »

Dans un premier temps, nous essaierons de ne pas tenter de classifications, de rester dans le vague avant de tenter de dégager des pistes de travail. Nous travaillerons la question de l'adéquation de nos services dans un deuxième temps. Et nous gardons à l'esprit que c'est cette seconde phase qui motive notre démarche.

L'objectif général de cette démarche d'évaluation qualitative est de se concentrer sur les difficultés rencontrées dans notre travail quotidien en vue d'une meilleure adéquation des services.

Les objectifs opérationnels sont :

**A)** *Evaluation de la situation via le recueil d'opinions des professionnels (et/ou des usagers) et le partage de l'expérience.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Interviews longues (entre 30 et 60 minutes) des travailleurs de la Free Clinic par rapport à des situations non-évidentes rencontrées dans leur travail quotidien, et ce, en vue de créer des synergies ;
- 2°) Organisation de réunions inter-services ;
- 3°) Discussions sur le thème abordé en réunions de responsables de service en vue d'assurer la pluridisciplinarité.

**B)** *Analyse de nos pratiques professionnelles à la lumière des échanges et informations recueillies.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Analyse de situations cliniques ;
- 2°) Analyse des interviews afin d'en dégager ce qui est dit et ce qui ne l'est pas.

**C)** *Définition et ajustement des solutions par rapport à l'objectif et évaluation de la DEQ sur les 3 ans.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Création d'un outil intranet ;
- 2°) Dégagement de moyens et de temps ;
- 3°) Evaluation de la situation induite via une comparaison de type « avant-après » ;
- 4°) Evaluation de la réalisation de l'objectif via les critères et indicateurs de réalisation et d'évaluation suivants :

\* critères :

- la participation des professionnels et des usagers ;
- l'efficacité théorique, ou utilité, représentant les résultats attendus d'un processus dans des circonstances idéales et théoriques ;
- le travail en équipe initié par le projet ;
- la satisfaction des professionnels et des patients-clients.

\* indicateurs :

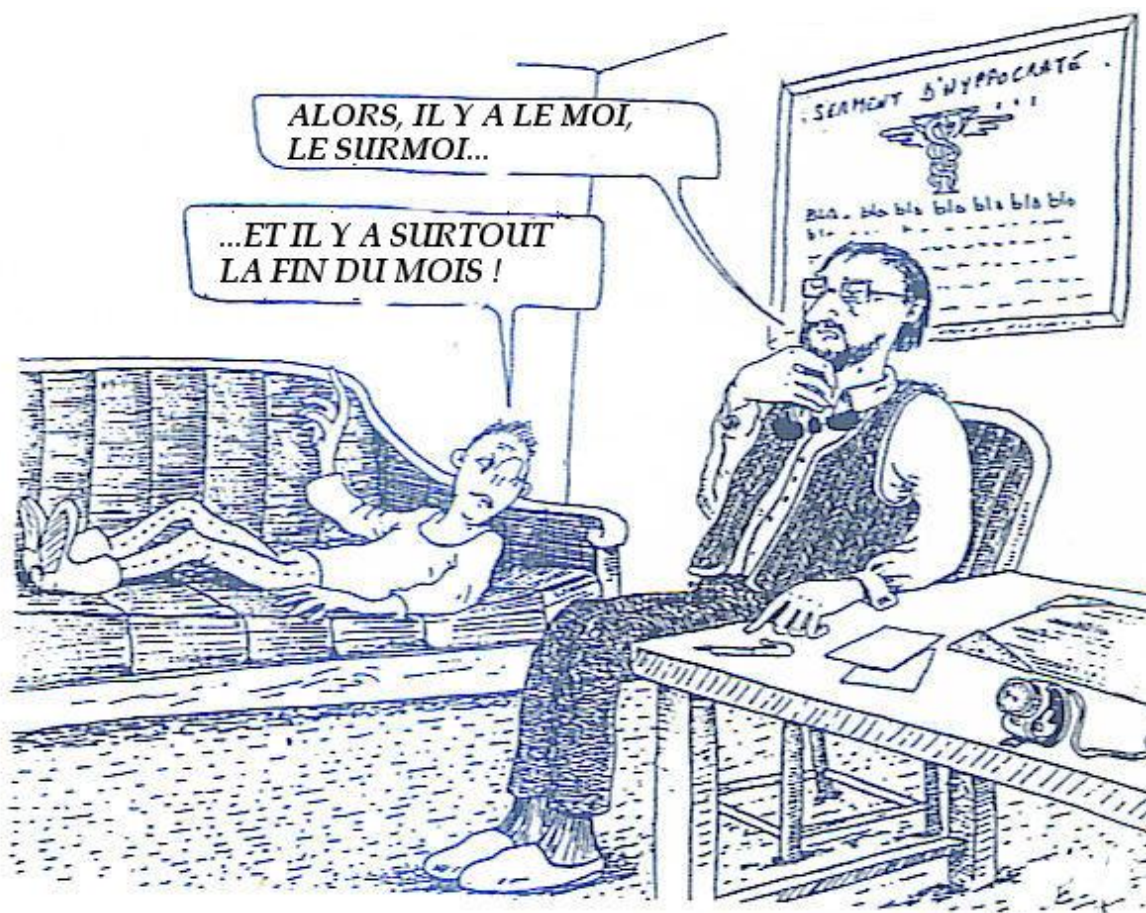
- la diminution de difficultés au sein des services offerts par la Free Clinic ;
- la définition de moyens d'action sur le sentiment d'impuissance parfois rencontré par les travailleurs dans leurs consultations individuelles.

Nous procéderons à une évaluation intermédiaire à la fin de chaque année et à une évaluation globale à la fin de l'année 2013.



Les acteurs impliqués dans ce projet sont :

- des professionnels issus de différents services :
  - o Monique Debauche (psychiatre)
  - o Anne-Catherine Hamaide (psychologue)
  - o Philippe Goossens (psychiatre)
  - o Yves Le Clef (psychiatre)
  - o Martine Jossart (assistante sociale)
  - o Justin Delwarde (comptable)
- les patients-clients





### III. La démarche d'évaluation du Planning Familial

Supposant que le postulat de base demeure une situation problématique, le Planning Familial de la Free Clinic a décidé de traiter, dans le cadre de la DEQ, le thème de la revendication et de la défense des droits.

Ce thème sera traité de façon pluridisciplinaire. En effet, l'équipe travaillant ce thème sera composée de travailleurs issus de différents secteurs parfois autres que le Planning Familial.

« La revendication et la défense des droits » représente une thématique importante pour les travailleurs de la Free Clinic pour deux principales raisons qui sont, dans une certaine mesure, en relation : l'une liée à la patientèle-clientèle, l'autre liée aux principes fondamentaux de l'institution tels que décrits dans sa charte.

En effet, au niveau de la patientèle-clientèle de la Free Clinic, nous sommes forcés de constater que les travailleurs sont confrontés à des personnes fragilisées, à l'arrêt et souvent écrasées par leurs situations faute de connaissances de leurs droits et des moyens d'action (droits, offres de services, ...) qui sont mis à leur disposition. Parallèlement à cela, nous observons un certain durcissement des institutions publiques. Ce qui nous pousse à nous interroger sur les droits et le respect des personnes.

Au niveau des principes fondamentaux de l'institution, cette thématique est essentielle parce qu'elle met l'accent sur l'interdisciplinarité, une valeur chère à l'institution et définie dans sa charte. Or, actuellement, le seul moyen d'aborder cette thématique demeure le travail individuel de chacun (plaidoyer, animation, consultation, etc ...). La Free Clinic ne parvient pas à mettre en action ce thème d'un point de vue global. Certes, certaines actions, en rapport avec la revendication et la défense des droits, sont menées mais elles restent des démarches individuelles de travailleurs et se font toujours en marge d'une démarche collective propre à la Free Clinic.

Il s'agit donc de mettre à profit la DEQ et les moyens y afférents dans les buts suivants :

- favoriser le développement de patients-clients « acteurs » de leur situation ayant pleinement conscience de leurs droits et étant ainsi plus autonomes ;
- pallier au constat selon lequel on ne travaille pas, ou peu, en interdisciplinarité faute de moyens, ce qui, à terme, risque d'entraîner un certain essoufflement ;
- mieux définir l'idéologie de la Free Clinic pour mieux prendre position sur la scène politique.

Si la Free Clinic ne travaille pas cette question maintenant elle risque fort de favoriser le développement d'une surconsommation des services, de ne plus être en adéquation avec ses missions telles que définies dans sa charte et de voir l'idée de rentabilité prendre le dessus aux dépens des missions de notre centre, de la réflexion et du discours politique.

Plus concrètement, nous aborderons la thématique « revendications et défense des droits » sur un sujet spécifique et récurrent dans notre travail quotidien : les personnes fragilisées qui n'ont pas de moyens et pas de droits.

L'objectif général de cette démarche d'évaluation qualitative est d'agir autrement dans notre travail quotidien par rapport à la revendication et à la défense de droits et d'avoir une cohérence entre notre charte et nos moyens d'actions liés à notre travail quotidien au sein de la Free Clinic.

Les objectifs opérationnels sont :

**A)** *Evaluation de la situation de départ, établissement d'un bilan des points forts et des points faibles de l'ensemble de la Free Clinic en matière de revendication et défense des droits par rapport aux personnes démunies et, plus globalement, par rapport à nos missions telles que définies dans notre charte, et ce, tant au point de vue de la réflexion que de l'action.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Elaboration d'une grille d'analyse permettant de mieux définir les points forts et les points faibles de la Free Clinic en matière de revendication et défense des droits des personnes démunies ;
- 2°) Utilisation de la grille d'analyse lors de consultations ou entretiens dans les différents services de la Free Clinic ;
- 3°) Analyse et mise en commun des observations issues de la grille d'analyse, pour en ressortir les marqueurs « problématiques » à la lumière de nos missions.

**B)** *Définition de pistes de solution, d'amélioration et mise en application de ces pistes.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Examen des constatations issues du bilan fait en 2011 à la lumière de la charte de la Free Clinic et éventuellement d'autres textes juridiques ;
- 2°) Recherche et mise en application de solutions destinées à pallier aux points faibles en la matière.

**C)** *Ajustement des solutions par rapport à l'objectif et évaluation de la DEQ sur les 3 ans.*

Pour cela nous procéderons de la façon suivante :

- 1°) Evaluation de la situation induite via une comparaison de type « avant-après » ;
- 2°) Ajustement des solutions si nécessaire ;
- 3°) Evaluation de la réalisation de l'objectif via les critères et indicateurs de réalisation et d'évaluation suivants :

\* critères :

- la pertinence du projet ;
- l'efficience du projet ;
- l'interdisciplinarité induite par le projet ;
- la globalité du projet ;
- l'accessibilité induite par le projet ;
- l'équité induite par le projet ;
- le travail en équipe initié par le projet ;
- la satisfaction des professionnels et des patients-clients.

\* indicateurs :

- le taux de participation à nos actions, de la part des travailleurs et des usagers ;
- le taux de satisfaction des travailleurs par rapport au temps investi dans la réalisation de cet objectif, selon une comparaison avant-après l'action.

Nous procéderons à une évaluation intermédiaire à la fin de chaque année et à une évaluation globale à la fin de l'année 2013.

Les acteurs impliqués dans ce projet sont :

- des professionnels issus de chaque service :
  - Elisabeth Leytens (juriste)
  - Vincent Decroly (juriste)
  - Fanny Carbonnelle (ostéopathe)
  - Helyett Wardavoir (kinésithérapeute)
  - Maytham Abdul Latif (médecin généraliste)
  - Muriel Mernier (médecin généraliste)
  - Florent Loos (sexologue, animateur EVAS)
  - Isabelle de Ville (conseillère conjugale, animatrice EVAS)
  - Katinka In't Zandt (psychologue)
  - Simone Marneffe (conseillère conjugale)
  - Yves Lambrechts (psychiatre)

- les patients-clients



#### IV. La démarche d'évaluation du service de Médiation de Dettes

En partant du postulat qu'il fallait aborder une situation problématique, le service de Médiation de Dettes de la Free Clinic a décidé de traiter, dans le cadre de la DEQ, deux thèmes liés :

l'évolution des publics et de l'adéquation des services - la stratégie visant l'autonomie des bénéficiaires.

Ces thèmes nous semblent importants car, depuis sa création dans les années '70, le public de la Free Clinic n'a pas cessé d'évoluer.

Parmi les facteurs de changement, certains sont plus faciles à appréhender que d'autres : la précarisation de l'emploi, la pauvreté liée aux crises financières ou à celle du logement. Ou encore, les transformations que connaissent toutes les grandes villes tels que les flux migratoires, les

communautarismes ethniques ou religieux. Et enfin la solitude, la disparition des pratiques solidaires, les consommations de drogues et le vieillissement de la population qui sont des problématiques contemporaines. Nous sommes de plus en plus confrontés à des personnes fragilisées, précarisées, incapables d'accomplir des démarches administratives par manque de connaissance ou à cause de la complexification des structures mises à leur disposition.

Il nous semble que dans le courant de l'évolution sociétale et économique, les personnes sont soumises à des pressions de plus en plus fortes.

Il y a de plus en plus d'attrait pour le crédit dans une société où la consommation est devenue un véritable mode d'existence. Cela peut être mis en lien avec un manque de développement d'esprit critique et une certaine incapacité à se fixer des priorités.

En parallèle à cela, nous sommes forcés de constater une certaine insuffisance de services capables de prendre en charge des situations qui sont de plus en plus lourdes et souvent pluri-problématiques.

A terme, le danger de ne pas se pencher sur ces thèmes serait l'apparition d'une certaine démotivation, d'un certain essoufflement des travailleurs par rapport à une demande de plus en plus écrasante risquant d'entraîner un travail moins investi.

Nous souhaitons donc mettre à profit la DEQ pour nous pencher sur les questions de l'adéquation de notre service par rapport à une population de plus en plus précarisée et d'encourager de la meilleure façon le développement d'une certaine autonomie chez nos usagers afin qu'ils puissent entrer en possession des outils permettant de faire face au quotidien.

L'objectif général de cette démarche d'évaluation qualitative est de mener une réflexion sur les services que l'on offre à la Free Clinic en terme de processus et de travailler à la mise en place d'outils pouvant aider notre clientèle dans une démarche d'autonomie.

Les objectifs opérationnels sont :

**A)** Evaluation et analyse de la situation de départ via le recueil d'opinions des professionnels et/ou des usagers et le partage de l'expérience.

**B)** 2012 : Réflexions et mise en place de solutions aux problèmes révélés par l'analyse précédemment faite.

**C)** 2013 : Ajustement et évaluation des solutions par rapport à l'objectif et perspectives à long terme.

Nos critères de réalisation de l'objectif et par là nos critères d'évaluation porteront sur :

- l'intégration des pistes de solutions à notre travail quotidien ;
- la participation des professionnels et des patients-clients ;
- la satisfaction des professionnels et des patients-clients ;

- la subsidiarité, ou l'échelonnement (le fait qu'une action soit réalisée par la personne ou le service qui le fera de la manière la plus efficiente et la plus proche des gens) ;
- la systématisation ;
- la continuité.

Nos indicateurs de réalisation seront liés au :

- taux de satisfaction des professionnels via une comparaison de type « avant/après » ;
- l'application des solutions engrangées lors du projet ;
- taux de participation de l'ensemble des acteurs à notre projet.

Nous procéderons à une évaluation intermédiaire à la fin de chaque année et à une évaluation globale à la fin de l'année 2013.

Les acteurs impliqués dans ce projet sont :

- des professionnels :
  - o Béatrice Verhaegen (Médiatrice de dettes)
  - o Corinne Vande Castele (Médiatrice de dettes)
  - o Michèle Parmentier (Assistante sociale)
- les patients-clients ;
- le groupe prévention du Centre d'appui aux services de médiation de dettes ;
- le réseau.



# **LES SERVICES COMMUNS**

## LE SERVICE ACCUEIL

L'accueil, un lieu d'échange, de rencontre, d'écoute, mais aussi un lieu des impossibles...

Imaginons ...

Il est 9h, la Free Clinic ouvre ses portes, de nombreuses personnes sont en file d'attente et les collègues arrivent. On entend les pardons, on fait un clin d'oeil, un signe de la main ou on se dit bonjour.... En même temps, les patients attendent, parlent, certains sont mécontents parce qu'il y a du monde, un enfant parmi les adultes pleure car il a de la fièvre... Le téléphone, en grande star, se fait entendre sans discontinuer, les travailleurs consultent leur agenda autour des bureaux des accueillants, discutent entre eux, interpellent un troisième collègue de l'autre côté des bureaux... Et nous sommes là, au milieu de cette fourmilière, à l'écoute par exemple des questions intimes que nous posons à une femme en demande d'une interruption de grossesse : date des dernières règles, contexte de la situation, et ensuite nous devons lui expliquer la procédure générale... l'exemple classique qui nécessite du temps pour faire un accueil de qualité.

Imaginons encore ...

La personne en charge de l'accueil se retrouve seule car son ou sa collègue est absent(e). Le téléphone sonne imperturbablement, recevant des appels internes et externes, il y a plusieurs personnes qui attendent... Et à ce moment-là un collègue nous sollicite car il souhaiterait une confirmation de date de réunion, ou parce que son imprimante ou son écran ne fonctionne pas... Où se situe la priorité ? Et que faire quand un collègue nous interpelle par rapport à notre autre fonction dans l'institution (accueillant planning, psychologue ou assistante sociale, ...) ? Doit-on lui donner la réponse dans l'instant ou la post-poser lorsqu'on sera dans notre « autre fonction » ?

Imaginons aussi ...

L'horloge affiche 10h... Les plages de consultations médicales sont complètes pour toute la journée. Les médecins ont déjà ajouté quelques patients supplémentaires à leur planning. Un patient débordé par sa problématique d'assuétude, arrive et demande à voir son médecin de toute urgence. Sachant qu'il n'y a plus de place, nous tentons d'évaluer avec lui la situation pour décaler la demande et proposer à cette personne de venir à un moment où le médecin sera disponible pour le recevoir dans des conditions optimales. Mais le patient ne nous en dit pas plus, s'impatiente. Il insiste sur l'urgence et ne quitte pas le bureau de l'accueil... Nous tentons de joindre le médecin qui, en consultation avec un autre patient, ne décroche pas le téléphone. Lorsqu'il nous contacte pour faire monter la personne suivante, nous lui expliquons la situation ; mais il



refusera de l'intercaler car il connaît son parcours et son état de santé. Il estime que le patient peut revenir le lendemain : nous transmettons cela au patient qui fait les 100 pas entre la salle d'attente et le couloir... Il nous répondra « *j'attends qu'il descende* ». Comment gérer cette situation inconfortable pour tous ? Celle-ci se désamorcera par la parole du médecin lorsqu'il répétera simplement que ce n'est pas possible aujourd'hui et qu'il devra revenir le lendemain.

Face à ces différentes situations, il est essentiel de pouvoir échanger en équipe et d'avoir l'appui de ses différents collègues. Dans cette perspective, les supervisions mensuelles soutiennent les accueillant(e)s et leur permettent de prendre le recul nécessaire, d'évaluer nos différentes attitudes et d'aborder autrement cette fonction très sollicitante au quotidien. Nous recherchons constamment à offrir un accueil de qualité, dans toutes ces interrogations, apprentissages et nouveautés.

2010 a vu le lancement de la DEQ (Démarche d'Evaluation Qualitative) : un groupe travaillera le thème de l'Accueil. Nous sommes ravis de constater que ce groupe se compose des travailleurs de tous les services de la maison : accueillantes, médecins, accueillante planning familial, juriste, psychologues, assistante sociale et médiatrice de dettes. Le thème de l'Accueil sera abordé dans sa transversalité, permettant une élaboration commune à partir de l'expérience de chacun(e) en fonction de son orientation professionnelle.

2011 sera donc une année de réflexions et d'échanges autour de nos pratiques d'accueil à la Free Clinic.

# LE SERVICE SOCIAL

## LES ACTIVITES DU SERVICE SOCIAL

### **CONSULTATIONS SOCIALES**

**2010**

#### ***Nombre de patients***

Nombre total de patients	177
Nombre de nouveaux patients	134
Nombre d'anciens patients	43

#### ***Nombre de consultations***

Nombre de consultations prestées	568
Nombre de rendez-vous décommandés	60
Nombre de « lapins »	67
1 <sup>ère</sup> consultation, patient pas venu	12 (non repris dans les statistiques)

#### ***Age***

Moins de 15 ans	0
De 15 à 19 ans	1
De 20 à 24 ans	8
De 25 à 29 ans	20
De 30 à 34 ans	29
De 35 à 39 ans	17
De 40 à 44 ans	22
De 45 ans à 60 ans	55
60 ans et +	10
Inconnus	15

#### ***Sexe***

Homme	76
Femme	101

#### ***Nationalité***

Belge	106
CEE	5
Autre	58
Inconnu	8

#### ***Provenance***

Autre travailleur de la Free Clinic	101
Parent, famille, amis, anciens bénéficiaires	19
Service extérieur	42
Démarche personnelle	15

### **Problématiques abordées**

Accès aux Soins de santé	27
dont AMU .....	16
Guidance budgétaire	25
Logement et Hébergement	39
Médiation de dettes	9
Problèmes sociaux en lien avec la grossesse	0
Sécurité sociale	17
Social de 1 <sup>ère</sup> ligne (info, réorientation,...)	48
Suivi social – soutien	31

Le Service social de la Free Clinic est composé de trois assistantes sociales dont chacune a ses spécificités réunissant de nombreux aspects des questions sociales : logement et hébergement, accès aux soins de santé, sécurité sociale, guidance budgétaire, médiation de dettes, suivi social, social de 1<sup>ère</sup> ligne. Nous avons pu bénéficier d'un mi-temps supplémentaire cette année, ce qui explique l'augmentation de l'offre de notre service. Nous avons également accueilli un stagiaire assistant social de première année qui clôturera son stage en 2011.

L'année 2010 aura été l'année de la mise en place d'une interdisciplinarité structurelle dont nous mesurons l'apport bénéfique au sein du Service social.

D'abord par les réunions réunissant le Service social – Médiation de dettes et le Service Infor Droits. Ensuite, par la présence d'une assistante sociale aux réunions hebdomadaires du Service de santé mentale et par la présence d'une autre assistante sociale aux réunions hebdomadaires de la Maison Médicale/Planning Familial. Ces deux assistantes sociales font également partie du Service Accueil.

Cela nous permet d'échanger et d'enrichir nos réflexions et ainsi travailler de manière concertée. Cette dynamique renforce la mobilisation et l'implication dans notre travail.

Lors de la composition des 4 groupes DEQ (Démarche d'Evaluation Qualitative), il s'est avéré qu'une assistante sociale se trouve dans chaque groupe, ce qui favorise encore davantage l'échange d'informations et de connaissance du vécu des autres services.

Ces nombreux échanges favorisent notre réflexion : c'est quoi l'autonomie quand on ne possède pas le minimum tant au niveau matériel que des connaissances ? Pourquoi évoquer l'égalité des chances alors que nous voulons promouvoir l'égalité des droits ? Suffirait-il d'être « chanceux » ? Les « sans » abri, les « sans » papier... ne seraient-ils nommés et reconnus uniquement que par ce qui n'est pas ?

Cette année nous avons pu remarquer, au niveau des CPAS, une augmentation des demandes des allocataires sociaux ; en effet, de nombreux CPAS ne respectent pas les délais, la carte médicale a été supprimée sans ménagement pour de nombreux allocataires, joindre des

assistant(e)s socia(ux)les devient extrêmement difficile, le turnover du personnel est important et fragilise encore davantage les usagers. Tout cela nous donne une surcharge de travail et nous oblige à interpeller plus souvent le service juridique.

Nous travaillons en étroite collaboration avec Habitat et Rénovation : une assistante sociale participe à leur réunion mensuelle avec d'autres associations ; ces réunions permettent d'échanger sur la situation du logement à Bruxelles qui est très problématique, de faire le point sur les logements de transit ainsi que pour les logements AIS (Agence Immobilière sociale).

La collaboration avec la Coordination sociale d'Ixelles nous permet également d'enrichir nos contacts sur le territoire ixellois.

En examinant les chiffres des rendez-vous « pas venus », si ce chiffre semble important, il reflète l'engagement de notre service à offrir l'accès aux plus démunis tant financièrement, physiquement que psychologiquement : nous accueillons des personnes ne possédant pas le téléphone, dont le rapport au temps est chaotique et où chaque accroc de la vie provoque bien souvent leur absence. Quand nous les revoyons, nous pouvons évoquer ce temps prévu pour eux et les assurer que nous pourrions toujours leur proposer, si ils le souhaitent, ce temps, car celui-ci fait partie de leur cheminement dans les soins que nous voulons leur offrir.

Durant l'année 2010, diverses formations et conférences ont été suivies :

Au Centre Enaden :

4 mai : Patrick DECLERCK "Les Naufragés... Désocialisation, errance et alcoolisme" ;

8 juin : Emmanuel NICOLAS « Sans toit... ni loi... et la drogue ».

14 septembre : « Le rôle des administrateurs en ASBL » Syneco.

23 septembre : l'Adret : Et la place de l'Humain...

19 octobre : Les Références budgétaires, présentée par Olivier JERUSALMY au Centre d'Appui des Services de Médiation de Dettes.

### **Projets pour 2011 :**

Nos projets pour l'année 2011 sont :

- de maintenir une collaboration avec les différents services entre autre par la participation aux réunions hebdomadaires du Service de Santé Mentale, de la Maison Médicale et du Planning Familial ;

- de veiller au partage d'information sur les situations cliniques dans un esprit de pluridisciplinarité ;
- de travailler davantage dans un esprit collectif plutôt qu'individuel afin d'éviter l'épuisement personnel et de trouver un sens à nos prises en charge ;
- d'améliorer la collaboration avec le réseau. A titre d'exemple, un projet avec le CPAS d'Ixelles et un autre avec le Samu Social (FEDASIL) est en cours de réflexion ;
- de participer activement aux projets de la Démarche d'Evaluation Qualitative via trois des quatre groupes créés au sein de la Free Clinic ;
- de participer au groupe de réflexion sur la politique des CPAS initié par le service juridique de la Free Clinic ;
- participation à la préparation des 40 ans de la Free Clinic ;
- tenter de trouver une solution à l'augmentation du temps de travail social qui a débuté en septembre 2010 par l'engagement d'un mi-temps.

# PROJETS COMMUNS – SANTE COMMUNAUTAIRE

## **1. Introduction : de la contraception à Kadudu Production ®**

Depuis sa naissance à la Free Clinic, la Santé Communautaire, tout en menant des actions ponctuelles avec des publics cibles, des communautés, a voulu mettre l'accent sur les dynamiques communautaires, sur la participation des différents acteurs (usagers, associations, travailleurs de la Free Clinic).

Sensibilisés par différents spectacles mêlant une dimension culturelle, d'intégration et de santé au sens large (« Les Monologues Voilés », « La Chose » du GAMS, « Missing » du Brocoli Théâtre, « Amours Mortes du Planning Josaphat et « Les Recluses » de Denis Mpunga (Varia)), 2009 nous avait amenés à élaborer à l'aide d'une démarche participative de santé communautaire, un projet d'action, de prévention et de sensibilisation en lien avec les spécificités de la Free Clinic. Le thème initial, les IVG récidivantes, issu d'un questionnement sur nos pratiques dans le domaine de la contraception (suite de l'étude du Service Médical-Planning : « Qui a peur de la contraception ? »), s'était traduit en « culture et contraception ». Ensuite, étant donné la difficulté de faire participer la patientèle ou d'autres associations sur ce thème, nous l'avons élargi en « rencontre, culture et sexualité ». Nous proposons de réaliser en partenariat avec d'autres associations et *avec des personnes de cultures différentes, en particulier des jeunes, une création artistique à partir d'un travail sur leurs représentations de la sexualité*. L'idée était de récolter une parole, celle des différents acteurs, de la transposer sous forme d'expression écrite et ensuite de créer un outil de sensibilisation qui puisse être présenté dans d'autres associations, écoles, voire sous forme de théâtre action. Le mode d'expression : écriture, dessin, théâtre, vidéo, devait être défini avec les partenaires. Le projet a pris le nom de Kadudu, terme par lequel les Kinois désignent un préservatif.

Début 2010, plusieurs associations contactées ont répondu à notre demande et le projet prenait forme. Il s'est avéré assez rapidement que ces associations, pour diverses raisons, ne devenaient pas co-porteuses de cet important projet comme nous l'avions souhaité. Aussi, en cours d'année, nous avons imaginé et développé un projet moins ambitieux, utilisant essentiellement nos propres ressources. Ce projet, articulé autour de la problématique et de la journée mondiale du SIDA « Light For Rights », a abouti à la réalisation d'une vidéo visible sur le web et qui a tourné dans la salle d'attente et lors d'une soirée débat. Il a suscité la réalisation d'une seconde vidéo par une classe d'étudiants de l'HELB-IP. Ce thème a aussi été travaillé dans les écoles par les animateurs et animatrices du Planning familial. En dehors du développement de cet axe central (repris dans ce rapport sous les **activités SIDA**), nous avons poursuivi le développement du **site Web** ainsi que d'autres **activités ponctuelles**.

## **2. Activités**

### ***2.1 Le site internet de la Free Clinic***

En 2010, la gestion du site est restée sous la responsabilité de la cellule santé communautaire.

Cet outil nous permet de rester en contact avec les usagers et de diffuser rapidement les informations à propos de ce qui se passe chez nous et également dans notre réseau.

Cette année, nous avons ajouté plusieurs rubriques :

**La rubrique PROJETS** : elle reprend l'ensemble des projets de la Free Clinic, qu'ils soient initiés par la Free Clinic ou que nous soyons partenaires dans le projet.

A la différence des news, le contenu des articles de cette rubrique est plus étoffé.

**La rubrique PUBLICATIONS** : elle contient différentes publications telles que le rapport d'activités 2009, un travail réalisé par des étudiants en Histoire à propos de la Free Clinic, une introduction au livre de Monique Debauche sur "La vente des maladies ou disease mongering"...

### ***2.2 Participation à la "Semaine portes ouvertes des Centres de planning familial"***

En association avec l'équipe du Planning familial, le Casc (dont certains travailleurs font également partie du planning familial) a participé activement à la préparation et à l'animation de cette semaine de découverte. Voir le dossier spécifique dans le chapitre "Planning familial".

### ***2.3 Travail autour de la Lutte contre le Sida***

#### 1. Kadudu Production®

Dans le cadre de la Journée Mondiale du SIDA dont le thème était "Light for Rights", la Free Clinic a réalisé un clip Vidéo.

Le but du clip était de susciter la réflexion sur la question des droits des séropositifs et d'annoncer la soirée film-débat du 25 novembre. Il a été présenté (et relativement bien regardé) dans la salle d'attente et sur Youtube. Il figure sur le site de la Free Clinic. Le projet a été discuté avec le Service Accueil et a été annoncé par des affiches dans la salle d'attente. Le public et les travailleurs de la Free Clinic ainsi que les partenaires dans le secteur de la lutte contre le Sida ont été invités à y participer à partir de la question : "Qu'évoque pour vous la question des droits des séropositifs ?". Cette réalisation, basée sur des interviews, a été menée avec la participation de membres de l'asbl ESDIA (Echos Séropos d'Ici et d'Ailleurs).

Ce projet (outil audio-visuel) s'inscrivait aussi dans d'éventuelles perspectives de travail en santé communautaire pour l'année prochaine, sur d'autres thèmes, en collaboration avec notre public et d'autres associations.

## 2. Participation d'un groupe d'étudiants de la catégorie paramédicale de la HELB-IP (Haute Ecole Libre de Bruxelles - Ilya Prigogine)

Dix heures de cours, sous forme de trois ateliers, ont été mobilisées par Helyett Wardavoire (kinésithérapeute et travailleur santé communautaire de la Free Clinic) pour ce projet. Les trois ateliers ont réalisé une production, un « instantané » de la réflexion, mis en images dans un clip vidéo. Le clip vidéo est visible sur le site de l'HELB-IP.

## 3. Film Débat le 25 novembre

Le Film : "SIDA, une histoire de l'AZT".

L'histoire de l'AZT - premier médicament antiviral mis à disposition des malades du SIDA - est une saga scientifique, juridique et humaine autour de laquelle se cristallisent l'espoir des malades et d'immenses intérêts financiers. Cette histoire plonge au cœur d'une catastrophe de notre temps : 40 millions de séropositifs n'ont pas accès aux traitements qui pourraient leur sauver la vie.

Le film confronte les témoignages des principaux chercheurs, industriels et séropositifs/activistes qui ont fait l'histoire de l'AZT. Cette présentation rigoureuse et nuancée des faits historiques est apposée à des images d'archives tournées par des militants de la lutte contre le SIDA. Ces documents, bruts et rares, sont chargés de la rage de vivre d'une génération révoltée contre l'idée que le SIDA doit être une condamnation à mort.

Le débat a été orienté plus spécifiquement sur la question des droits des séropositifs. Etaient présents les partenaires habituels (Esdia, Plate Forme Prévention Sida, Siréas et Cetim), des travailleurs ainsi que quelques extérieurs (usagers- citoyens).

## 4. Réalisation avec l'Ecole St Vincent de Paul

Dans le cadre des activités de prévention contre le sida, la Free Clinic s'est associée, une nouvelle fois, aux activités scolaires de l'école Saint Vincent de Paul à Ixelles, dans le cadre des cours de dessin et du cours de français, expression communication, formation humaine.

## 5. Expo dans la salle d'attente de photos et textes provenant de la Plate-forme prévention Sida

Mettre des visages sur la maladie... de jeunes visages pleins de questions, des visages marqués par la maladie, des visages de tout un chacun...car nous sommes tous concernés par le sida. L'exposition «Vivre ensemble – Un autre regard sur les séropositifs» se déclinait en un kit de 25 photos, accompagnées d'extraits de témoignages.

## 6. Participation au 1er décembre

Cette année, la formule a changé suite au constat des années précédentes qui était que le village associatif attirait un public déjà averti et que nous



passions à côté du grand public.

Les associations s'approprient donc les lieux de passage (stations STIB et gares SNCB) afin d'aller à la rencontre des citoyens là où ils se trouvent. La Free Clinic est responsable du stand à la Porte de Namur. Nous y étions de 7h30 à 16h et partageons notre stand avec la Fédération Laïque des Centres de planning familial, le Siréas et Abaka, une asbl située près de la Free Clinic.

L'objectif de meilleure visibilité a été atteint puisque nous avons pu toucher un grand nombre de personnes. Effet multiplié par la présence d'autres associations dans les autres stations de la STIB et certaines gares de la SNCB.

Le soir, l'ensemble des associations partenaires du projet de la Plate Forme Prévention Sida s'est retrouvé au Carrefour de l'Europe pour un grand mouvement de rassemblement (stand géant, mapping sur la Gare Centrale, concert, animations) avant le départ de la marche de solidarité.

### **3. Bilan-Perspectives :**

Le site web fonctionne et s'enrichit de jour en jour et les activités ponctuelles sont suivies (journée SIDA, animations) et ont un écho variable suivant le niveau de préparation (soirées-débat).

Au niveau de la participation des travailleurs de la Free Clinic, nous pouvons nous réjouir que nos demandes de collaboration ciblées ont aussi eu un écho favorable (participation aux interviews, ouverture et facilitation du Service accueil au projet vidéo, et ce, malgré un environnement sonore peu adéquat). Il y a nettement moins de « répondant » lors d'annonces plus générales (soirées à thèmes, journée mondiale du SIDA).

De notre collaborations avec les associations, nous retenons surtout qu'elle est efficace là aussi lorsque elle est ponctuelle (Siréas, Plate Forme prévention Sida, Cétim,...) ou lorsque le projet est bien ciblé et correspond à leurs préoccupations essentielles (par exemple avec l'asbl ESDIA). Le clip a été perçu très positivement par les partenaires, il pourrait être réutilisé lors d'animations.

Quant aux usagers, au fil des années, nous relevons que ceux-ci sont prêts à participer à des projets en voulant y apporter leur savoir-faire, leurs idées à la réalisation, leur créativité plutôt que d'échanger avec un engagement (trop) personnel sur un thème de santé (type groupe de paroles). Les expositions attirent le regard, les patients se lèvent et regardent.

Nous en tirons comme conclusion et perspectives de mener des projets en collaboration avec une, voire plusieurs ASBL autour d'un thème précis et de faire appel au public pour enrichir le projet tant au niveau réflexion que de la réalisation d'un support de diffusion. Un thème général a été choisi pour l'année 2011 : « La Femme » ; au cours des mois, il pourra se décliner sur différentes facettes (égalité, violence, ...).

# **LES DIFFERENTS SERVICES**

# 1. LE SERVICE DE SANTE MENTALE

# LE SERVICE DE SANTE MENTALE

## INTRODUCTION

Avant d'entamer de façon plus précise l'activité du Service de santé mentale de la Free Clinic, il nous semblait primordial de revenir sur un événement qui marque un changement important dans notre équipe.

En effet, l'année 2010 a vu le départ de Françoise Lassoie, l'une des intrépides fondatrices de l'institution.

Pour rappel, en 1965, une bande d'amis étudiants en psychologie, assistants sociaux, professeurs, animateurs et prêtre se réunissent plusieurs fois par semaine dans un bar du quartier de la gare du Midi pour discuter avec d'autres jeunes des problèmes qu'ils rencontrent et refaire le monde. « On s'est dit mais qu'est-ce qu'on pourrait bien inventer pour que tous ces jeunes qui glandent, qui boivent, qui se droguent, qui cassent des bagnoles, ... fassent autre chose ».

C'est donc, en discutant avec ces jeunes du quartier, qu'ils se rendent compte que ceux-ci sont confrontés à de multiples problèmes et méconnaissent les services qui sont à leur disposition à Bruxelles. Françoise Lassoie et Gustave Stoop, qui devinrent les chevilles ouvrières de ce projet, décident alors de fonder un centre de renseignements pour ces jeunes, qui les enverrait vers l'association qui pourra répondre au mieux à leurs attentes : Télé-Jeunes était né. Peu à peu, l'association se développe, change de nom et devient Infor-Jeunes.

Très vite, certains bénévoles, Françoise Lassoie en tête, ressentent le besoin de vouloir faire plus que d'informer ces jeunes en détresse. Ils veulent créer un service actif. Ils se rendent compte, notamment, qu'il n'existe pas de service médical qui réponde aux demandes spécifiques des jeunes et ce, dans un climat de sérénité et de compréhension.

C'est ainsi qu'en 1972 se crée le service médical d'Infor-Jeunes. Suite à un voyage de Gustave Stoop aux Etats-Unis, ce service médical prend le nom de Free Clinic et tente de se construire sur le modèle américain des free clinics, qui foisonnent alors aux abords des campus universitaires. Le terme "Free" dans "Free Clinic" se réfère à un état d'esprit plus qu'à l'absence de paiement. Free ("libre") désigne une philosophie de service dans laquelle c'est la personne qui est traitée plutôt que la maladie et en cela réside une distinction de taille. Dans une Free Clinic, l'attention est centrée sur le soin de la personne dans sa globalité, sur le fait de fournir un service libre de procédures administratives contraignantes, de jugements de valeurs, de conditions de prises en charge et d'agitation émotionnelle, libre de tout

protocole médical rigide ou de moralisation et en dernier ressort éventuellement gratuit.

La Free Clinic va se constituer en a.s.b.l. indépendante en avril 1974, et sera menée, entre autre, par Françoise Lassoie.

Toute sa carrière, Françoise est restée fidèle à ses idéaux et engagements de départ, cherchant sans cesse de nouvelles façons de s'adresser aux jeunes en difficulté, aux personnes les plus précarisées et à donner une juste réponse aux situations de crise se présentant à l'accueil. Son expérience, sa grande réceptivité et sa curiosité à la fois vis-à-vis de l'évolution de nos publics et des nouvelles pratiques de soins vont nous manquer.

*(Ces informations sont tirées d'un travail effectué par deux étudiants historiens de la faculté de Philosophie et Lettres de l'ULB. « De la contestation à l'institutionnalisation ». Recherche encadrée par Monique Debauche, année académique 2009-2010).*

Suite à ce départ, la Free Clinic a engagé une nouvelle psychologue clinicienne de formation systémique pour prendre le relais du travail entamé par sa prédécesseure.

Celle-ci possède une connaissance du réseau de santé mentale bruxellois par ses années de pratique en milieu hospitalier psychiatrique (unité de crise, centre de jour et consultations). Egalement forte d'une expérience d'accueil dans le réseau des maisons médicales bruxelloises, elle a rejoint, comme nous en avons émis le souhait lors de notre précédent rapport d'activités, le Service Accueil de la Free Clinic.

## **ACTUALITES DU SERVICE**

Le Service de santé mentale s'inscrit toujours dans un cadre de travail vaste et pluridisciplinaire, proposant ses services tant aux usagers des autres services de la Free Clinic qu'aux usagers « tout venant ». La collaboration avec d'autres services au sein de l'institution Free Clinic (et donc avec des collègues intra-muros) est importante mais une collaboration existe aussi avec d'autres services de santé (exemple : maisons médicales), services d'accompagnement (exemple : SAMU social), et également avec le réseau de la santé mentale bruxelloise (autres SSM, Centres de jour, Services hospitaliers, etc.).

L'équipe est composée de deux psychologues salariées (à temps plein et à mi-temps) et d'un psychologue indépendant à mi-temps ; de deux psychiatres salariés mi-temps et de deux psychiatres indépendants.

Les orientations théorico-cliniques des différents intervenants sont diversifiées (références psycho-dynamique analytique et systémique, sexologie, thérapie brève, hypnothérapie, EMDR, ...), ce qui apporte une richesse des échanges lors de nos réunions cliniques hebdomadaires.

## **STATISTIQUES**

*Liste des prestataires :*

Debauche	Monique	Psychiatre
Dereau	Pascal	Psychologue
Goossens	Philippe	Psychiatre
Hamaide	Anne-Catherine	Psychologue
Janssens	Agnès	Psychologue
Lambrechts	Yves	Psychiatre
Lassoie	Françoise	Psychologue
Le Clef	Yves	Psychiatre

*Nombre de consultations : 3601*

*Nombre de patients : 618*

Nouveaux patients : 347  
Anciens patients : 271

*Sexe :*

Homme : 246  
Femme : 360  
Non défini : 12

*Age :*

Indéfini	24
15-19	7
20-24	51
25-29	72
30-34	105
35-39	85
40-44	97
45-49	68
50-54	62
55-59	28
60-64	11
65-69	6
70-74	1
75-79	1

*Nationalité :*

Belge :	235
CEE :	31
Autre :	170
Total :	436
Non défini :	182

*Localité :*

Ixelles :	200
Etterbeek :	44
Bruxelles (Autres communes) :	278
Province :	68
Non défini :	28

*Provenance :*

Absence envoyeur :	79
Entourage :	39
Free Clinic :	52
Service externe :	94
Police judiciaire :	2
Inconnu :	7
Non défini :	345

**AUGMENTATION DES DEMANDES SPECIFIQUES**

Nous avons également tiré parti de l'arrivée de notre nouvelle collègue pour évaluer à titre indicatif le nombre de demandes se présentant à la Free Clinic ; notre but étant double, d'une part de réfléchir à la meilleure façon d'y répondre et d'autre part de faire face à leur récente augmentation.

Cette petite enquête ne tient pas compte des demandes qui s'adressent d'emblée à un intervenant défini (soit parce que le patient est en contact direct avec lui ou que l'accueil transmet directement la demande à l'intervenant).

De plus, elle peut également être biaisée par la grande disponibilité de notre nouvelle collègue du fait de son arrivée au sein de la structure qui a pu créer artificiellement cet afflux de demandes.

Cette observation a eu cours pendant quatre mois (de mai à août 2010), moment de transition entre le départ de Mme Lassoie et l'arrivée de Mme Hamaide. Nous avons durant cette période pris note des coordonnées des patients qui appelaient pour une prise de rendez-vous plutôt que de leur fixer directement un rendez-vous chez un clinicien.

Dans un second temps, nous les avons appelés pour davantage de précisions. Nous avons récolté les données suivantes :

Total des demandes « psy » arrivées à l'accueil :	117
Demandes restées en suspens (mauvais numéro de téléphone,...)	6
Demandes prises en compte par des intervenants SSM : (par contact téléphonique)	111
Contacts restés sans réponse (message laissé à la personne) :	26
Contacts où la personne signale que le problème est résolu :	5
Contacts où la personne nous signale avoir fait appel à quelqu'un d'autre :	11
Personnes à qui a été proposé un rendez-vous :	69
Personnes qui se sont présentées au rendez-vous :	51
Personnes qui ne sont pas venues au rendez-vous :	18

Nous constatons que le nombre de demandes est vraiment conséquent (en moyenne 29/mois) et que, malgré un délai d'attente parfois assez long, une majorité de situations donne lieu à un contact téléphonique et que plus d'un sur deux mènent à la prise d'un rendez-vous. Le nombre de personnes se présentant à celui-ci est plus réduite, ce qui nous semble imputable le plus souvent à l'ambivalence chez certains vis-à-vis de la démarche que représente le fait d'aller consulter un « psy » mais peut-être aussi au fait que la gestion de la crise a pu se résoudre autrement que par ce biais.

Cette enquête a été l'occasion de remettre en question de façon plus globale le cadre des demandes, le délai d'attente avant qu'une réponse adéquate puisse être donnée par l'un de nos intervenants et la disponibilité de l'équipe face à un nombre de demandes qui va croissant. Ces faits sont perçus par toute l'équipe de santé mentale (psychologues et psychiatres) et semblent persistants.

Il serait intéressant de reproduire la même expérience ultérieurement pour avoir une appréciation plus précise de cette augmentation sur la durée.

### **DE LA SPECIFICITE DE NOTRE PRATIQUE A LA FREE CLINIC**

Le constat évoqué ci-dessus est aussi étroitement associé à d'autres observations et réflexions déjà présentes au sein de notre équipe.

En effet, la saturation du réseau de santé mentale a pour conséquence que de nombreuses demandes nous sont envoyées des autres centres de santé mentale avoisinants (Centre de guidance d'Ixelles, Psycho-Belliard, Psycho Etterbeek, ...). Par ailleurs, la politique de santé mentale actuelle oriente de plus en plus de patients pris en charge précédemment par le réseau psychiatrique hospitalier (dont la durée de prise en charge décroît d'année en année) vers le réseau ambulatoire. Ceci confronte l'équipe et notamment l'accueil à davantage de situations de crise et d'urgence à gérer. Nous avons aussi de plus en plus de patients inscrits dans des maisons médicales qui arrivent chez nous par ce biais.

La paupérisation de la société et notamment de la classe moyenne engendre une demande de plus en plus grande également. Cette partie de la population qui précédemment avait l'opportunité de s'adresser au réseau



privé, se voit contrainte aujourd'hui, de s'adresser à des services dont le coût reste accessible pour permettre à leur budget de rester en équilibre.

L'année 2010 a également été marquée par un accroissement des demandes de soins de patients demandeurs d'asile. Si cet accroissement peut être imputable à l'afflux de réfugiés, il l'est aussi à la saturation de centres accueillant spécifiquement ces personnes qui dès lors nous les adressent en soulignant la nécessité de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques. Nous sommes cependant très vite amenés à aussi endosser le rôle d'expert-conseil-auprès-du-patient et de devoir introduire des rapports (psycho-socio)-médicaux utilisés dans le cadre des procédures d'asile et à être en contact avec une multitude d'intervenants psycho-sociaux (assistants sociaux, équipes médicales des centres d'hébergement, avocats, traducteurs,...). Ces patients sont confrontés à une succession de lieux d'hébergement, d'intervenants différents (Croix-Rouge, FEDASIL, CPAS,...). Souvent en attente de reconnaissance et prises dans les dédales des procédures, ces personnes au parcours en général dramatique, sont confrontées à des attitudes de méfiance, de déni de leur histoire, voire de racisme, nouvelles causes de traumatisme.

D'autres facteurs (déjà évoqués lors de rapports d'activités précédents) complètent ce tableau : désinsertion sociale, solitude, éclatement des repères socio-culturels (réseaux d'appartenance), familiaux,... Et la liste est loin d'être exhaustive.

### Conclusions :

Nous tentons de répondre à ces demandes diverses de manière interdisciplinaire mêlant salariés et indépendants, tout en veillant à dégager les moyens pour le faire. Nous veillons à ce que la prise en charge financière de ces consultations soit assurée sans discontinuité, ce qui est loin d'être évident notamment avec les demandeurs d'asile une fois qu'ils quittent les centres d'accueil (difficultés à obtenir les réquisitoires de CPAS, personnes interdites de séjour, etc...). Ces situations précises nous amènent à devoir acquérir des compétences bien spécifiques tant au niveau social, clinique (de l'exil, du traumatisme, de la torture, du travail avec des traducteurs,...) que juridique (droit et procédures d'asile, conventions internationales, ...).

Il nous semble dès lors important de nous situer par rapport à ces observations pour éviter que les différentes pratiques psycho-médico-sociales proposées par notre service ne soient réduites à une sorte de « machinerie fonctionnelle » en diminuant du même coup la qualité de notre travail. Nous souhaitons que nos consultations restent des temps de rencontre privilégiés et désirons par-dessus tout éviter les interventions de type « fast-food » qui répondraient à une idéologie consumériste impropre à notre éthique professionnelle.

Suite à ce constat réitéré depuis quelques années, nous tirons une sonnette d'alarme. Il nous semble de plus en plus complexe avec nos moyens

humains limités de pouvoir répondre de façon adéquate c'est-à-dire conformément à nos missions de SSM et aux objectifs de notre asbl (notamment: « aide aux plus démunis, aux personnes sachant le moins défendre leurs droits ») à ces nouveaux défis ; toutes ces situations nécessitant des outils spécifiques et du temps pour nous permettre d'apporter des réponses appropriées et réfléchies en équipe. Et de re-signaler que notre équipe a grand besoin d'être renforcée par de nouveaux professionnels de la santé mentale qu'ils soient psychologues ou psychiatres.

## **APPORT THEORIQUE**

Ces réflexions sont souvent nourries et complétées par des lectures et rencontres dont, par exemple, un livre de Pascale Jamouille, « Fragments d'intime », présenté lors d'une réunion clinique par un de nos collègues, ainsi que l'organisation du colloque du 12 octobre .

Il nous semblait intéressant de présenter ces deux activités qui viennent faire écho à notre pratique spécifique et alimentent notre travail.

1) Organisation du colloque : « **Sciences, Clinique et Psychotropes : Quelles interactions** » le 12 octobre 2010, U.L.B., à Bruxelles.  
Colloque en trois langues : anglais, français, néerlandais subsidié par la COCOF et le SPF Santé Publique.

### Argument :

La question de la prescription excessive de médicaments psychiatriques en Europe et aux Etats-Unis revient de plus en plus fréquemment sur la place publique.

En mars 2010, la ministre belge des Affaires Sociales et de la Santé Publique, annonçait, au Sénat, la préparation d'un plan de lutte contre la surconsommation de psychotropes.

Tout d'abord, qu'en est-il des bases scientifiques sur lesquelles reposent ces prescriptions de médicaments ?

Comment sont-elles élaborées ?

Leur validité peut-elle être remise en question ?

Ensuite, qu'en est-il des entités nosographiques prises en compte dans cette démarche ?

Que dire de leur pertinence clinique ?

Comment distinguer la pathologie mentale des vicissitudes de la vie quotidienne ?

Ou encore, le recours à certaines catégories diagnostiques ne modifie-t-il pas durablement les représentations que nous avons de nous-mêmes ?

Ce colloque fut un succès. Le public composé de travailleurs de la santé mentale, de médecins généralistes et de journalistes (220 participants) a fait un accueil très positif à nos intervenants aux profils variés.

Intervenants :

**David Healy**, psychiatre, professeur en Psychologie Médicale à la Cardiff University School of Medicine, Directeur de la North Wales School of Psychological Medicine, Royaume-Uni.

« *Le Temps des Antidépresseurs* », Ed. Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2002 « *Les Médicaments Psychiatriques Démystifiés* », Ed. Elsevier Masson 2009.

**Kalman Applbaum, licencié en anthropologie à la Harvard University et** professeur d'Anthropologie médicale à la Wisconsin University, Milwaukee, USA.

« *The Marketing Era : From Professional Practice to Global Provisioning* », Ed. Routledge, 2003.

**Alain Giami**, chercheur en Sciences Sociales, directeur de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, INSERM, France. Giami A. « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité ». pp. 77-108. In Fassin, D. Memmi (eds). *Le gouvernement des corps*. Paris. Ed. EHESS, 2004.

**Trudy Dehue**, professeur en Epistémologie et en Histoire des Sciences à la Rijksuniversiteit de Groningen, Pays-Bas.

« De depressie-epidemie », Augustus, 2008.

**Walter Vandereycken**, professeur de psychiatrie à la Katholieke Universiteit Leuven, Belgique.

« Psychiaters te koop », Cyclus, 2006.

**Benoît Majerus**, docteur en Philosophie et Lettres, orientation Histoire, chargé de recherches – FNRS auprès de l'Université Libre de Bruxelles, Belgique.

« Revisiting psychiatry in twentieth-century Europe », *European Review of History*, 15 (1), February 2008, pp. 55-67.

Voici le résumé des différentes interventions :

### **L'introduction des neuroleptiques : entre continuités et ruptures**

Benoît Majerus

Aussi bien les acteurs de l'époque que de nombreux historiens présentent « l'invention » des neuroleptiques dans la première moitié des années 1950 comme une véritable césure dans la pratique psychiatrique des médecins mais également dans l'expérience des patients.

En croisant histoire des sciences et histoire sociale des patients, et en partant d'archives de Sainte Anne, j'aimerais interroger cette rupture et inscrire cette apparente « révolution » dans une histoire plus longue.

## **Autres temps, autres tourments**

Trudy Dehue

Quand se pose la question de savoir pourquoi les diagnostics psychiatriques se sont à ce point multipliés au cours du 21<sup>ème</sup> siècle, la réponse la plus fréquente de nos jours est celle qui émane des neurosciences ou des firmes pharmaceutiques, à savoir que ce ne sont pas les maladies elles-mêmes qui ont augmenté mais nos capacités à les détecter et les traiter. Viennent à l'appui de cette hypothèse les comptes-rendus historiques qui démontrent typiquement que les troubles X ou Y ont toujours existé. Ces 'feel good stories' confirment alors la pertinence sociale des représentations actuelles. Ce faisant, elle empêche le recours à l'explication contraire qui est que les neurosciences et le marché de la santé mentale ont avec l'appui des firmes pharmaceutiques contribué à la "fabrication" des pathologies psychiatriques. Bien que ces deux hypothèses divergent manifestement, leurs défenseurs respectifs partagent un même point de vue. Ils supposent en effet que nous traitons actuellement des personnes dont les pathologies sont moins sévères qu'auparavant que cela soit à notre avantage selon les tenants de la première position ou à nos dépens pour les seconds. Pour le dire autrement, nombreux sont ceux qui adoptent un "point de vue essentialiste" tel que la maladie "en elle-même" resterait dans le temps pareille dans son essence. En m'appuyant sur l'exemple de la dépression, je vais tenter de contrer cette affirmation. Je défends au contraire l'idée que le label "dépression" a acquis des significations supplémentaires au fil du temps. Afin de mieux cerner cette impressionnante évolution du début du 21<sup>ème</sup> siècle, nous devons remplacer le point de vue essentialiste des diagnostics psychiatriques par un point de vue radicalement "nominaliste" qui remet en cause la notion de maladie en "elle-même".

## **Vers une disparition du soin en médecine**

David Healy

Les cliniciens sont incités de toutes parts à suivre les recommandations de la Médecine Basée sur les Preuves (EBM). Et pour la grande majorité d'entre nous, cela suppose d'évidence que la médecine serait basée sur une série de données scientifiques fiables. Dès lors, si l'EBM oriente la pratique dans une direction particulière, il est logique que celle-ci prenne le pas sur les principes et l'expérience clinique du médecin pour le bien du patient. Nous observons cependant de plus en plus clairement un décalage entre ces soit disant preuves et les données issues des essais cliniques qui ont servi à les élaborer. Il est de notoriété publique que les firmes pharmaceutiques conservent à l'abri des regards les données brutes issues de leurs études et ne publient que le matériel qui sert leurs intérêts.

Par ailleurs, les essais cliniques sont élaborés de manière à pouvoir masquer

certaines données au travers de manipulations statistiques, ce qui conduit d'une part à des recommandations de traitements injustifiées et d'autre part à une minimisation voire une négation de certains risques. Les résultats de ces essais cliniques servent ensuite de base à la rédaction de Règles de Bonne Pratique. Celles-ci, quoi qu'on en pense, ne peuvent en rien guider la prescription du médecin à la manière dont un GPS mènerait le conducteur à partir de données préenregistrées vers la destination souhaitée.

La conséquence de ceci est que le patient comme le médecin s'efface progressivement lors de la rencontre clinique derrière cette conformité imposée et la capacité des médecins à pratiquer leur art - non pas de guérir, mais de soigner- risque de disparaître.

Cette situation découle des lois actuelles sur les brevets, du statut conféré aux médicaments disponibles uniquement sur ordonnance et sur la possibilité qu'ont actuellement les firmes de ne pas publier l'entièreté des données brutes issues des essais cliniques. Le traitement de cette «patientagnosie» (trouble de la reconnaissance de la situation du patient lié à un déficit cognitif plus qu'à un trouble des sens) qui se propage actuellement en médecine, va nécessiter des remèdes qui cibleront plusieurs de ces facteurs, de même que s'imposera pour les médecins un réapprentissage de ce que soigner veut dire.

Une excellente façon de comprendre cette vertu du soin est de parler au nom des patients qui ont été meurtris par des traitements. Malheureusement, les médecins qui s'y risquent sont considérés comme se mettant en opposition vis-à-vis de la « science » et sont en droit de se demander s'ils ont encore la force de tenir cette position.

### **Repenser la « non-compliance » au traitement comme l'explication fourre-tout de la rechute en psychiatrie**

Kalman Applbaum

Les résultats cliniques des traitements biopsychiatriques dépendent fondamentalement du fait que les patients acceptent ou non de prendre leurs médicaments. Malgré l'efficacité variable des médicaments psychotropes et l'absence de certitude concernant la façon de mesurer le taux d'adhésion aux traitements médicamenteux, il existe un consensus spontané dans le milieu des soins de santé mentale qui établit que des taux élevés de non-adhésion sont la cause principale des hospitalisations à répétition chez les patients atteints de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif. Dans cette présentation, je vais reconsidérer ce modèle explicatif des rechutes et ses implications pour les stratégies de prescription en me basant sur une recherche originale réalisée dans le plus important centre de crise psychiatrique des Etats-Unis. Je vais questionner certains fondements des idées contemporaines concernant la compliance aux médicaments psychiatriques qui prévalent dans la psychiatrie américaine ainsi que le rôle que joue l'industrie pharmaceutique dans la propagation et le façonnage des croyances et des pratiques des psychiatres en matière de « non-compliance ».

## **Entre médicalisation et pharmacologisation : les traitements des difficultés sexuelles**

Alain GIAMI

Le concept de médicalisation a été développé depuis le début des années '80 par Peter Conrad pour désigner un ensemble de procédures qui consistent en la "transformation de conditions de vie quotidiennes en troubles pouvant être traités médicalement". Ce concept s'est appliqué à l'étude d'un certain nombre de comportements susceptibles de s'orienter vers des formes plus ou moins socialement acceptables de déviance et/ou d'engendrer de la souffrance ou de la gêne chez ceux/celles qui en sont porteurs. La médicalisation, phénomène qui consiste à remédier à ces situations complexes en apportant des réponses médicales (diagnostic, traitement, épidémiologie) à des problèmes communs de la vie quotidienne, est souvent considérée comme une forme d'invention de nouvelles entités cliniques (*disease mongering*). La médicalisation emprunte désormais de nouvelles voies telles que l'appui sur la demande directe des consommateurs et l'influence grandissante de l'industrie pharmaceutique dans la conception, le développement et la diffusion de nouveaux médicaments.

L'émergence et le développement des traitements pharmacologiques des troubles sexuels masculins (depuis le début des années quatre-vingt) et féminins (plus récemment) ont mis sur le devant de la scène la question de la médicalisation de la sexualité qui reste confondue dans cette approche avec sa pharmacologisation.

On présentera le processus de construction des troubles sexuels en comparant les troubles sexuels masculins (la dysfonction érectile) et féminins (les troubles du désir).

### **La médi(c)alisation et la fabrication d'images en psychiatrie**

Walter Vandereycken

La psychiatrie contemporaine est nettement dominée par une approche biomédicale des problèmes psychosociaux. Une illustration significative de ceci se retrouve dans la visualisation des troubles psychiatriques via l'imagerie cérébrale. Cette fabrication d'image ('brain imaging') au sens littéral contribue également à la représentation sociale ('image building') de la psychiatrie en tant que vraie science du vivant. La médicalisation croissante de diverses problématiques se concrétise dans la multiplication de nouveaux diagnostics. Ce processus évolue en parallèle avec la médialisation de la science qui est elle-même habilement exploitée par l'industrie pharmaceutique.

Nous illustrons l'interaction médicalisation-médialisation avec deux de nos enquêtes. La première concerne une analyse des publicités pour des médicaments psychotropes dans le *Tijdschrift voor Psychiatrie* de 1999-2006. Ces annonces propagent une représentation stéréotypée des troubles psychiatriques et sont clairement destinées à susciter des réactions

émotionnelles de la part du lectorat (ici les psychiatres). La seconde étude examine les opinions des professionnels au sujet de 'nouveaux' troubles du comportement alimentaire (par exemple, l'orthorexie et dysmorphie musculaire) : s'agit-il de buzz médiatiques ou se retrouveront-ils dans le nouveau DSM-V?

2) PASCALE JAMOULLE : FRAGMENTS D'INTIME  
(Ed. La Découverte, 2009)

*Selon Yves Le Clef (médecin psychiatre, Free Clinic).*

*« Le livre en main, et dès la lecture de quelques phrases, il m'est venu à l'esprit : « C'EST DU TOUT BON ! »  
Je l'ai rangé pour plus tard, pour le temps d'une dégustation.*

*Et, c'est bel et bien, du tout bon ! Comment vous en TEMOIGNER ?*

*D'abord, QUI EST Pascale Jamouille ?*

*Pour commencer, elle relève du GENRE FEMININ. De plus, elle est ANTHROPOLOGUE. Dans la filiation de Lévy Strauss, bien sûr, MAIS, de génération en génération, le processus de DECONSTRUCTION opérant, l'homme n'est plus ce roseau, QUE PENSANT, au JE IDEIQUE, structuraliste, et ethnocentriste...*

*La démarche contemporaine, devient résolument phénoménologique et éthologique...*

*Son ouvrage aborde l'ANTHROPOLOGIE AUX MARGES URBAINES. Mais pourquoi l'intituler FRAGMENTS D'INTIME ?*

*FRAGMENTS,*

*Trois fragments majeurs :*

- le GENRE MARCHAND, ou le financement des liens affectifs et sexuels,
- le GENRE PERDU, ou les errances et les solitudes de la rue,
- le GENRE TRAGIQUE, ou les conflits intimes dans les quartiers immigrés.

*Trois fragments majeurs, repérables dans la géographie de Bruxelles Centre. Et dans ces fragments, des sous fragments et des soussous...*

*Mais pourquoi, FRAGMENTS D'INTIME ?*

*S'agit-il, de relations intimes ?*

*NON, bien qu'il en soit beaucoup question.*

*Il s'agit de l'intime dans le sens de L'INTIMITE DE L'AUTRE. Les AMOURS, les CORPS, les SOLITUDES, aux marges urbaines.*

*Comment rendre compte de l'intimité des autres ? Comment d'abord, RENCONTRER l'autre ? Comment aborder l'autre de la rue, déguisée en*

*anthropologue, appliquée et audacieuse, le cahier de notes à la main, la jupe bleu marine, et le chemisier blanc qui fait tache ? Comment inspirer confiance ? Comment, en maraude, récolter des confidences ?*

*Léonore nous raconte que, devant son école, à Bruxelles Centre, des filles, d'une école voisine, arrachent des mains le GSM d'une amie. Aucun appel à la solidarité entre filles étudiantes, n'a pu, empêcher, ce pillage, par la « Communauté voisine ». Mieux vaut se barrer, sans son GSM, et s'estimer heureuse.*

*Fragments d'intime, de part en part, C'EST TOUT L'ART, affiné, de la RENCONTRE .*

*Pascale Jamouille, y pratique, LA VALSE A DEUX TEMPS, inlassablement, et avec rigueur.*

*Son PREMIER TEMPS se veut PHENOMENOLOGIQUE et ETHOLOGIQUE. NOMADE, à la recherche des autres de la rue, elle consigne de l'AUTRE, son profil, son attitude, sa démarche, son comportement, ses expressions du visage, jusqu'à en parachever, la DESCRIPTION, finement croquée, qui se garde bien, de n'en réduire, ni la complexité, ni la contextualité apparente.*

*Qu'en EMERGE-t-il ?*

*Partons du THEATRE.*

*Le spectateur, - ici, le lecteur, de Fragments d'intime -, se laisse captiver par l'acteur et par KINEMIMETISME passif, ressent en lui-même, les mouvements de l'acteur, comme s'il avait laissé glisser l'acteur actif, dans son propre corps passif.*

*Ce processus moteur rend possible chez le spectateur l'émergence du SENTIMIMETISME passif, une empathie, un ressenti en lui, des émotions et des sentiments éprouvés par l'acteur.*

*C'est dans ce flux de LANGAGE CORPOREL que se mêlent et s'absorbent, les fragments de discours de l'autre, récoltés en maraude.*

*Le substrat neurologique qui sous-tend ce mécanisme empathique est assuré par l'existence de nos NEURONES MIROIRS, ce précieux patrimoine, chez l'humain, et à des degrés moindres, chez les mammifères supérieurs.*

*Que nous soyons, amis, amants, psys, ou anthropologues, tous, dans l'exercice de notre tâche, nous usons et abusons de nos neurones miroirs. Aussi, Fragments d'intime, par sa finesse PEDAGOGIQUE, limpide, ne peut qu'INTERPELLER IRRESISTIBLEMENT chacun des amoureux de la rencontre de l'autre, au même titre, qu'« A la recherche du temps perdu ».*

*PERSPECTIVE, plus particulière. Pour l'anthropologue, à l'oeuvre, l'autre est toujours l'autre, bien sûr, mais il est TRAVERSE PAR des courants, des tendances, des pressions, des déterminants, propres à la marge urbaine.*



*Les débusquer, en maraudant sur les lieux, nécessite, chez l'anthropologue, son coup d'œil acéré, et les mille et un quinquets de nuit, de ses neurones miroirs.*

*Son IMMERSION charnelle permet de SENTIR les forces à l'œuvre et la cohérence de ces microsociétés en marge.*

*Vient, le DEUXIEME TEMPS.*

*Du ressenti de l'anthropologue, émerge en elle un processus de PENSEE, intuitif et créatif, une inspiration interprétative, puis un travail rationnel, et logique de refonte et de réagencement qui dégage et SAISIT intellectuellement, les forces socioculturelles à l'œuvre, et la cohérence de ces microsociétés en marge.*

*Elle adopte un discours bien construit, structuré et limpide, un DISCOURS UNIVERSITAIRE, puissant.*

*Ce discours gagne en éclat et en force, par effet de contraste, du fait de son jumelage serré au côté du DISCOURS DE TERRAIN, lui, descriptif. Toute la FORCE REVELATRICE de Fragments d'intime jaillit de la juxtaposition contrastée de ces deux discours, en contrepoints et ce, tout au long des trois fragments majeurs.*

*Ce long et lent TRAVAIL de reprise en reprise, affinant et ré-affinant, n'est pas sans rappeler, ce vieil homme de cheval, bientôt centenaire, qui se sentant mourir, soupire : « Quel dommage, je commençais à saisir... ».*

*Au deuxième temps, l'ami, l'amant, le psy, voire les psys, et les anthropologues, SE SEPARENT. Leurs voies divergent.*

*Tous, amoureux de la rencontre de l'autre, chacun, s'adonne à un OBJECTIF DISTINCT,*

- aimer, d'amitié,
- aimer, d'amour,
- viser, un changement intrapsychique,
- viser, un changement relationnel, ou,
- viser, un changement micro sociétal...

*Reste à aborder, une dernière question.*

*Pourquoi, à LA FREE CLINIC, privilégier, Fragments d'intime ?*

*L'autre, EN MARGE URBAINE, et l'autre, CLIENT FREE CLINIC, sont-ils des ETRANGERS se mouvant dans des mondes cloisonnés ? Ou sont-ils SEMBLABLES, ou DIFFERENTS, voire SEMBLABLES, par degré ? Cette question m'a piqué.*

*Un petit sondage, très rudimentaire qui ne se prétend qu'indicatif, m'a imposé une petite gymnastique de l'esprit.*

*Pendant une semaine j'ai reçu les clients de la Free Clinic en étant habité par Fragments d'intime, en cours de lecture. J'ai listé les patients et je les ai confrontés à des rubriques socioculturelles qui émergeaient en moi, au fur et à mesure des entretiens.*

(...)

*J'en suis venu à constater, qu'entre l'autre en marge et le client Free Clinic, il n'y a que des DIFFERENCES DE DEGRES !*

(...)

*La Free Clinic, n'est pas bien loin de la rue, et, Fragments d'intime, vaut largement le détour.*

### **CONCLUSIONS :**

De « l'art » de la rencontre nous avons fait nos métiers, utilisant la relation comme outil de compréhension face à ce qui souvent peut nous paraître dans un premier temps opaque.

De ces rencontres naissent des pensées, des discours qui, au fur et à mesure, s'entremêlent, s'élaborent et s'enrichissent de l'expérience et du vécu de chacun (collègues et/ou patients) ; de la richesse de nos places respectives ; de nos divergences et de nos similitudes, pour construire ensemble un travail qui fait sens. Et de l'importance du temps humain comme moment premier de désamorçage des clivages sociaux.

Et de rappeler aussi que notre démarche clinique vient interroger en permanence le sens de nos pratiques professionnelles, pratiques porteuses de significations multiples et contradictoires. C'est une valse à mille temps.

### **PROJET POUR 2011 :**

Le départ à la retraite d'un psychiatre va nous amener à rechercher un nouveau psychiatre salarié.

### **PROJETS SPECIFIQUES ET FORMATIONS :**

#### **• Yves Lambrechts :**

##### Formations :

- Participation au colloque « Sciences, Clinique et Psychotropes : Quelles interactions » le 12 octobre 2010, à l'ULB, Bruxelles.
- Participation aux journées d'Université d'Hiver du CLPF « Planning Familial & Laïcité » des 16 et 17 décembre 2010.

#### **• Pascal Dereau :**

##### Formations :

Formation à la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) avec Benjamin Schoendorff, en France  
Module 1, avril 2010  
Module 2, mai 2010  
Module 3, septembre 2010

### Séminaires :

Participation au Symposium interdisciplinaire sur la Psychologie Positive à Bruxelles, les 24 et 25 septembre 2010.

Thème: "Cultiver et partager le bonheur au quotidien"

Avec Christophe André, Isabelle Filliozat, Thomas d'Ansembourg, Jacques Lecomte, Eric Lambin et Matthieu Ricard.

Organisé par l'Asbl Emergences (dont Pascal Dereau fait partie).

- **Yves Le Clef :**

Présentation du livre de Pascale Jamouille « Fragments d'intime » (voir ci-dessus).

- **Philippe Goossens :**

### Formations suivies :

Séminaire mensuel sur la psychosomatique (Ecole Belge de psychanalyse).  
Intervision clinique mensuelle (situations de psychothérapie analytique).

### Formation donnée :

Séminaire sur pulsion(s) et attachement (Ecole Belge de psychanalyse).

- **Monique Debauche :**

### Séminaires : participation

- 8 janvier 2010 – « Psychologie, psychiatrie et psychanalyse : histoires croisées »

Jacqueline Carroy (directrice d'études à l'EHESS), Jean-Christophe Coffin (maître de conférences à l'Université Paris Descartes), Annick Ohayon (maître de conférences à l'Université de Paris VIII Saint-Denis) et Régine Plas (professeur émérite à l'Université Paris Descartes),

Benoît Majerus (Fnrs-Ulb) Une 'révolution chimique vue' d'en bas.

L'introduction de la chlorpromazine dans la pratique psychiatrique à Sainte Anne.

- 15 mars 2010

Conférence de Stuart Kirk (Prof. of Social Welfare, UCLA School of Public Affairs) – « The Diagnostic and Statistical Manual (DSM) and the Illusion of Progress in Psychiatric Diagnosis ».

- Les 28 et 29 mai 2010 : « Les Rencontres Prescrire 2010 »

Dans les locaux de l'Université Catholique de Louvain (UCL), à Bruxelles.  
Co-organisation par le GRAS : Groupe Recherche Action en Santé.

- 17-18 juin 2010 « Tristesse ou dépression ? »

*Colloque international* : Les travaux de Jérôme C. Wakefield sur la dépression et la parution de la traduction française de *The Loss of Sadness*

(publié en 2007 avec Allan V. Horwitz), invitent à s'interroger sur la nature de cette catégorie diagnostique et motivent l'organisation de ce colloque.

- 7-8 octobre 2010, Conference "Selling Sickness - Influence on influence", the Mövenpick Hotel Amsterdam.

#### Travail des historiens à la Free Clinic

« La Free Clinic : de la contestation à l'institutionnalisation ».

Ce travail de recherche historique a été réalisé par trois étudiants de l'ULB - Faculté de Philosophie et Lettres (année académique 2009-2010).

#### Articles :

- La commercialisation des désordres psychiatriques : Le nouveau marketing. Revue Santé Conjuguée, 1er janvier 2010.

<http://www.maisonmedicale.org/La-commercialisation-des-desordres.html>

- Critique du DSMV. LLG 67, septembre 2010.

- Le réboxétine : la médecine biaisée par les preuves. LLG 68, décembre 2010.

*Mise en ligne sur le site de la Free Clinic d'un film australien doublé en français par nos soins sur "le commerce des maladies" "disease mongering."*  
<http://www.freeclinic.be/spip.php?article147>

## 2. LE SERVICE DE MEDIATION DE DETTES

# LE SERVICE DE MEDIATION DE DETTES

Cette année 2010 a été marquée par le choix des thèmes de travail qui devront faire l'objet d'une évaluation qualitative au cours des trois années à venir.

Pour le Service de médiation de dettes, ce choix s'est tout naturellement imposé puisqu'il fait suite aux constatations relevées depuis déjà plusieurs années par les médiatrices, à savoir, la multiplicité des problèmes auxquels sont confrontées les personnes surendettées en dehors de leur endettement proprement dit.

La Free Clinic, pluridisciplinaire, a toujours eu comme objectif de considérer et de soutenir la personne dans sa globalité. Le Service de médiation de dettes est de plus en plus démuni à réaliser cet objectif, faute de temps et de personnel.

Les thèmes *de l'adéquation du service par rapport à la demande* et celui de *l'accompagnement des personnes vers plus d'autonomie* se sont donc imposés.

Cette année, l'assistante sociale en médiation amiable a diminué son temps de travail horaire sur une période de six mois et est passée d'un temps plein à un mi-temps.

Ce poste a été repris par une autre assistante sociale à mi-temps qui travaille au service social de l'a.s.b.l. Le travail de médiation de dettes amiable a donc continué.

Ensuite, ce poste d'assistante sociale a été reconduit pour un mi-temps, sur fonds propres. L'engagement de cette personne a permis d'augmenter de 7 heures l'activité de médiation de dettes à la Free Clinic. Ces heures sont consacrées à la médiation judiciaire.

## **1. STATISTIQUES MEDIATION AMIABLE**

Les demandes de médiation de dettes ont principalement été reçues lors de **la permanence téléphonique**.

Cette permanence est disponible tous les lundis matin. Nous vous présentons quelques chiffres de ce travail :

Nous avons comptabilisé 29 jours de permanence entre mars et décembre 2010.

Le nombre d'appels reçus est de 162. Auxquels se sont ajoutées 5 personnes vues directement durant cette permanence.

Cela représente en moyenne 6 temps d'écoute par matinée.

Cette écoute a principalement pour objet de conseiller et d'orienter si besoin vers les autres services de médiation de dettes de la Région Bruxelloise ou

des deux autres régions. Les 167 interventions peuvent être scindées en 120 conseils et orientation, 27 rendez-vous dans notre service de médiation soit 16 %, 19 personnes qui étaient déjà suivies en médiation mais qui ont appelé à ce moment-là et 1 erreur de demande.

A cela s'ajoutent les demandes de compléter une requête en Règlement Collectif de Dettes (RCD) ou de répondre au retour de requêtes pour complément d'informations sollicitées par le greffe du Tribunal du travail. Nous comptabilisons 8 interventions de ce type.

Le nombre de dossiers ouverts en 2010 est moindre que les années précédentes en raison de l'autre travail interne de la médiatrice de dettes amiable, à savoir le poste de coordinatrice de l'a.s.b.l. depuis octobre 2008 et qui se perpétuera jusqu'en octobre 2012.

### **Les chiffres de la Médiation amiable :**

Nombre de consultations :	367
Nombre de nouveaux dossiers :	39

Parmi les dossiers en cours en médiation de dettes amiable 15 personnes ont été orientées vers le Règlement Collectif de Dettes.

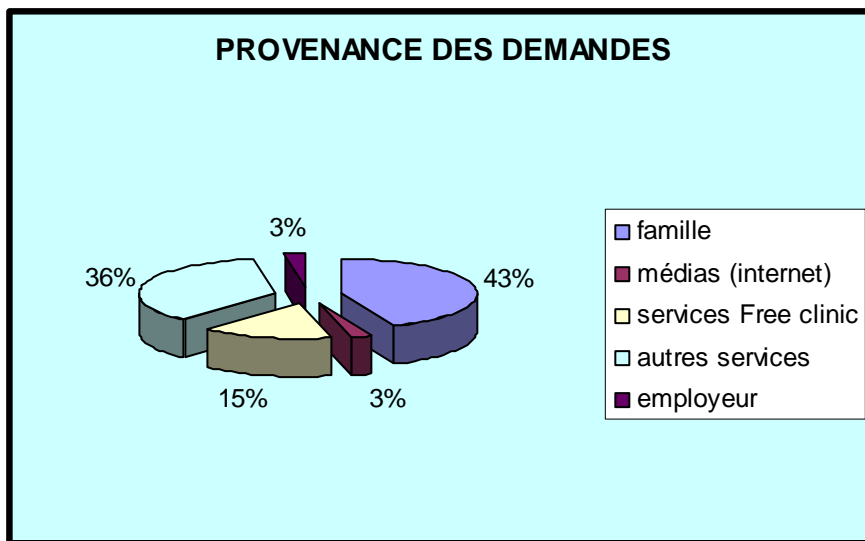
Les chiffres récoltés ci-après sont uniquement des données de dossiers ouverts en 2010.

#### ***Provenance des demandes***

- un autre service externe :	14
- la famille, les amis :	17
- un service de l'institution :	6
- les médias :	1
- l'employeur :	1

Les dossiers ouverts durant l'année 2010 ont été orientés en majorité par l'entourage.

Les autres services sont divers services sociaux de la région bruxelloise qui font partie de notre réseau de travail.



***Profil de la personne***

**Sexe**

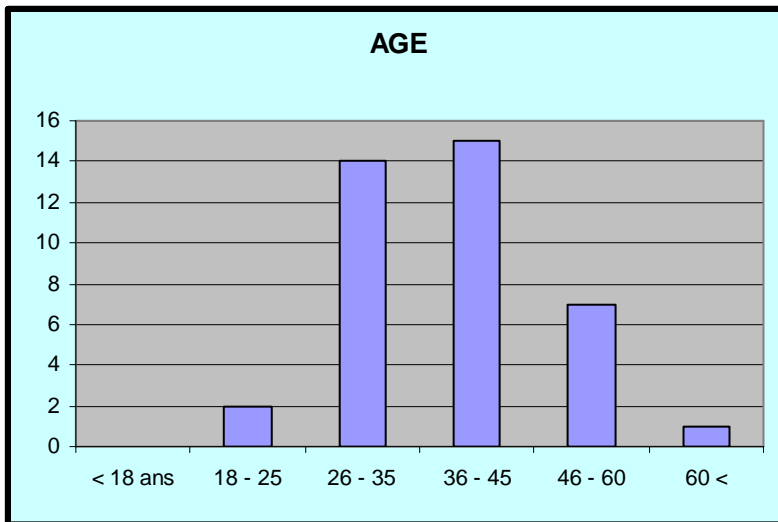
- Homme :	20
- Femme :	19

Nous comptons une égalité de femmes et d'hommes parmi les usagers.

**Âge**

<18 :	0
entre 18 et 25 ans :	2
entre 26 et 35 ans :	14
entre 36 et 45 ans :	15
entre 46 et 60 ans :	7
plus de 60 ans :	1



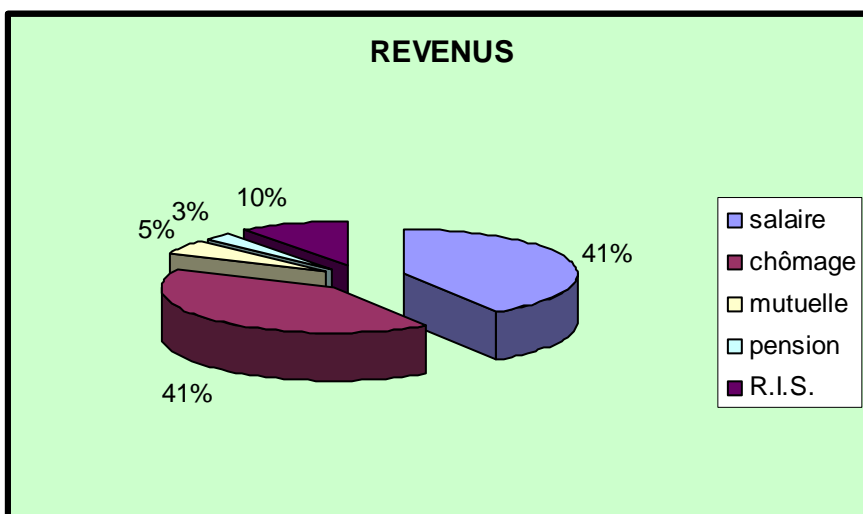


La majorité des surendettés qui se sont présentés au Service de médiation de dettes en 2010 représentent la tranche d'âge entre 26 et 45 ans. Nous constatons ainsi que cette population touchée par le problème est relativement jeune.

### Revenus

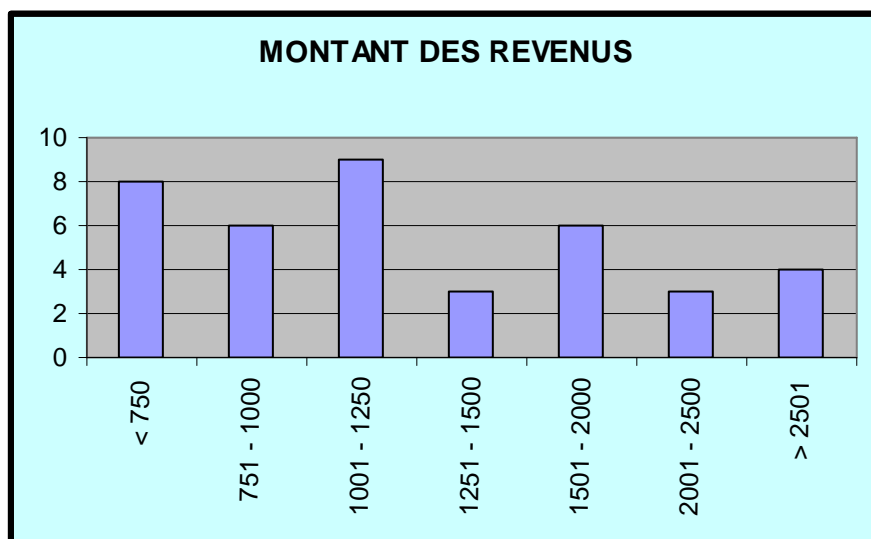
- Allocation de chômage : 16
- Indemnité assurance maladie-invalidité : 2
- Pension : 1
- Revenu d'intégration sociale ou similaire : 4
- Salaire : 16

La plupart des personnes sont salariées ou bénéficient d'une allocation de chômage ; 41 % sont salariés et 41 % sont chômeurs.



### Montant des revenus

<750 € :	8
de 751 à 1000 € :	6
de 1001 à 1250 € :	9
de 1250 à 1500 € :	3
de 1501 à 2000 € :	6
de 2001 à 2500 € :	3
>2500 € :	4



Près de 60 % touchent un revenu de moins de 1.250 €. Et 20 % sont en-dessous du seuil de pauvreté (< à 750 €).

### ***Causes du surendettement***

- perte d'emploi :	3
- maladie :	1
- faillite en tant qu'indépendant :	10
- séparation/divorce :	1
- problème de dépendance :	9
- une offre (de crédit) alléchante :	5
- difficulté de gestion :	5
- trop de crédit(s) :	1
- caution :	1
- décès :	1
- coûts imprévus :	2

Nous relevons à travers cette liste de causes du surendettement deux causes majeures : la faillite de l'indépendant et le problème de dépendance mais aussi un autre constat, celui d'une difficulté de gestion et de l'offre de crédit.

## **2. STATISTIQUES MEDIATION JUDICIAIRE**

- Consultations de personnes en Règlement Collectif de Dettes : 135
- Consultations de personnes en médiation amiable toujours suivies par la médiatrice judiciaire : 30
- Audiences Tribunal du Travail : 4
- Visites à domicile : 5
- Consultations d'informations et de conseils pour des personnes qui sont en RCD ou pour des médiateurs et/ou assistants sociaux : 20

Nouveaux dossiers : 10

### **Profil des nouvelles personnes en RCD :**

#### Sexe :

Hommes seuls : 3  
Femmes seules : 5  
Couple : 2

#### Age :

Entre 25 et 30 ans : 1  
Entre 30 et 40 ans : 5  
Entre 40 et 50 ans : 2  
Entre 50 et 60 ans : 1  
Au-delà de 60 ans : 1

#### Origine :

Hors Europe : 2  
Belge : 7  
Européen : 1

#### Composition de ménage :

Seul : 3  
Couple avec enfants : 1  
Couple sans enfants : 3  
Homme seul avec enfants : 1  
Femme seule avec enfants : 2

#### Situation socio-professionnelle :

Chômage : 4  
Travail : 4  
R.I.S. : 1  
Pensionné : 1  
Le total dépasse 10 personnes car nous comptons deux couples.

## Endettement :

Nombre de créancier par ménage :

Entre 1 et 5 créanciers : 1  
Entre 5 et 10 créanciers : 4  
Entre 10 et 15 créanciers : 3  
Au-delà de 15 créanciers : 2

Montant de l'endettement en principal par ménage (hors frais, intérêt) :

En dessous de 10.000 € : 1  
Entre 10.000 et 20.000 € : 2  
Entre 20.000 et 30.000 € : 2  
Entre 30.000 et 40.000 € : 0  
Entre 40.000 et 50.000 € : 0  
Entre 50.000 et 100.000 € : 3  
Au-delà de 100.000 € : 1

### **3. FORMATIONS**

3.1 Formations données dans le cadre des formations organisées par le Centre d'Appui aux services de médiation de dettes :

I. Médiatrice judiciaire :

- 1) Deux demi-journées de formation de base sur le règlement collectif de dettes pour les médiateurs et futurs médiateurs de dettes ;
- 2) Une demi-journée de formation sur le règlement collectif de dettes pour les assistants sociaux de première ligne dans le cadre de la sensibilisation des AS au travail de médiation ;
- 3) Une demi-journée d'introduction à la pratique du RCD pour les futurs médiateurs judiciaires.

II. Médiatrice « amiable » :

- 1) Une journée de formation en Méthodologie dans le cadre de la Formation de base.

Notre Service tient à participer à cette formation à l'attention de ceux qui démarrent dans le métier afin de partager les réflexes, les techniques de travail, en favorisant l'écoute, l'empathie et le non jugement. Nous amenons une réflexion autour des postes du budget qui relèvent de la vie privée des personnes qui s'adressent à nous, nous mettons l'accent sur la compréhension des causes du surendettement, sur la prévention des dangers de la consommation non responsable, et sensibilisons les participants à devenir acteurs de changement, ... Voilà donc les quelques pistes que nous pointons lors de ces formations.

Bien évidemment, nous faisons passer le message d'être attentif à ces sujets lors des entretiens individuels dans notre travail curatif en matière de surendettement.

### 3.2 Formations suivies par les médiatrices :

- 1) Formation de base à la médiation judiciaire (par deux médiatrices) ;
- 2) La dette fiscale et le couple ;
- 3) La dette et les indépendants ;
- 4) Le sort de la caution.

## **4. AUTRES ACTIVITES DES MEDIATRICES DE DETTES**

### **En médiation :**

- Les assistantes sociales du service sont membres de l'asbl Centre d'appui aux services de médiation de dettes et participent à certains Midis Débat à thèmes.
- Participation au bureau des médiateurs judiciaires.
- Participation aux réunions (6 par an) de l'association des médiateurs Judiciaires.
- Participation pour la 2<sup>ème</sup> fois à l'émission de la RTBF : « Tout autre chose » sur le surendettement.
- Elaboration d'un guide pratique de la médiation judiciaire en collaboration avec le Centre d'appui et un autre service de médiation.
- Prévention : participation active depuis l'origine, en l'an 2000, au groupe prévention du Centre d'appui (anciennement GREPA).

Chaque année en novembre, a lieu la journée sans crédits. Organisée par 24 associations, nous y amenons chaque année des revendications auprès des pouvoirs politiques.

Auprès du public, nous avons installé des stands dans les principales gares de Belgique. Nous y avons distribué des cartes postales avec des œuvres d'art remaniées avec chacune un message de prévention aux crédits faciles. Vous en trouverez une illustration ci-après.

Un last-minute à crédit pour le paradis ?

Mais tu vas encore y brûler tes ailes

**Déjà consommé, toujours en train de payer ?**  
 Avec une carte, vous pouvez même acheter de la nourriture ou un voyage à crédit et le payer plus tard, mais avec 15% d'intérêts en plus !

La durée de remboursement d'un crédit ne devrait pas dépasser la durée de vie du bien acheté.

Avec une carte de crédit, vous pouvez même acheter de la nourriture ou un voyage à crédit et le payer plus tard, mais avec 15 % d'intérêts en plus !

La durée de remboursement d'un crédit ne devrait pas dépasser la durée de vie du bien acheté.

**Pour l'asbl Free Clinic :**

- Fonction de coordinatrice de l'asbl ;
- Secrétaire du Conseil d'administration ;
- Participation aux réunions sociales et juridiques de la maison.

**En 2011** nous aurons à notre disposition l'outil de travail informatique pour la médiation de dettes : le programme MEDIUS.

### 3. LE SERVICE D'AIDE JURIDIQUE

## LE SERVICE D'AIDE JURIDIQUE

Dans nos deux rapports précédents, figurent des informations détaillées sur les deux axes de travail privilégiés par le service d'aide juridique :

- les **consultations individuelles** (consultations de première ligne dans toutes les branches du droit ; suivi de dossiers relevant du contentieux des CPAS devant les juridictions du travail ; médiations familiales) et
- **les actions globales** (dans le domaine de l'aide juridique et de l'aide sociale essentiellement).

L'objectif général du service est et demeurera d'offrir un accompagnement juridique spécialisé dans les problématiques spécifiques amenées par les consultants du Service de santé mentale et du Centre de planning familial, mais aussi de notre service social, de notre service médical ou de notre service de médiation de dettes, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes les plus défavorisées.

Dans la mesure où ces informations demeurent valables pour l'année 2010, nous y renvoyons le lecteur qui souhaiterait une description plus élaborée de nos philosophie, méthodes et objectifs de travail.

Nous mettrons en relief ci-après des informations non reprises dans nos rapports pour 2008 et 2009, ou des éléments nouveaux apparus en 2010.

### ***1. LES ACTIVITES PRINCIPALES DU SERVICE D'AIDE JURIDIQUE***

#### **1.1. Les actions à portée individuelle**

##### **1.1.1. Consultations d'aide juridique « de 1<sup>ère</sup> ligne »**

Ces consultations de vingt à trente minutes en moyenne sont organisées dans le cadre de permanences de 2 heures 30 réparties comme l'an passé entre Maîtres Martine MAMVIBIDILA, Malika REKIK, Guillaume GOETHALS et Elisabeth LEYTENS.

Il arrive exceptionnellement que Vincent DECROLY prenne l'une ou l'autre permanence en charge (lorsque l'avocat est inopinément retenu à l'audience ou indisponible pour une autre raison).

Nous poursuivons notre collaboration avec le service social d'Actiris, avec lequel nous sommes liés par une convention qui a été prorogée en 2010. Cette convention nous engage à donner des conseils juridiques de première ligne à des salariés d'Actiris dans les diverses branches du droit couvertes par nos consultations ; le prix de la consultation est facturé chaque année à Actiris.



## Statistiques des consultations

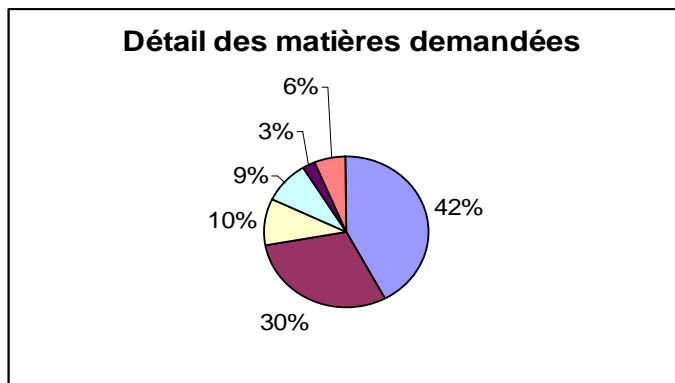
### Consultations d'aide juridique de 1<sup>ère</sup> ligne

#### Nombre de consultations

En 2010 il y avait 765 plages de rendez-vous ouvertes, 648 rendez-vous ont été pris mais seulement 388 sont venus, soit 60 % des personnes qui prennent un rendez-vous viennent réellement, c'est mieux que les années précédentes.

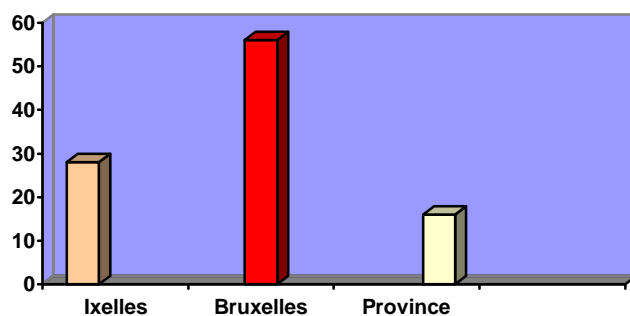
#### Détail des matières demandées :

- 42 % des consultations en droit familial
- 30 % des consultations en bail, problème locatif et voisinage
- 10 % des consultations en droit des étrangers
- 9 % des consultations en droit du travail et sécurité sociale
- 3 % des consultations en responsabilité civile et pénale
- 6 % des consultations en autres matières ou indéterminés



#### Origine géographique des consultants

- 28 % des consultants viennent d'Ixelles
- 56 % des consultants viennent des autres communes de Bruxelles
- Et 16 % viennent de province



## Sexe des consultants

Il y a toujours une majorité de femmes qui font appel à nos services, soit 70 %.

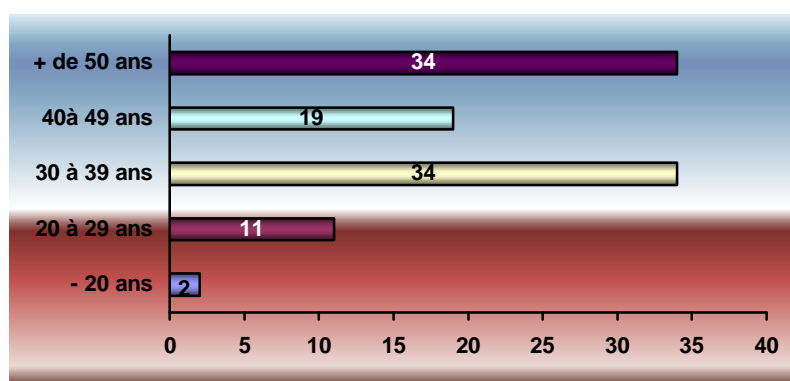
## Age des consultants

Moins de 20 ans = 2 %  
De 20 à 29 ans = 11 %  
De 30 à 39 ans = 34 %  
De 40 à 49 ans = 19 %  
Et de 50 ans et plus = 34 %

## Activités des consultants

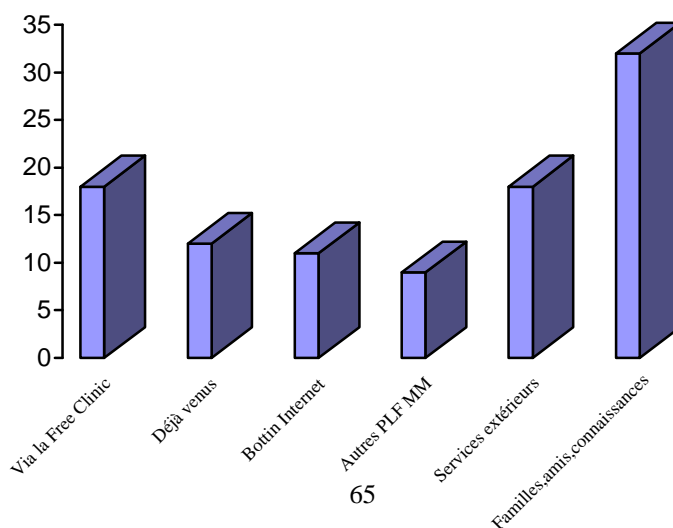
En 2010, 52 % des personnes qui nous ont consultés ont un revenu de travail (ouvriers, employés, profession libérale). Ce qui est mieux qu'en 2009 mais nettement moins que les années précédentes (entre 55 et 79 %).

En 2010, 7 % des consultants sont des retraités, 8 % des étudiants et 33 % sont à charge de la mutuelle ou du chômage.



## Manière dont les consultants ont pris connaissance du service

Par d'autres service de la Free Clinic = 18 %  
Déjà venus = 12 %  
Bottin, Internet = 11 %  
Autres plannings ou maisons médicales = 9 %  
Services extérieurs = 18 %  
Familles, amis, connaissances = 32 %



### 1.1.2. Médiation familiale

#### Consultations en médiation familiale

De janvier 2010 à août 2010, le service de médiation familiale a été assuré par une stagiaire, Sophie DEMOULIN, la médiatrice habituelle, Malika REKIK, étant en congé de maternité. Par la suite, la médiatrice habituelle, Malika REKIK a repris ses activités et ce, à partir du mois de septembre 2010.

Statistiques de la stagiaire en médiation familiale pour l'année 2010 (de novembre 2009 au 8 août 2010).

Nombre de séances de médiation à 2 minimum	47 séances, soit une moyenne de 4,7 séances par mois. Dans ces 47 séances, il y a eu 5 séances uniques et une médiation « exceptionnelle » de 11 séances qui dure encore. Hors exception et séances uniques, la moyenne des séances pour un processus complet est de 3,4.
Nombre de séances individuelles	5, dont une seule a débouché sur une médiation à 2.
Sur combien de temps ?	Cela va de 1 jour (quand séance unique) à 3 mois (une exception : 10 mois). Hors exception, la moyenne est de 7,3 semaines pour un processus complet de médiation.
Quels sont les acteurs ?  Qui est demandeur ?	La grande majorité sont des couples. Il y a eu 3 demandes concernant la relation parentale, et une concernant la relation frère-sœur.  Sur 14 couples il y a eu 9 demandes de femme, 5 demandes d'homme. Sur 3 médiations concernant la relation parentale, 2 demandes viennent des enfants, 1 du père. Dans les séances individuelles, sur les 5 demandes, 4 sont des demandes de femmes.
Demandes, thèmes abordés :	Garde de l'enfant (6), aspects financiers (7), choix pour l'enfant (3), améliorer le dialogue (8), organiser la séparation (5).

RDV annulés sans prévenir :	3. A la suite de quoi, j'ai informé les personnes dès la première séance qu'une séance annulée sans prévenir était une séance due.					
Quelles conclusions ?	<table border="1" data-bbox="517 461 1401 1328"> <thead> <tr> <th data-bbox="517 461 986 501">Impasses</th> <th data-bbox="986 461 1401 501">Succès</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="517 501 986 1328"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quand la médiation devient un règlement de compte,</li> <li>- quand une des personnes ne veut pas adhérer fondamentalement au processus de médiation,</li> <li>- quand une des personnes veut la voie judiciaire,</li> <li>- quand il y a trop de blessures et qu'il n'y a plus d'envie de dialoguer,</li> <li>- quand il y a manipulation et emprise,</li> <li>- quand il y a de la mauvaise foi.</li> </ul> </td> <td data-bbox="986 501 1401 1328"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un accord verbal sur les sujets abordés.</li> <li>- Un apaisement de la relation.</li> <li>- Des malentendus et non-dits éclaircis.</li> <li>- Un accord écrit.</li> <li>- Une reprise de contact après un long silence.</li> <li>- Une coopération dans les prises de décision pour l'enfant.</li> <li>- Une bonne volonté marquée pour que chacun se sente gagnant.</li> <li>- Une relation « pacifiée ».</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Impasses	Succès	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quand la médiation devient un règlement de compte,</li> <li>- quand une des personnes ne veut pas adhérer fondamentalement au processus de médiation,</li> <li>- quand une des personnes veut la voie judiciaire,</li> <li>- quand il y a trop de blessures et qu'il n'y a plus d'envie de dialoguer,</li> <li>- quand il y a manipulation et emprise,</li> <li>- quand il y a de la mauvaise foi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un accord verbal sur les sujets abordés.</li> <li>- Un apaisement de la relation.</li> <li>- Des malentendus et non-dits éclaircis.</li> <li>- Un accord écrit.</li> <li>- Une reprise de contact après un long silence.</li> <li>- Une coopération dans les prises de décision pour l'enfant.</li> <li>- Une bonne volonté marquée pour que chacun se sente gagnant.</li> <li>- Une relation « pacifiée ».</li> </ul>
Impasses	Succès					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- quand la médiation devient un règlement de compte,</li> <li>- quand une des personnes ne veut pas adhérer fondamentalement au processus de médiation,</li> <li>- quand une des personnes veut la voie judiciaire,</li> <li>- quand il y a trop de blessures et qu'il n'y a plus d'envie de dialoguer,</li> <li>- quand il y a manipulation et emprise,</li> <li>- quand il y a de la mauvaise foi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un accord verbal sur les sujets abordés.</li> <li>- Un apaisement de la relation.</li> <li>- Des malentendus et non-dits éclaircis.</li> <li>- Un accord écrit.</li> <li>- Une reprise de contact après un long silence.</li> <li>- Une coopération dans les prises de décision pour l'enfant.</li> <li>- Une bonne volonté marquée pour que chacun se sente gagnant.</li> <li>- Une relation « pacifiée ».</li> </ul>					
Accord verbal ou écrit ?	2 accords écrits. 1 a été écrit mais les personnes ne sont jamais venues le chercher, n'ont pas payé, malgré des tentatives téléphoniques.					
Commune d'habitation	Il y a eu des personnes venant de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ixelles</li> <li>- Saint-Gilles</li> <li>- Bruxelles-centre</li> <li>- Louvain la Neuve</li> <li>- Braine l'Alleud</li> <li>- Woluwé</li> <li>- St Pieters Leeuw</li> <li>- Laeken</li> <li>- Ganshoren</li> <li>- Ottignies</li> <li>- Wavre</li> <li>- Liège</li> </ul>					

Arrivés sous les conseils de qui ?	Il y a eu entre autres : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infor Jeunes</li> <li>- le Juge</li> <li>- ONE</li> <li>- Infor-droit de la Free Clinic</li> <li>- leur psychologue</li> <li>- leur avocat</li> <li>- leur thérapeute familial</li> </ul>
------------------------------------	---

De septembre 2010 à décembre 2010, 14 demandes de médiation ont donné lieu à une prise de rendez-vous chez la médiatrice habituelle, Malika REKIK. Parmi ces 14 demandes, 4 demandes n'ont pas débouché sur une médiation, les personnes ne s'étant pas présentées au premier rendez-vous ou ayant annulé le premier rendez-vous. Il y a donc eu 10 procédures de médiation qui ont été effectivement menées. Elles concernaient toutes des couples, mariés, séparés, divorcés ou en voie de séparation.

Elles avaient pour objet, soit la mise à jour après une séparation ou un divorce des décisions concernant l'hébergement des enfants, la contribution alimentaire ou d'autres questions relatives aux enfants, soit l'accompagnement dans une procédure de séparation ou de divorce, aboutissant, le cas échéant à la rédaction d'un projet de conventions.

Pour ces 10 médiations, de manière très synthétique, le bilan est le suivant :

- 2 médiations étaient envoyées par un juge. L'une d'elles concernait des personnes que la médiatrice a rencontré dans le cadre d'une permanence de médiation familiale qui se tient auprès du Tribunal de la Jeunesse. Cette médiation a fait l'objet de 3 séances et les parties, qui étaient en conflit depuis plus de dix ans, ont pu renouer la communication entre-elles et trouver un accord. L'autre médiation a fait l'objet de 3 séances puis la médiatrice a mis fin à la médiation, les conditions de médiation n'étant pas réunies.
- 3 médiations n'ont donné lieu qu'à un seul entretien. L'une d'elle concerne des personnes qui n'ont plus donné de nouvelles par la suite. Les deux autres, des personnes qui ont annulé le 2<sup>ème</sup> rendez-vous soit parce qu'elles trouvaient le coût des séances de médiation familiale trop élevé soit parce qu'après-coup, le cadre de la médiation familiale ne leur convenait pas.
- 1 médiation a donné lieu à un seul entretien avec une des deux parties, mais l'autre partie n'a pas recontacté la médiatrice durant l'année 2010.

- 1 médiation a donné lieu à 2 séances, puis la médiatrice a mis fin à la médiation, une des parties remettant en cause le cadre et le processus de médiation familiale.
- 1 médiation a fait l'objet de 3 séances, un accord provisoire a été rédigé, mais n'a pas été signé puis la médiation s'est interrompue, les parties annulant de manière successive plusieurs rendez-vous.
- 1 médiation a fait l'objet de 2 séances en vue d'organiser un divorce par consentement mutuel et n'était pas terminée en décembre 2010.
- 1 médiation a fait l'objet de 2 séances afin d'officialiser une séparation déjà effective depuis longtemps, mais n'était pas non plus terminée en décembre 2010.

### **1.1.3. Aide juridique de seconde ligne : défense en justice en matière d'aide sociale**

Sur la présentation de cette activité et la manière dont elle se construit à la Free Clinic, nous renvoyons le lecteur à nos deux rapports précédents.

#### **1.1.3.1. Quelques repères quantitatifs...**

En 2010, nous avons offert quelque 270 plages d'une heure de consultation juridique de seconde ligne en matière d'aide sociale. Nous avons reçu au cours de ces périodes de consultation 97 personnes ou familles, résidant dans leur majorité (94 %) dans l'une des 19 communes composant la Région de Bruxelles-Capitale.

Environ 15 % de ces personnes ont été adressées au service d'aide juridique par un autre service de la Free Clinic (le plus souvent par une assistante sociale, parfois par un médecin généraliste ou psychiatre ou par un psychologue).

Une partie de ces personnes se sont vu expliquer que le CPAS était dans son droit et qu'aucun recours n'était raisonnablement possible.

Une autre partie a été orientée vers un avocat du réseau des avocats partenaires de notre service.

Pour 53 de ces personnes ou familles, nous avons ouvert une procédure contentieuse devant les juridictions du travail. Environ la moitié de ces procédures se sont achevées en 2010, la plupart du temps par l'obtention totale ou partielle de ce qui avait été demandé au tribunal (taux d'échec total de l'ordre de 10 %) ; l'autre moitié des causes introduites était toujours pendantes, en première instance ou en appel, le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

En 2010, nous avons toujours plaidé devant les juridictions bruxelloises, sauf une fois devant le tribunal du travail de Nivelles, une fois devant celui de Charleroi et une fois devant celui de Namur.

L'incidence de la saturation des réseaux d'accueil sur le droit des demandeurs d'asile à l'aide sociale est restée préoccupante malgré un début de prise de conscience du problème par l'autorité politique (cf. notre rapport précédent et l'exemple rapporté ci-après).

### **1.1.3.2. Contre le sentiment d'impuissance face à la dégradation des conditions de survie des plus démunis, de petites victoires...**

Notre service d'aide juridique est évidemment en contact permanent avec l'échec et l'impuissance (ceux de l'être humain, ceux de la société, ceux des politiques, ceux de l'administration...).

Célébrons donc comme il se doit quelques petites victoires engrangées pour nos usagers au cours de l'année 2010 !

#### **Etrangers en séjour illégal avec enfants, non orientés vers FEDASIL : le CPAS doit payer l'équivalent du RIS, taux « famille à charge », majoré des prestations familiales garanties.**

Dans une autre affaire, le CPAS a négligé de lancer la procédure propre à organiser l'hébergement, par FEDASIL, d'une famille en séjour illégal avec enfants mineurs. Dans ce cas, il doit lui accorder l'aide sociale équivalente au RIS, taux « famille à charge », majorée d'un montant équivalent aux prestations familiales garanties pour chacun des enfants – et de la cotisation de mutuelle pour l'enfant belge si, comme en l'espèce, la famille en compte un.

Equatoriens, les demandeurs sont arrivés en Belgique en 1998 et 1999 respectivement. Ils ont eu ensemble trois enfants, mineurs, dont la cadette est belge. A l'exception de cette dernière, tous les membres de la famille sont en séjour illégal.

Le CPAS accorde l'aide médicale urgente à tous les membres de la famille en séjour illégal, les cotisations de mutuelle pour l'enfant belge, ainsi qu'une aide sociale équivalente aux prestations familiales garanties pour les trois enfants.

Outre l'aide sociale équivalente aux prestations familiales garanties, le tribunal condamne le CPAS à payer aux demandeurs, à partir du prononcé de son jugement, une aide sociale équivalente au RIS, au taux « famille à charge ». Il exige que le requérant s'engage à ne plus travailler au noir. Devant la Cour du travail en appel, le CPAS demande la réformation du jugement. Il souhaite pouvoir mettre fin à son aide dès que FEDASIL aura indiqué être en mesure de prendre les intimés en charge. Il est soutenu par l'Etat belge, intervenant volontaire.

La Cour constate que « ni le CPAS, ni Monsieur ou Madame n'ont effectué de démarche en vue de mettre en œuvre un hébergement en centre d'accueil FEDASIL », en dépit de l'art. 57, § 2, et de l'A.R. du 24 juin 2004.

Après avoir relevé que l'état de besoin est certain et du reste incontesté, la Cour estime ce qui suit :

*« Compte tenu de la situation de D. [la dernière-née, belge], très jeune enfant qui vit avec ses parents et ses deux frères, enfant et adolescent, le moyen le plus approprié de faire face à ses besoins réels et actuels pour lui permettre de vivre une vie conforme à la dignité humaine de manière à assurer la sauvegarde de sa santé et de son développement, compte tenu de sa situation familiale spécifique, de ce que le droit à l'aide sociale de ses parents est limité à l'aide médicale urgente et de ce qu'elle doit s'en remettre à ses parents, est l'octroi, à ses parents, d'une aide sociale équivalente au revenu d'intégration au taux pour personnes vivant avec une famille à charge, majoré d'un montant équivalent aux allocations familiales garanties pour les trois enfants.*

*Les montants du revenu d'intégration et des allocations familiales garanties ont en effet été déterminés pour permettre à une famille de vivre conformément à la dignité humaine. En l'espèce, ce montant (environ 930 € + 300 €) est nécessaire : compte tenu du loyer et des charges (550 € + 75 €), qui sont modérés, il reste 605 € par mois pour faire vivre la famille composée de deux adultes et trois enfants, c'est-à-dire 4 € par jour et par personne ».*

En d'autres termes, la juridiction d'appel prend en considération la situation de la cadette, belge :

- elle vit avec ses parents et ses deux frères enfant et adolescent ;
- sa santé et son développement sont entièrement dépendants de ses parents ;
- le droit à l'aide sociale de ses parents est limité à l'aide médicale urgente.

La Cour en déduit que, pour rencontrer de la façon la plus appropriée ses besoins réels et actuels et lui assurer une vie conforme à la dignité humaine, il y a lieu d'octroyer, à ses parents, une aide sociale équivalente au revenu d'intégration au taux « famille à charge », majorée d'un montant équivalent aux allocations familiales garanties pour les trois enfants.

La Cour relève que les montants du revenu d'intégration (à l'époque environ 930 €) et des allocations familiales garanties (environ 300 €) ont été déterminés pour permettre à une famille de vivre conformément à la dignité humaine. Elle calcule qu'en l'espèce, hors les coûts afférents au logement, la somme de ces montants ne laisse que 605 € par mois à cette famille de deux adultes et trois enfants, c'est-à-dire 4 € par jour et par personne. La Cour considère qu'il s'agit là du minimum indispensable.

CPAS et Etat belge sont déboutés.



Cet arrêt détermine l'aide financière globale indispensable pour qu'une famille en séjour illégal comprenant au moins un mineur d'âge vive conformément à la dignité humaine : l'aide sociale équivalente au RIS au taux « famille à charge », majorée des prestations familiales garanties pour chaque enfant – ainsi que de la cotisation de mutuelle de l'enfant (ou des enfants) belge(s) éventuel(s), soit 4 € par jour et par personne, hors frais de logement.

La Cour s'appuie évidemment sur l'absence d'initiative du CPAS en direction de FEDASIL et sur le fait que l'enfant belge n'est pas concerné par la restriction prévue à l'art. 57, § 2, de la loi du 8 juillet 1976.

La Cour ne se prononce toutefois pas sur la question de savoir si un hébergement en centre d'accueil aurait permis à cet enfant belge de mener une vie conforme à la dignité humaine.

**CPAS condamné à dédommager son usagère pour n'avoir pas exécuté sa propre décision de financer l'aide médicale urgente.**

Epinglons aussi la situation rocambolesque de Madame D.B., qui s'est dénouée avec notre aide après plus de 9 ans de blocages en tous genres.

En séjour illégal, Madame D.B. a dû, au début de l'année 2001, faire hospitaliser pendant plusieurs semaines son enfant grièvement brûlé. Le CPAS de Schaerbeek avait rapidement décidé d'octroyer l'aide médicale urgente à cet enfant, mais, à la suite de négligences au sein de ses services, cette décision demeurait inexécutée neuf années plus tard !

Au cours de cette longue période, l'hôpital (en l'espèce le ministère de la Défense) n'est pas parvenu à se faire payer par le CPAS, en dépit de nombreuses tentatives menées par lui-même, par la requérante et, au nom de celle-ci, par l'association Medimmigrant.

Le ministère avait finalement assigné la requérante, qui avait été condamnée par le tribunal de première instance au paiement de près de 9000 €.

La requérante a attiré le CPAS au tribunal du travail et l'Etat belge est intervenu volontairement à la cause. Madame D.B. a demandé que le CPAS soit contraint à payer ce qu'elle devait en vertu de sa condamnation précitée et à la dédommager vu le tort que sa gestion désinvolte lui avait causé.

Cette demande de dommages et intérêts a été accueillie favorablement par le tribunal.

Celui-ci constate que le CPAS a décidé à juste titre, le 26 février 2001, de prendre en charge les frais médicaux litigieux, mais n'a jamais exécuté sa propre décision. Il relève que le centre défendeur ne lui a donné aucune explication plausible à son attitude, pas plus qu'il ne l'a fait à l'égard de Madame D.B., de ses mandataires, de l'hôpital ou du ministère de la

Défense. Il note encore qu'il n'a réservé aucune réponse aux six rappels qui lui ont été envoyés par l'hôpital militaire ou le ministère.

C'est donc, estime le tribunal, en raison de l'inertie du CPAS que Madame D.B. a été condamnée par défaut à payer 8.729,72 euros, à majorer des intérêts et frais.

Le tribunal en conclut que le CPAS est à l'évidence fautif. Le fait, pour son usagère, de se voir réclamer durant des années le paiement d'une telle dette, laquelle aurait dû être apurée dès 2001 par le CPAS, l'a placée dans une situation d'insécurité financière et juridique angoissante. L'inertie du CPAS a encore aggravé cette anxiété, qui constitue bien un dommage moral. Constatant que c'est avec modération que la requérante l'évalue à 300 euros, il fait droit à sa demande en réparation.

Le tribunal a par ailleurs condamné le CPAS à payer entre les mains de l'huissier 8729,72 € à titre de règlement de la facture émise par l'hôpital en 2001, les intérêts calculés sur cette somme au taux légal depuis le 14 octobre 2002, les dépens de l'instance devant le tribunal de première instance de Bruxelles (547,46 €) et les autres frais d'exécution justifiés par l'Etat belge. Le CPAS a également été condamné aux dépens de la requérante et de l'hôpital relatifs à l'instance devant le tribunal du travail (indemnité de procédure).

Un autre enjeu de cette affaire résidait dans la question de savoir si le tribunal du travail est compétent pour statuer lorsqu'une décision administrative favorable a été prise par le CPAS sans que celui-ci l'exécute.

En l'espèce, le CPAS soutenait que la contestation ne portait pas sur l'une des situations limitativement énumérées à l'art. 580, 8°, *littera d* (« (...) contestations relatives à l'octroi, à la révision, au refus et au remboursement par le bénéficiaire de l'aide sociale et à l'application des sanctions administratives prévues par la législation en la matière »). Pour le centre défendeur, il y avait eu octroi et celui-ci n'avait pas été contesté : le litige sortait donc du champ de compétence du tribunal du travail.

Le tribunal a suivi la requérante sur ce point également, considérant que l'affaire portait bien sur une contestation relative à l'octroi d'une aide sociale dans le cadre de la loi du 8 juillet 1976.

Ce jugement renforce la jurisprudence relative à la responsabilité des CPAS en cas de mauvaise administration. Il confirme aussi que l'exécution de sa propre décision par le CPAS relève bien des juridictions du travail.

### **Enquête sociale du CPAS et collaboration de son usager : étendue et limites des devoirs de chacun.**

Le CPAS ne peut invoquer un manque de collaboration pour tout document qu'il estime nécessaire et qui ne lui ont pas été fournis par le demandeur.

Seules, des informations réellement pertinentes peuvent être exigées par le CPAS. Et certaines recherches lui incombent, plutôt qu'à son usager, dans le cadre de l'enquête sociale qu'il est tenu d'effectuer.

C'est ce que démontre la mésaventure de Monsieur E.G., à qui la Cour du travail a finalement donné raison contre son CPAS.

Monsieur E.G. a cessé une activité indépendante le 10 mars 2008 et son divorce a été prononcé le 16 mai 2008. Il a signé un contrat de travail intérimaire le 30 mai 2008 pour des prestations les 2 et 16 juin 2008, puis a trouvé un travail salarié à partir du 24 juin 2008.

Le 16 juin 2008, le CPAS lui a refusé, pour manque de collaboration, le RIS qu'il avait demandé le 20 mai 2008.

Le tribunal a considéré qu la décision du CPAS n'était pas motivée correctement, mais que le requérant n'avait néanmoins pas droit au RIS.

En appel, Monsieur E.G. demande la réformation du jugement et le RIS pour mai et juin 2008 (ainsi que la prise en charge des frais de permis de conduire C).

Le CPAS demande la confirmation du jugement car le requérant est resté en défaut de lui communiquer la preuve officielle de sa séparation, une attestation de l'ONEm déclarant qu'il ne bénéficie pas d'allocations de chômage, une preuve de radiation de son numéro d'entreprise, une attestation de cessation d'activité, une attestation d'inscription auprès d'ACTIRIS et ses extraits de compte des deux derniers mois.

La Cour rappelle

- l'obligation du CPAS de réaliser une enquête sociale sur toute demande de RIS (art. 19, §1, de la loi du 26 mai 2002) ;
- l'obligation, pour le demandeur, d'y collaborer en fournissant au CPAS tous les renseignements utiles (art.19, § 2.).

Elle précise toutefois qu'en vertu de l'art. 11 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une banque-carrefour de la sécurité sociale, « lorsque les données sont disponibles dans le réseau, les institutions de sécurité sociale sont tenues de les demander exclusivement à la banque-carrefour ».

Par ailleurs, la Cour renvoie à l'art.11 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social (CAS) : « (...) Si, malgré le rappel qui lui est adressé, le demandeur reste, pendant plus d'un mois, en défaut de fournir les renseignements complémentaires demandés par l'institution de sécurité sociale, celle-ci, après avoir accompli toute démarche utile en vue de l'obtention desdits renseignements, peut statuer en se basant sur les

renseignements dont elle dispose, sauf si le demandeur fait connaître un motif justifiant un délai de réponse plus long. »

En l'espèce, la Cour constate que l'enquête sociale est « tout à fait sommaire » et que « c'est en raison principalement de [ses] lacunes » que le CPAS a estimé ne pas disposer des informations nécessaires pour statuer.

En ce qui concerne les documents prétendument manquants, elle relève :

- que la plupart « étaient accessibles via la banque-carrefour ou le registre national » ;
- que certains n'étaient pas pertinents (le numéro d'entreprise n'appartenait pas personnellement au requérant, mais à une société dont il avait cédé les parts) ou ne plaçaient pas le CPAS dans l'impossibilité de statuer ;
- que pour les autres, le CPAS n'avait pas envoyé de rappel.

Même si la cession des parts de sa société s'était faite à titre onéreux (ce que le CPAS ne démontre pas), seul aurait dû être pris en compte l'intérêt fictif calculé, conformément aux art. 27 et 30 de l'A.R. du 11 juillet 2002, sur la partie du capital excédant 6200 €, après déduction des charges personnelles que ce capital aurait permis de rembourser.

Vu l'absence de ressources pendant la période litigieuse (données de la banque-carrefour et des extraits de compte) et la disposition du travail, la Cour octroie le revenus d'intégration sociale pour la période du 20 mai au 24 juin 2008.

L'intérêt de cet arrêt réside dans le rappel que le devoir de collaboration n'est pas une condition d'octroi et que le défaut de collaboration constitue, tout au plus, un obstacle à l'octroi en mettant le CPAS dans l'impossibilité réelle d'apprécier si les conditions d'octroi sont réunies.

Surtout, le CPAS ne peut invoquer un manque de collaboration à propos d'informations disponibles à la banque-carrefour ou au registre national. Pour les autres informations, il doit, rappelle la Cour,

- fixer un délai endéans lequel elles sont attendues ;
- adresser au requérant un rappel si elles ne lui parviennent pas dans ce délai, tout en lui laissant la faculté d'avancer un motif justifiant un délai prolongé ;
- accomplir lui-même toute demande utile à leur obtention.

Le requérant doit donc collaborer, mais la charge de collecter les informations nécessaires au CPAS ne repose pas exclusivement sur lui. Le

CPAS doit recueillir celles auxquelles il a accès lui-même et ne peut se borner à en dresser la liste, puis à attendre que le requérant les lui apporte toutes.

#### **1.1.4. Demandes de régularisation du séjour**

Notre service d'aide juridique s'est pleinement investi, au cours du dernier trimestre 2009, pour accompagner des étrangers dans la procédure de demande de régularisation de leur séjour. De nouveaux critères avaient été décidés et donc, « une porte s'était entrouverte » pour une période limitée à la suite de l'instruction gouvernementale du 19 juillet 2009 relative à la régularisation de certaines catégories d'étrangers.

Nous avons déposé alors quelque 80 requêtes, dont nous assurons le suivi avec les personnes qui reviennent fréquemment nous consulter du fait de l'absence de décision de l'Office des étrangers malgré le dossier nouveau ou complémentaire envoyé fin 2009. Nous les avons généralement réorientés vers des avocats spécialisés en droit des étrangers, sauf lorsqu'une simple donnée nouvelle était à introduire (changement d'adresse, actualisation de la situation médicale, scolaire ou familiale...).

Le 3 décembre 2010, le Tribunal de première instance de Bruxelles a rendu un jugement condamnant l'Etat belge (le Secrétaire d'Etat à la politique de migration et d'asile et l'Office des étrangers) à statuer sur une demande de régularisation de séjour déposée depuis de nombreuses années et toujours non traitée (R.G. n° 09/8345/A). Cette décision est importante : contrairement aux règles qui prévalent dans la quasi-totalité des autres domaines du droit administratif (où est au minimum exigée une décision « dans un délai raisonnable ») et même dans les autres types de procédures relatives au droit de séjour, en matière de régularisation du séjour, l'Etat belge n'est soumis à aucune contrainte de délai : ses décisions sur les demandes de régularisation peuvent survenir plusieurs années après qu'il a reçu un dossier complet, sans que le requérant puisse mettre juridiquement en cause, pour mal-administration, sa lenteur et son silence. Peut-être cette décision du 3 décembre 2010 jette-t-elle les bases d'une amélioration en la matière...

Depuis lors, nous mettons en tout cas les demandeurs qui nous consultent, inquiets de n'avoir encore reçu aucune suite de leur demande de 2009, en possession de cette intéressante jurisprudence lorsqu'elle pourrait leur être appliquée – en l'occurrence, lorsque leur demande de fin 2009 complétait une requête introduite plusieurs années auparavant et demeurée sans réponse. Nous leur conseillons de suggérer à leur avocat d'agir comme celui de la requérante qui a obtenu le jugement précité.

Pour le reste, nous avons continué en 2010 à introduire ponctuellement, le plus souvent en concertation avec un médecin de notre service médical ou de notre service de santé mentale, des requêtes sur pied de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 (régularisation pour motif médical, un type de

procédure sur laquelle notre service d'aide juridique a développé une authentique expertise) (9 requêtes déposées en 2010).

## **1.2. Les actions à portée « globale »**

### **1.2.1. Poursuite des collaborations existant déjà en 2009**

En 2010, le Service d'aide juridique a poursuivi son action au sein du groupe de travail interdisciplinaire de **SOS-Inceste** (cf. le rapport d'activités 2009).

La Free Clinic a poursuivi sa participation à la réflexion et aux actions du **CIRE (Coordination des initiatives pour et par les réfugiés et étrangers)** à propos de la saturation du réseau censé offrir un accueil à tout demandeur d'asile en Belgique.

En 2010, la contribution de la Free Clinic aux actions entreprises en vue d'améliorer la défense des personnes les plus démunies et leur accès aux soins de santé, en particulier lorsqu'il s'agit des demandeurs d'aide sociale, s'est poursuivie et intensifiée (participation à la **section aide sociale du barreau de Bruxelles**, nombreuses collaborations avec l'asbl **Medimmigrant...**).

### **1.2.2. Nouvelles alliances associatives**

#### **1.2.2.1. Avec l'association Terra Laboris**

En 2010, est née une collaboration nouvelle entre le service d'aide juridique « Infor-Droits » de la Free Clinic, l'ASBL Terra Laboris et l'éditeur juridique Kluwer.

Le travail de notre service d'aide juridique sur les problèmes que rencontrent les usagers les plus démunis de la Free Clinic face aux CPAS et à FEDASIL n'a qu'une incidence quantitative assez marginale. 40 à 60 personnes ou familles sont aidées par an (nombre de dossiers portés devant les juridictions du travail à leurs côtés, 80 % étant gagnants ou partiellement gagnants à l'issue de la procédure). C'est peu au vu du nombre d'usagers dont la demande est maltraitée : la Free Clinic ne touche que le sommet de l'iceberg...

L'on peut toutefois obtenir un effet démultiplicateur de plusieurs façons, notamment

- en formant d'autres professionnels du travail social ou des citoyens engagés dans une action associative (collectifs d'usagers de CPAS, etc.) ;
- en vulgarisant les résultats obtenus en justice, ce qui permet à la fois de faire évoluer la jurisprudence, d'armer les justiciables et ceux qui les défendent contre certaines dérives au sein de certains CPAS, de

conforter au sein de ces mêmes CPAS ceux de leurs agents qui continuent à faire un travail social digne de ce nom.

C'est sur ce second axe démultiplicateur qu'il faut situer la collaboration envisagée entre notre service d'aide juridique Infor-Droits, l'éditeur juridique KLUWER et l'asbl Terra Laboris (1).

Terra Laboris est une association dont les membres sont généralement des juristes spécialisés en droit social. Elle alimente un site internet mettant en valeur la jurisprudence progressiste (favorable aux travailleurs et allocataires sociaux). Elle collabore en outre avec l'éditeur Kluwer, qui gère un site d'information payant (« Social Eye ») à destination des G.R.H., secrétariats sociaux, avocats, etc... Kluwer diffuse aussi à ses abonnés une lettre électronique hebdomadaire reprenant des décisions de justice intéressantes.

Terra Laboris propose régulièrement de la jurisprudence commentée à Kluwer. S'il la juge pertinente (actuelle, novatrice, conforme à sa ligne éditoriale), l'éditeur la met en ligne contre une rétribution de publier le commentaire un mois plus tard sur son propre site. Si Kluwer n'est pas preneur, Terra Laboris publie immédiatement.

#### **1.2.2.2. Avec le Collectif Solidarité contre l'exclusion**

Une autre collaboration est née en 2010, avec le Collectif Solidarité contre l'exclusion (2).

Le « Collectif Solidarité Contre l'Exclusion : emploi et revenus pour tous – asbl » s'est créé en 1996. Ses objectifs : en associant des personnes avec et sans emploi et en mobilisant la société civile, contribuer à construire des rapports de force permettant le développement d'une société plus égalitaire et plus juste. Analyser, interpeller et créer des fronts. Elucider, désigner et combattre les mécanismes (économiques, sociaux, idéologiques) qui produisent l'exclusion.

Le Collectif se veut pluraliste, indépendant et ouvert à tous ceux qui adhèrent à ses objectifs, à l'exception des personnes qui préconisent la violence ou le racisme. Il réunit 3 types de participants : individus, associations (des associations de défense des usagers du CPAS, la FEF, la CGEE, l'UDEP...) et organisations syndicales (dont la CSC-Bruxelles, la FGTB-Bruxelles et la CNE).

A l'initiative du service d'aide juridique, la Free Clinic s'est affiliée au Collectif dans l'espoir de faciliter la construction

---

(1) Cf. [www.terralaboris.be](http://www.terralaboris.be).

(2) Cf. [www.asbl-csce.be](http://www.asbl-csce.be).

- d'un réseau d'associations qui pourraient se fédérer pour demander au politique la création de subventions régionales ou fédérales spécifiques pour leur activité d'aide juridique et/ou leur(s) juriste(s) ou avocat(s) ;
- de passerelles, notamment avec le service Infor-Droits du Collectif (spécialisé dans les domaines du droit à l'énergie, au chômage et, bientôt, du droit à l'aide sociale).

### **1.2.3. Protocole d'accord entre le tribunal du travail et le barreau de Bruxelles en matière d'aide sociale**

Bien que le juriste de notre service d'aide juridique, salarié, ne soit pas avocat et que les avocats qui donnent des consultations au sein de notre service d'aide juridique ne prennent jamais un dossier en charge <sup>(3)</sup>, notre service est associé à la réflexion du tribunal du travail de Bruxelles sur la manière d'améliorer son fonctionnement, notamment sous l'angle de ses missions de service public judiciaire.

Ce groupe de réflexion réunit les divers acteurs habituellement impliqués dans des procédures en matière d'aide sociale : magistrats du siège et de l'auditorat, greffiers, associations ou syndicats, avocats, CPAS et FEDASIL (cette dernière agence n'ayant pas répondu à l'invitation qui lui avait été adressée en 2010). Ce groupe a élaboré un protocole d'accord reprenant une série d'engagements à respecter de bonnes pratiques, notamment pour éviter les pertes de temps entre le dépôt d'une requête et le prononcé du jugement qui statue à son sujet (par exemple, le respect de délais conventionnels pour déposer les dossiers de pièces au tribunal, pour fixer une audience, etc.).

L'évaluation intervenue en juin 2010 fait apparaître une augmentation quantitative du contentieux de l'aide sociale (+ 20 % au cours du premier semestre 2010, par rapport à la même période en 2009, avec une hausse plus marquée encore en ce qui concerne le contentieux des CPAS de Bruxelles et de Schaerbeek).

Les délais de fixation tendent à s'allonger (en principe 2 mois maximum selon le protocole, mais la moyenne tend à présent vers 3 mois).

Les problèmes plus particuliers rencontrés par la Free Clinic en lien avec les procédures au tribunal du travail résident essentiellement dans le refus de plus en plus fréquent de certains CPAS d'examiner une nouvelle demande, sous prétexte qu'une procédure judiciaire est en cours. Ce refus peut se justifier dans certains cas (par exemple, lorsqu'une question de principe doit être tranchée), mais a pour effet d'aggraver la situation dans de nombreux autres cas.

---

<sup>(3)</sup> Pour des raisons déontologiques liées notamment à la conception que le Barreau se fait de la concurrence et de la loyauté entre avocats, ceux qui donnent des consultations de première ligne ne sont pas autorisés à poursuivre leur intervention en seconde ligne au côté des mêmes personnes.



#### **1.2.4. Prorogation de l'agrément du service d'aide juridique par le SPF Justice**

Par une décision notifiée le 26 octobre 2010, le SPF Justice a prorogé l'agrément de la Free Clinic en tant qu'organisation d'aide juridique, reconnue en vertu de l'arrêté royal du 20 décembre 1999. Cet agrément est valable pour une période de 6 ans, renouvelable moyennant un dossier d'actualisation à transmettre au ministre.

Cet agrément ne représente aucun apport financier à l'association, ni à son service d'aide juridique. Il est simplement mentionné dans les documents versés aux dossiers de procédures judiciaires auxquelles nous intervenons sur mandat des usagers de la Free Clinic.

#### **1.2.5. Formations reçues et proposées en 2010**

Le juriste de notre service d'aide juridique a pris part en 2010 à plusieurs formations, notamment :

- un séminaire d'une demi-journée organisé par l'Académie du droit, sur « le droit de l'aide sociale des étudiants » (25 mars 2010).
- un séminaire d'une demi-journée organisé par l'Académie du droit, sur « Aide sociale et cohabitation » (20 avril 2010).
- un séminaire d'une demi-journée organisé par l'Académie du droit, sur « le droit de la preuve » (28 septembre 2010).

Il a donné, le 18 mai 2010, 4 heures de formation sur le droit à l'aide sociale et les relations avec les CPAS pour l'association d'action en milieu ouvert DynAMO (Forest).

Il a présenté, les 15 juin 2010 et 20 octobre 2010, une mini-conférence interactive « Mon droit à l'aide du CPAS : questions-réponses » aux Ateliers du Soleil, une association très active dans l'aide aux populations turcophones fragilisées de Bruxelles (60 à 90 participants lors de chaque rencontre).

Il a également pris part à une procédure d'arbitrage demandée par la Fédération des centres Infor-Jeunes et Infor-Jeunes Bruxelles.

### **1.3. Perspectives pour 2011...**

On l'a vu, la construction de passerelles pour l'échange d'informations et la collaboration entre notre service d'aide juridique et d'autres associations s'est poursuivie et amplifiée en 2010.

Nous avons repris pied au sein de la Commission d'aide juridique. Celle-ci reste malheureusement très orientée vers des problèmes d'organisation propres au barreau et les associations tendent la plupart du temps à y faire de la figuration : leurs préoccupations spécifiques sont généralement peu ou pas prises en compte au sein de la commission, dont la mission est pourtant d'analyser les problèmes d'accès au droit et à la Justice rencontrés par les populations précarisées, de dégager des solutions pratiques, mais aussi de dresser des constats et d'élaborer des propositions à l'adresse des autorités politiques.

L'objectif de développer au sein de cette commission ou avec les autres associations qui la composent un projet en vue d'obtenir la reconnaissance financière de la spécificité et de l'importance croissante de notre travail (préventif et curatif, en procédures judiciaires, mais aussi en mode de règlement amiable des conflits) auprès de ces populations se heurte

- au fait que les autres associations sont peu demanderesses d'une telle évolution (la plupart ne font pas d'accompagnement des demandeurs en phase contentieuse, limitant leur intervention à la négociation avec les CPAS et, en cas d'échec, à l'orientation vers un avocat spécialisé) ;
- au fait que nous n'avons pas (encore) trouvé d'équivalent néerlandophone de notre service d'aide juridique (et il est évident que des fonds fédéraux ne seront débloqués que pour des initiatives se développant si pas dans les deux langues, au moins dans les trois régions du pays) ;
- au fait que le barreau considérerait - dans sa majorité - la reconnaissance financière du travail des associations en procédure contentieuse comme un coup porté au monopole de plaidoirie des avocats, voire comme une forme de concurrence déloyale <sup>(4)</sup>.

Pourtant, un service comme le nôtre devrait dans un premier temps être doté d'au moins deux juristes à temps plein et d'une secrétaire administrative à temps plein elle aussi. Chacun des dossiers cités en exemple ci-avant a requis en moyenne une trentaine d'heures de travail – soit une semaine de notre juriste, pour qui nous ne recevons la subvention que d'un 4/5<sup>ème</sup>

---

<sup>(4)</sup> Ce qui procède du réflexe d'une corporation que la paupérisation des avocats et la concurrence accrue entre eux ont mis sur la défensive. En réalité, il n'y a pas de concurrence dans la mesure où l'immense majorité des avocats sont peu friands du contentieux de l'aide sociale (travail avec des publics plus difficiles, peu solvables, matière technique). A Bruxelles, en dépit d'une demande d'aide juridique en croissance ces dernières années, sur 4000 avocats, seuls une vingtaine pratiquent le droit de l'aide sociale de façon approfondie.

temps. Cette subvention spécifique devrait par ailleurs permettre de payer correctement ces travailleurs (ce qui n'est pas le cas actuellement au vu des qualifications requises et des responsabilités engagées, notamment chaque semaine devant les juridictions du travail).

La revalorisation de cette fonction nous paraît d'autant plus indispensable que ce juriste est confronté cinq à six fois par mois à des avocats ou à des juristes de CPAS qui, eux, sont épaulés par toute une administration – laquelle comporte le plus souvent, dans les communes bruxelloises, un service juridique où travaillent plusieurs personnes. Cela pose un problème objectif « d'égalité des armes » dans les procédures où nous assistons des personnes qui sont, déjà, parmi les plus démunies de notre société...

## 4. LE SERVICE PLANNING FAMILIAL - IVG

# LE SERVICE PLANNING FAMILIAL – I.V.G.

## **INTRODUCTION**

En matière de Planning familial, 2010 est une année caractérisée par la consolidation de notre cadre de travailleurs engagés pour les activités I.V.G. et ANIMATION.

En 2009, une personne avait été engagée à concurrence de 15h/semaine (Florent Loos) pour d'une part, renforcer l'équipe I.V.G. et Accueil, et d'autre part, pour épauler plus solidement la personne déjà chargée de l'activité Animation.

En 2010, nous continuons à renforcer cette préoccupation : le Conseil d'Administration a voté l'engagement d'une personne supplémentaire affectée, 16h par semaine, aux activités IVG et animation (Elia Lampecco). En augmentant son effectif, l'équipe animation prend de l'ampleur, se structure, se consolide (réunions, formations et acquisition de connaissances partagées). Elle acquiert une réelle légitimité et visibilité dans notre institution.

Concernant notre activité I.V.G. en tant que telle, en 2010, nous sommes restés dans la moyenne des années précédentes.

Le nombre d'IVG réalisées par Myfégine a augmenté et notre désir d'offrir une prise en charge toujours plus adaptée a suscité de nombreuses réunions et réflexions en équipe. De nouveaux aménagements ont été investigués afin d'offrir plus de disponibilités. Une cellule réflexion Myfégine a été créée à cet effet.

Un autre thème a mobilisé beaucoup d'énergie cette année également : l'élaboration et la mise en route de notre collaboration avec le CETIM (voir chapitre Maison Médicale).

Il s'agit d'un projet de dépistage rapide du HIV en lien avec les IST (Infections Sexuellement Transmissibles).

Médecins et non-médecins se sont réunis plusieurs fois afin d'y réfléchir et nous avons participé ensemble à des séances d'information et de remise à jour par rapport aux données médicales, anthropologiques, sociologiques et psychologiques en rapport avec ces contenus.

Cette recherche d'un travail interdisciplinaire a, cette fois encore, débouché sur la recherche de nouvelles articulations internes autour des patients.

Enfin en 2010, le désir de transversalité entériné dans la charte de notre nouvelle Restructuration a continué à se concrétiser via l'organisation de réunions intergroupes, celles-ci ayant pour objectif de mieux cerner les interventions de chacun.

Cette année le Planning Familial a davantage rencontré le Service Accueil. Nous avons réactualisé le vade-mecum de nos connaissances en matière de planning et en avons discuté avec cette structure de première ligne au cours de deux séances d'informations-questions-réponses.

### **A. MOYENS FINANCIERS**

Comme pour ces dernières années, notre Centre a bénéficié en 2010 de différentes subventions et conventions (Cocof, Inami) et de certains financements tels que le financement proposé par ACTIRIS pour certains agents contractuels subventionnés.

Il est resté nécessaire de compenser certains frais de fonctionnement, différents investissements, certaines heures d'engagement de salarié, certains projets de prévention et certaines demandes de formation via nos fonds propres.

Les rentrées des travailleurs indépendants de notre Centre demeurent donc une contribution importante à notre fonctionnement.

Les comptes 2010 du Planning présentent un profil stable par rapport à l'année précédente.

Les recettes des subsides ont suivi l'indexation des salaires (et l'ancienneté des travailleurs) de même que le volume des consultations et de l'activité I.V.G.

L'augmentation du nombre de formations EVAS (Education à la Vie Affective et Sexuelle) données constitue également une recette pour notre activité mais est actuellement contrebalancée par certaines acquisitions de savoirs et de matériel.

### **B. ANALYSE DES DONNEES**

Parmi le nombre total de consultations médicales (15.025) recensées à la Free Clinic, nous avons dénombré 3.233 consultations de type planning familial.

Par consultations médicales de type planning familial, nous entendons des consultations dans lesquelles se fait une prévention en matière de maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) et de grossesses non désirées ; une éducation affective, sexuelle et du respect de soi.

Quant à l'aspect curatif des consultations médicales type planning familial, il consiste surtout dans la prise en charge et le traitement des M.S.T., le suivi de la contraception, la prise en charge des grossesses désirées ou non désirées (avortements médicamenteux et instrumentaux) ; leur suivi psychologique, physiologique et contraceptif.

Notons que différentes problématiques peuvent être détectées lors de ces consultations et peuvent donner lieu à une prise en charge plus globale dans notre Centre.

### Activité I.V.G. en 2010

<i>Année</i>	<b>Total pré-IVG</b>	<i>pré-IVG Cocof</i>	<i>pré-IVG Inami</i>	<b>Total IVG</b>	<i>IVG Cocof</i>	<i>IVG Inami</i>
2005	<b>565</b>	196	369	<b>442</b>	112	330
2006	<b>592</b>	167	425	<b>486</b>	115	371
2007	<b>585</b>	148	437	<b>470</b>	103	367
2008	<b>496</b>	125	371	<b>411</b>	86	325
2009	<b>537</b>	106	431	<b>462</b>	93	369
<b>2010</b>	<b>543</b>	136	407	<b>445</b>	93	352

Tout d'abord, précisons que par demande Inami, nous entendons les demandes pour lesquelles la mutuelle rembourse un forfait pour la prise en charge de la patiente.

Ce forfait couvre soit l'entièreté du processus d'IVG (du premier contact de la patiente avec notre Centre jusqu'à son dernier rendez-vous de contrôle médical ou d'entretien post-IVG), soit il s'arrête à la phase de clarification de la demande (si la personne souhaite garder sa grossesse ou si elle doit poursuivre la prise en charge ailleurs (anesthésie générale, relais à l'étranger,...)).

Sous l'appellation « Cocof », se retrouvent les dossiers des femmes dont la demande ne rentre pas dans le cadre des remboursements octroyés par les mutuelles.

Un certain nombre de ces femmes se trouvent dans une situation sociale plus complexe. Un travail avec notre assistante sociale se met alors en place afin de collaborer avec d'autres instances : les CPAS, les centres d'hébergement (FEDASIL, la CROIX ROUGE,...).

En ne distinguant pas les interventions sous Inami ou Cocof, il y a eu en 2010,

\*543 demandes d'I.V.G. (537 en 2009)

136 (106 en 2009) dans le cadre Cocof ;

407 (431 en 2009) dans le cadre de la convention Inami ;

75% des demandes sont donc effectuées par des personnes en ordre de mutuelle (80% en 2009).

\* 445 I.V.G. ont été pratiquées dans notre Centre (462 en 2009)

93 (93 en 2009) dans le cadre Cocof ;

352 (369 en 2009) dans le cadre de la convention Inami ;

Un peu plus de 68 % des demandes Cocof ont donc abouti en I.V.G. dans notre Centre (87 % en 2009) ;

86,5 % dans le cadre des demandes Inami (85,6% en 2009).

Certaines femmes choisissent donc de garder la grossesse, certaines sont envoyées aux Pays-Bas (car le délai de 14 semaines d'aménorrhée est dépassé) ; certaines ont fait une fausse-couche, et d'autres enfin, sont réorientées vers un autre Planning familial (si pas de disponibilité) ou vers un hôpital (pour I.V.G. sous anesthésie générale).

\* Parmi les 445 I.V.G. effectuées dans notre Centre, nous avons pu dénombrer 59 I.V.G. réalisées de façon médicamenteuse (53 en 2009).

Le nombre de femmes optant pour cette procédure continue donc à augmenter.

Lorsque cette procédure est réalisée dans nos locaux, nous continuons à observer qu'elle se clôture majoritairement dans notre Centre et que les femmes sont satisfaites du choix de cette méthode.

Nous restons convaincus que cette réussite découle d'une bonne information des candidates, d'un contrat clair et d'un moment de cocooning adéquat.

Cette année, nous n'avons pas effectué de changement dans la procédure, ni observé de complications.

### **C. LES ENTRETIENS**

Force est de constater que l'activité « planning familial » draine différentes problématiques : remise en question, question de violence familiale et conjugale, séparation, ...

Certaines situations sont travaillées dans notre Centre, d'autres font l'objet d'un travail élaboré avec le réseau extérieur (exemple : ONE, Centre de prévention des violences conjugales, maisons maternelles,...).

Concernant nos prises en charge,

#### **- les consultations psychologiques**

Notre psychologue a dénombré, pour l'année 2010, 929 rendez-vous pris. Parmi ceux-ci :

- 59 premières demandes ;

- 540 accompagnements ou suivis psy ;



- 148 rendez-vous dans le cadre des demandes I.V.G. ;
- 217 rendez-vous non honorés par le patient.

**- les consultations en Conseil Conjugal**

- 433 rendez-vous ;
- 55 rendez-vous I.V.G. ;
- 103 rendez-vous « pas venu ».

**D. LES ACTIVITES DE PREVENTION-ANIMATION**

En 2010, les animations EVAS données ont été les suivantes :

Saint Vincent de Paul à Ixelles

Comme chaque année, nous avons multiplié les interventions EVAS en 3ème et 4ème.

C'est également à plusieurs classes de cette école que nous avons ouvert nos portes lors de la semaine des plannings familiaux en Belgique en septembre 2010 (21 septembre, journée mondiale pour la contraception). Les intervenants pour ces nombreuses animations sont : Florent Loos et Isabelle de Ville.

Lors de la semaine qui précède le 1<sup>er</sup> décembre (journée mondiale contre le SIDA) nous sommes à nouveau intervenus dans 3 classes différentes (cours de français, de dessin et de religion) pour les inviter à débattre autour du thème « light for rights » (thème retenu cette année par l'ONU SIDA). Ces animations ont été faites par Isabelle de Ville, animatrice EVAS et Vincent Decroly, juriste à la Free Clinic.

La très bonne collaboration avec l'infirmière Martine Cosse, Centre de santé d'Ixelles, la direction et les enseignants de l'école rendent nos interventions pertinentes. Plusieurs réunions de préparation et d'évaluation avec nombre d'entre eux permettent un suivi très approprié.

Total d'heures : 123 heures

Athénée Royal d'Ixelles

Les interventions de Florent Loos et Isabelle de Ville à l'ARI se sont faites avec la participation de Philippe Lemmens (Aimer à l'ULB). Les 3<sup>èmes</sup> professionnelles étaient principalement ciblées.

Nous sommes intervenus à 4 reprises pour un total de : 14 heures

Fernand Blum (site Roodebeek)

Nos interventions à l'Athénée F. Blum de Roodebeek se sont déroulées pour les 3èmes (général) uniquement. Avant les animations, une très bonne collaboration avec les titulaires de ces classes nous ont permis de bien rencontrer les élèves.

Total d'heures : 24 heures

### CEFA d'Ixelles

Les animations au CEFA se sont sans doute déroulées trop tard dans le dernier trimestre. Nous y avons rencontré des élèves très mûres (le dernier tiers de la classe qui n'a pas décroché depuis le début de l'année, soit les plus motivés), nous interpellant davantage sur des thèmes liés généralement à leurs soucis de vie au quotidien plutôt que très spécifiquement sur des thèmes EVAS qu'ils connaissent déjà fort bien vu leurs expériences de vie difficiles déjà rencontrées. Débat très riche, mais nullement sur le thème préparé. Cela arrive parfois, et rend l'échange vraiment interpellant. Plusieurs réunions avec la direction, la psy et l'éducatrice de l'école nous ont permis de mettre au point un autre type de rencontre pour l'année prochaine. Au CEFA, le programme d'accompagnement pour ces jeunes est à revisiter continuellement.

Total d'heures : 39 heures

### Karibou (Hôpital Titeca)

Une seule rencontre a été programmée avec le groupe de jeunes de Karibou. Ils sont venus visiter nos locaux, accompagnés par des infirmiers. Plusieurs questions pertinentes ont été posées.

Une autre rencontre a été organisée entre les sexologues et l'Unité Karibou, Isabelle de Ville et Sonia Verstappen, prostituée, afin de plancher sur un projet de rencontre ensemble, à la Free Clinic, l'an prochain.

Total d'heures : 7 heures

### Ecole en Couleurs (Uccle)

Première rencontre avec l'ensemble de la cellule EVAS de cette école et plusieurs animateurs de planning familiaux différents. Ensemble, nous y avons travaillé sur le type d'interventions souhaité pour l'ensemble des classes primaires de cette école. La Free Clinic y assurera les animations pour les 2èmes et 4èmes primaires l'an prochain.

Total d'heures : 3 heures

### Le Piment

Comme chaque année, un groupe de primo arrivants est venu nous rendre visite à la Free Clinic. Ils étaient francophones et venaient de 14 pays différents. 5 travailleurs de disciplines différentes (psy, juriste, médecin, A.S. et médiatrice de dettes) sont venus leur parler de leur travail à la Free Clinic. L'objectif de ces rencontres est de les aider à mieux connaître les services d'aide dont ils peuvent disposer en tant que citoyen de plein droit. Ces animations sont très intéressantes, plusieurs de ces personnes reprennent contact avec nous par la suite, de manière plus personnelle. Nous pensons réellement que ces échanges opèrent dans le cadre d'une prévention globale à la santé.

Total d'heures : 6 heures

### Ecole Plein Air (Uccle)

Fin décembre, une première rencontre avec la cellule EVAS de cette école a eu lieu. Cette cellule est baptisée « cellule plein cœur ».

Un projet de partenariat est mis en place. Dès l'année prochaine, une équipe d'animateurs Free Clinic assurera les animations des classes de 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> primaire, ainsi que les classes de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> primaire.

Nous nous engageons là dans un projet original, vu que cette école, tout comme l'école en Couleurs, offre un enseignement sensiblement différent de l'enseignement type « classique ».

Cela implique une mobilisation différente et une adaptation toujours renouvelée, les enfants étant fort ouverts et très curieux.

Total d'heures :

4 heures

### Institut De Mot-Couvreur

Fin décembre également, nous sommes allés écouter la nouvelle demande de l'Institut De Mot-Couvreur.

Cette demande est formulée par l'infirmière et la médecin du PMS en charge de cette école.

Faute de disponibilité dans notre agenda à venir, nous ne pouvons accepter l'entièreté de leur demande. Nous étudions donc ensemble comment cibler les classes qui bénéficieraient en priorité de ces séances EVAS.

Notre choix s'arrête sur les 5èmes dont les questions récurrentes portent sur la confiance dans les couples, la trahison, la pudeur.

Total d'heures :

3 heures

### Supervision d'équipe Planning Familial de Waterloo

Une fois par mois, supervision de l'équipe EVAS du Planning Familial de Waterloo. Très bonne participation avec de régulières remises en question, notamment par rapport à l'éthique de la profession. Lors de ces séances, des situations d'animation, de partenariat avec le milieu scolaire et d'étude de thème sont abordées. Le choix ou la création d'outils y trouve sa place également. Travail clinique très enrichissant.

Total d'heures :

20 heures

### Participation aux réunions d'Animateurs EVAS Bruxellois

Les réunions d'animateurs bruxellois sont d'une richesse qui ne se revendique plus ! Voilà un lieu, où les travailleurs de terrain EVAS, trop souvent isolés, se retrouvent pour échanger sur leurs pratiques. Quels thèmes privilégier ? Comment les aborde-t-on ? Quel choix d'école ? Tranches d'âge ? Public : professionnel, classique, primaire, secondaire ...

Total d'heures :

14 heures

## Atelier Site fictif (pilule ORA) à la FCPPF



En septembre, nous avons choisi de répondre à l'appel de la Fédération Pluraliste des planning familiaux (FPPF) qui offrait un atelier de réflexion afin de créer un outils de prévention en faveur des jeunes qui risquent continuellement de se méprendre face aux publicités abusives ou mensongères de certaines firmes pharmaceutiques qui promeuvent la vente de vaccins, pilules contraceptives ou autres produits assurant une bonne santé sexuelle et reproductive.

Ce projet se déroule sur une période de 8 mois.

Total d'heures : 4 heures

Participation active à la journée « Outils de sensibilisation à l'EVAS »  
organisée par la FLCPF, 12 janvier 2010. Isabelle de Ville y animait un atelier.

Total d'heures : 8 heures

Participation active à la journée info « Outils d'animation EVAS » à la FCPPF, 31 août 2010

Après 3 réunions de préparation avec le CEDIF, Isabelle de Ville a participé à la journée « Outils d'animation EVAS » en tant que personne ressource pour un des ateliers de la journée.

Total d'heures : 15 heures

## Journées PORTES OUVERTES à la Free Clinic

Cette année encore, nous avons participé à la grande campagne « semaine portes ouvertes en planning familial » (généreusement appuyée par la COCOF).

Ce n'est plus autour du 14 février que nous avons décidé de mobiliser l'attention du public, mais plutôt autour du 26 septembre, déclaré « journée mondiale de la contraception ».

La Free Clinic, de plus en plus engagée dans l'activité EVAS, en a profité pour se mobiliser dans une action de visibilité.

Durant deux journées entières, la maison a reçu des élèves venant de plusieurs écoles différentes (Saint-Vincent de Paul à Ixelles et le CEFA d'Ixelles également).

L'accueil réservé à ces classes a été soigneusement préparé. Les élèves et leurs professeurs arrivaient à l'accueil où un verre de l'amitié leur était offert pendant qu'une accueillante leur parlait du type de personnes qui peuvent venir nous consulter et des services qui pouvaient leur être offerts. Ils étaient reçus par un juriste d'Infor-Droits, montaient ensuite à l'étage médical où un médecin leur parlait également de sa pratique dans son cabinet. Ensuite, ils passaient par le cabinet psychologique et de conseil conjugal, avant de terminer dans notre grande salle de réunion où d'autres praticiens venaient leur parler de notre quotidien en planning familial et où, des exercices interactifs leurs étaient proposés.

Un des objectifs de cette ouverture était d'aider les jeunes à se faire une idée de ce que représente une visite chez un gynécologue, un psy, juriste ou autres praticiens de planning familial. Casser les barrières qui souvent entraînent un jeune à ne pas oser consulter.

Médecins, juristes, psychologues, conseillères conjugales, accueillantes, assistantes sociales, nous nous sommes tous mobilisés ! Ce fut très intéressant et même amusant de se prêter à un exercice collectif, qui nous permet en même temps de mieux connaître les richesses de nos collègues dans leur fonction.

Une réunion d'évaluation a également eu lieu. Nous sommes partants pour renouveler ce type d'activité l'année prochaine.

Total d'heures :

70 heures

### **E. ACTIVITES SPECIFIQUES**

Concernant les formations données, les présentations dans des colloques ou séminaires, les animations, la participation à des réunions et congrès, avant de les regrouper par intervenant, les activités spécifiques, nous tenions à faire mention de plusieurs activités qui ont rassemblé plusieurs personnes de notre équipe (et plus largement de la Free Clinic) :

- La Co-animation d'un stand de prévention et d'information lors de la journée mondiale du Sida, le 1er décembre (voir chapitre Santé communautaire).

- La participation à une journée de formation à l'utilisation de tests de dépistage rapide du VIH (TDR), 1 journée au Centre de Référence SIDA-ULB/CHU St-Pierre, le 8 juin (outre les médecins, ont été présents : I. de Ville, K. In't Zandt, F. Loos, S. Marneffe, V. Vandenbosch).

- La participation à la semaine du Planning familial, à la Free Clinic. Afin de permettre une meilleure visibilité du secteur et d'amener un nouveau public à franchir les portes d'un centre de planning, nous avons- avec le concours de nombreuses personnes de l'institution- organisé différentes activités tout au long de la semaine du 26 septembre :

\* 2 journées de visites de la Free clinic par des groupes d'écoles et par des groupes d'usagers, suivi d'une animation avec quizz, .... (voir point EVAS) ;

- \* la projection d'un film " Les bureaux de Dieu" suivi d'un débat en soirée ;
- \* l'exposition dans la salle d'attente de planches de la bd « Les adorables » et d'informations sur ce qu'est un Planning familial .

- La participation à la journée d'étude « Famille et Résilience » organisée par l'IEFSH, le 25 septembre (I. de Ville, K. In't Zandt, F. Loos, S. Marneffe, V. Vandenbosch).

Quant aux activités spécifiques menées par certains intervenants nous citerons :

Katinka In't Zandt :

- Représentation de la Fédération des Plannings Familiaux au sein de l'I.P.P.F. (acquisition entre autres de nouveaux outils sur la contraception et des brochures d'explications dans d'autres langues telles que le chinois).
- Membre du CA au G.A.C.E.H.P.A.
- Représentante du Gacehpa auprès de la Fédération flamande des Plannings familiaux (LUNA)
- Vice-présidente à la Fédération Belge de la Santé et des Droits Reproductifs et Sexuels (F.B.S.D.R.S.)
- Participation à la Cellule Internationale de la FLCPF
- Co- écriture du document « Eduquer à la Sexualité, un métier qui s'apprend », paru en décembre 2010, Edition CEDIF (fin d'un travail de 3 ans avec le planning de Boitsfort (Colette Bériot), le planning d'Evere (Nathalie Paiva), la FLCPF et Question Santé)
- Formations et animations données :
  - \* Sensibilisation au genre, travailleurs Fedasil (16 h)
  - \* Modules : violences liées au genre : UCL, CIEF (13h)
  - \* Accompagnement de l'IVG, Gacehpa (20h)
  - \* Conséquences psychologiques de MGF : GAMS, Fedasil, FLCPF (27h)

### **Accueil de stagiaires et collaborateurs**

Cette année encore la Free Clinic a accueilli différentes personnes en demande de stage. Si une personne ressource a été à chaque fois désignée, l'ensemble de l'équipe a participé à cet accueil.

- Stagiaire en 1ère année d'assistantat : formation IVG (GACEHPA) ;
- Etudiante en Médecine 3ème doctorat : médecine générale et Planning Familial ;
- Stagiaire en Médecine 4ème doctorat : médecine générale et Planning Familial ;
- Stagiaire conseillère conjugale.

Dans le même ordre d'idée, de nouveaux engagements (Elia Lampecco) et de nouvelles collaborations (Dr S.Tenreira) nous ont à chaque fois apporté un regard neuf et des re-questionnements sur notre pratique.

## **F. LES REUNIONS D'EQUIPE**

Comme les autres années, nous nous sommes réunis tous les vendredis de 13h à 15h afin de faire des réunions de gestion (une à deux fois par mois), de la clinique (une fois par mois), des retours des activités en dehors du centre (exemples : animations, formations, participation à certains colloques) et plusieurs rencontres avec des intervenants extérieurs.

Cette année encore, nos réunions se sont partagées entre :

- des questions plus logistiques et organisationnelles : organisation du travail ; aménagement des horaires; gestion de la coordination du groupe ; réflexions sur certaines budgétisations.

- des questions de contenu clinique.

A ce titre, deux thèmes ont mobilisé plus particulièrement notre équipe cette année :

- \* l'utilisation de la MyféGINE, en tant que prémédication pour les grossesses de plus de 10 semaines et en tant que médicament initialisant la procédure d'intervention par voie médicamenteuse.

- \* la mise en place de notre collaboration avec le CETIM.

Médecins et non médecins se sont réunis en équipe parfois restreinte, parfois élargie pour aborder les contenus médicaux, éthiques et, psychologiques qu'entraînait la proposition du TDR (test de dépistage rapide) au sein de notre population.

Nous devrions poursuivre ce travail fédérateur avec le C.E.T.I.M. notamment via l'organisation de jeux de rôle.

- plusieurs réunions liées à notre pratique de l'I.V.G. : clinique et réflexion.

- des réunions transversales, entre autres :

- \* avec le Service Accueil ;

- \* avec le Service Kiné-Ostéopathe (voir chapitre Maison Médicale) ;

- \* des réunions de réflexion plus larges (par exemple la DEQ).

L'équipe a bénéficié à nouveau d'une organisation efficace des temps de réunion :

- Suivi des procès-verbaux établis.

- Préparation des réunions par un médecin et un non-médecin.

- Un rapport des décisions provenant des différentes instances décisionnelles de l'institution (Conseil d'Administration, Coordination,...).

Enfin, notons que la présence d'un de nos travailleurs, devenu cette année, membre du C.A. de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial, nous a permis des retours plus fréquents et plus engagés, entre autres sur les questions liées à l'utilisation de la MyféGINE.

Le relais de réflexions émanant des différentes fédérations (Fédération des Planning Familiaux , Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement), ont également continué à enrichir nos réunions.

Ont été présents en 2010 :

Dr M. Abdulatif, Dr C. Evaldre, Dr F. Laporte, Dr M. Mernier, Dr K. D. Ung, I. de Ville, K. In't Zandt, , F. Loos, Dr N. Rungen-Chellum, S. Schoonbroodt, V. Vandenbosch.

Présents occasionnellement : V. Halconruy, Dr M.J. Schellens (assistante), Dr S. Tenreira, Dr N. Van Larebeke.

A côté de ces réunions, se déroulent également en sous-groupe

- des réunions « Infor Droits » ;
- des réunions « Accueil » auxquelles ont participé entre autres M. Dozin , V. Halconruy, V. Vandenbosch.

Ces réunions ont comme objectif premier le fonctionnement et l'organisation de l'accueil, tant pour les patients que pour les travailleurs de la maison.

Ces réunions ont été cette année encore alimentées par des réunions de supervision clinique encadrées par un professionnel de l'écoute (P. Kayaert du CEFEC).

## **G. FORMATIONS SUIVIES**

### Isabelle de Ville

- Sexualité et Handicap au CAL de Bruxelles le 25 janvier 2010 (Catherine Agathe Suisse).
- Colloque – Symposium : « Science, clinique et psychotropes : quelles interactions ? » le 12 octobre à l'ULB, Bruxelles.
- Exposés – débats : Usages d'images chez les jeunes : comment faire avec ? Tanguy de Foy, le 20 septembre 2010.

### Katinka In't Zandt

- Le Monde selon les Femmes : présentation référentiel genre (3h) le 28/9
- Colloque « selling sickness » (8h) le 7/10
- Symposium « Wetenschap, klinische praktijk en psychofarmaca : welke interacties ? » (7H) le 12/10
- Présentation AWSA (femmes arabes) : coffrets pédagogiques, (2h) le 18/11
- Participation au Colloque de l'Université d'hiver 2010, « laïcité et Planning Familial », organisé par la Fédération Laïque des centres de planning familial.

### Florent Loos

- Formation sexualité et handicap (organisée par la FD laïque) du 22 au 25 février
- Atelier de réflexions (entre hommes) sur la prostitution, organisé par le monde selon les femmes, le 8 et 9 septembre.



## Simone Schoonbroodt

- “Intelligence et souffrance des jeunes à haut potentiel”, formation d’un jour organisée par l’EPE, le 20 février ;
- “Face à l’échec scolaire” formation d’un jour organisée par l’EPE » le 2 juillet.

## **H. EVALUATION DE NOS PROJETS**

Il nous a été agréable de constater, lors de la rédaction de ce rapport, que pratiquement tous les objectifs que nous nous étions fixés pour 2010, sont en cours de réalisation.

En effet nous avons prévu pour 2010 :

- d’augmenter l’offre d’TVG et les consultations de type planning, réalisées par une médecin femme. C’est le cas grâce à l’engagement de notre assistante de 2009, Dr N. Rungen Chellum.
- de mettre en place de nouveaux partenariats internes et externes : chose faite entre autres avec le C.E.T.I.M.
- de continuer à nous préoccuper de renforcer notre équipe Planning Familial et Animation. En 2010, nous avons engagé Elia Lampecco.
- de poursuivre notre réflexion sur la création de nouvelles plages Myfégine. Une cellule de réflexion Myfégine est actuellement en place. Des nouvelles adaptations sont réfléchies et seront mises à l’essai en 2011.

Pour 2011, nous souhaiterions :

- Développer un outil statistique nous permettant de dégager plus de données internes sur les femmes engagées dans le processus d’interruption de grossesse.
- Finaliser notre outil informatique d’encodage.
- Nous doter d’un nouveau Spiromètre, d’un nouvel appareil échographique.

## 5. LA MAISON MEDICALE

# La Maison Médicale

## **I. Introduction**

La Free Clinic fait partie des rares Maisons Médicales encore à l'acte : alors que la majorité des Maisons Médicales préfèrent fonctionner au forfait, notre institution continue à accepter des patients tout venant sans restriction (pas de quota limité, population parfois défavorisée et démunie).

La patientèle de la Maison Médicale est diversifiée sans aucune délimitation géographique. Elle est issue d'un quartier regroupant, à côté de la population autochtone Belge, différentes populations immigrées : Africains d'Afrique Centrale et Occidentale, Maghrébins, mais aussi Sud Américains, Indiens, Pakistanais, Asiatiques et réfugiés d'Europe Centrale... En 2010, nous avons vu augmenter le nombre de patients sollicitant l'AMU (l'aide médicale urgente) ainsi que des patients envoyés par Fedasil.

Beaucoup de nos patients se sont fidélisés à notre institution : ce sont des « habitués » de la Free Clinic, ce qui permet un meilleur suivi. Mais le caractère « ouvert » de la Maison Médicale permet à un tout autre type de patients de se présenter à nos portes : des étudiants, des chômeurs, des personnes marginalisées, certaines même ne sont que de passage.... C'est la caractéristique principale de notre Maison Médicale : elle est accessible à tout le monde.

## **II. Le Service médical**

Depuis la restructuration de l'ASBL, achevée voici trois ans, la Maison Médicale est reprise dans les textes sous le nom de « Service Médical ». Le Service Médical prend en charge l'activité médicale (habituellement dédiée à toute Maison Médicale), à côté des autres services de la Free Clinic.

A la tête de ce Service Médical un médecin, nommé Responsable de service, gère l'activité médicale et organise les aspects administratifs (horaires, réunions, formations, liens avec les autres services...).

### 1. Interactions et liens avec les autres services :

Les médecins généralistes du Service Médical font également partie du Service Planning Familial (cfr chapitre Planning Familial) dans la mesure où il n'est pas fait de distinction dans les motifs de consultation : un patient peut venir consulter le médecin généraliste de son choix, pour des motifs de médecine générale ou bien de planning familial, ou les deux.

Ainsi :

- une grande partie de l'activité des médecins se focalise sur le travail de prévention et d'éducation à la vie affective et sexuelle,
- ils sont tous concernés par les campagnes et les projets proposés et y participent de manière active,

- ils participent aux réunions communes entre les deux services.  
Les autres services de l'ASBL sont aussi couramment sollicités.

Le Service Accueil d'abord, véritable et incontournable interface entre la patientèle et la consultation médicale.

Le Service social de la Free Clinic est également un service interpellé au quotidien par les médecins du fait qu'une grande partie de la patientèle est défavorisée, démunie et marginalisée avec souvent des soucis administratifs, financiers et sociaux :

- La prise en charge des sans papiers en collaboration avec les différents CPAS de la ville de Bruxelles et d'autres communes ;
- La collaboration avec Habitat Rénovation et la possibilité de logement de courte durée, la Free Clinic et ses patients étant privilégiés ;
- Existence d'un lien indissociable entre santé physique et intégration socio-économique ;

...

De façon complémentaire, l'autre service souvent impliqué dans le suivi des dossiers médicaux des patients est le Service juridique : l'un de nos juristes est spécialisé dans les procédures de recours envers les CPAS et la régularisation des sans papiers.

Enfin, les médecins généralistes travaillent étroitement avec le Service de Santé Mentale.

En 2010, les réunions de l'équipe médicale se déroulent systématiquement avec la participation d'un représentant de l'Accueil et du Service social. Cela permet d'avoir un meilleur retour, un avis extérieur non médical et une diffusion rapide des informations discutées lors de ces rencontres.

Les patients sont donc pris en charge d'une manière pluridisciplinaire et accompagnés afin de pouvoir les encadrer le plus possible dans les différents aspects de leur vie. Les réunions transversales (pluridisciplinaires) permettent justement de prendre en considération la globalité et la spécificité de chaque patient.

Nos contacts avec les travailleurs des autres services sont de nature différente :

- Le rapport direct et personnel est le plus prisé ;
- Puis vient la discussion en groupe lors des réunions ;
- Certains aspects sont discutés entre responsables de service ;
- Et, in fine, vient la transmission non-orale : affichage, invitations aux différentes activités propres à chaque service, etc...

## 2. L'équipe :

L'équipe actuelle est constituée de sept médecins fixes et une assistante en médecine générale. En effet, depuis octobre 2010, l'élargissement de l'équipe

médicale avec un nouveau médecin mi-temps, l'engagement de l'ancienne assistante au terme de son assistanat et l'intégration d'une nouvelle assistante a permis d'ouvrir de nouvelles plages de consultation et de répondre ainsi à la demande croissante. Depuis lors, les médecins se sentent moins submergés par la demande et par conséquent, plus à l'aise pour les consultations, ce qui augmente la qualité des soins. La politique d'engagement du nouveau médecin mi-temps n'est pas uniquement de prester un certain nombre de plages de rendez-vous mais aussi d'intégrer et de s'investir dans les projets de la Free Clinic et du service médical.

Cette nouvelle assistante a rejoint l'équipe en octobre 2010. Son stage est sous la supervision de son maître de stage, lui-même membre de l'équipe médicale de la Free Clinic. De plus, elle participe à une formation de planning familial et IVG organisée par l'ULB. Sa présence est donc un plus pour le service médical et le planning. Pour l'assistant, la Free Clinic est un lieu de formation très riche. En effet, les situations cliniques y sont extrêmement variées tant au niveau médical, social que psychologique. Son apprentissage se fait au sein d'une équipe pluridisciplinaire. La réunion de supervision hebdomadaire avec le maître de stage permet d'affiner et d'approfondir les situations cliniques difficiles.

Par ailleurs, l'assistant apporte un regard nouveau, de nouvelles connaissances scientifiques, des questionnements judicieux en participant à l'activité clinique et la vie scientifique de l'institution médicale, notamment en assistant et en préparant les réunions cliniques bimensuelles.

### 3. L'offre du Service Médical :

Les médecins du Service Médical, de par leur spécificité à chacun et leurs diversités de pratique parviennent à répondre aux diverses demandes émanant de notre patientèle, sans limitation d'âge ni de groupe social, par :

- ✓ les consultations en médecine générale ;
- ✓ les consultations en toxicomanie ;
- ✓ les consultations en médecine de voyage et tropicale ;
- ✓ les consultations en gynécologie, cfr Planning Familial ;
- ✓ les consultations pédiatriques et gériatriques.

De par la richesse linguistique de notre équipe médicale (Anglais, Espagnol, Portugais, Arabe), la Free Clinic permet de répondre à une plus grande demande, d'instaurer une relation de confiance et d'assurer ainsi un meilleur suivi du patient.

En revanche, depuis 2010, nous avons vu augmenter le nombre de sans papiers sollicitant l'AMU (l'aide médicale urgente) ainsi que des patients envoyés par Fedasil. Cela a pour conséquence d'alourdir les procédures administratives en lien avec les démarches à faire pour ces patients. Généralement il existe une barrière linguistique mais aussi un manque de relais des différents intervenants (avis médical spécialisé demandé par les centres, transfert du patient dans un autre centre d'accueil,...). Pour pallier à cette affluence et faciliter le travail du médecin, une formation spécifique

sur les démarches administratives des sans papiers présentée par une de nos assistantes sociales a permis de les éclaircir et des rencontres avec les intervenants des différents centres sont prévues en 2011 afin d'assurer une meilleure collaboration et ainsi un suivi de qualité de ce type de patient.

Les pathologies fréquemment rencontrées :

- infectiologie : beaucoup d'infections virales et bactériennes saisonnières respiratoires, digestives, cutanées, ORL,... ; infections urinaires bénignes, infections virales chroniques (hépatites, suivi de séropositivité,...) ; quelques cas de maladie tropicale (syphilis, tuberculose, malaria).
- pathologies dites fonctionnelles : céphalées, colon irritable, vertiges, douleurs articulaires ou osseuses atypiques (douleurs lombaires,...), constipation,...
- hypertension artérielle essentielle fréquente du fait qu'il s'agit d'une pathologie de haute prévalence dans la communauté noire africaine ; diabète surtout non insulino-dépendant de prévalence assez élevée dans la population maghrébine ; pathologies respiratoires chroniques (bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme,...).
- dermatologie générale.
- nombreuses plaintes rhumato-orthopédiques.
- petite chirurgie et traumatologie : points de suture, drainage d'abcès,...
- très nombreuses demandes psycho-médico-sociales : syndrome dépressif voire dépression vraie, fatigue chronique, surmenage, stress, angoisse, insomnie, prise en charge des assuétudes (alcoolisme, toxicomanie, instauration et suivis de traitement substitutif à la méthadone, cfr ci-dessous...).
- les « urgences psy » sont assurées par les généralistes. Si une prise en charge psychologique à plus long terme est nécessaire et acceptée, le patient est alors réorienté vers les psychologues et psychiatres de l'association. La prise en charge peut alors se faire de façon synergique.
- beaucoup de gynécologie de base : suivis en prévention primaire (notamment dépistage du cancer du col (voir Planning Familial). Infections gynécologiques fréquentes, contraception...

La liste n'est pas exhaustive, évidemment. Par contre, conséquence de la fourchette d'âge de la patientèle, nous voyons peu de très jeunes enfants et de pathologies chroniques morbides du 3ème âge (dégénérescence cognitive, Parkinson, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, ...).

### **Cas particulier de la prise en charge des patients souffrant d'assuétudes aux opiacés (héroïne, morphine, codéine, opium)**

Quatre des médecins généralistes de l'équipe suivent des patients usagers de drogues, dans le cadre de traitements de substitution. Les produits à disposition du médecin pour substituer les opiacés sont la Méthadone et la buprénorphine à haut dosage (Subutex®).

Une des particularités de la prise en charge des patients toxicomanes est la complexité dans chaque histoire, tant des mécanismes de l'assuétude et de son traitement, que de la situation de vie du patient (point de vue psychosocio-familial), et bien souvent la relation patient-médecin s'inscrit dans un suivi à long terme. Aussi nous insistons auprès des patients pour qu'ils se choisissent un médecin, et s'y tiennent. Bien sûr, il arrive que le médecin référent soit absent ; le patient est alors vu par un confrère, qui « dépanne », mais le fonctionnement veut qu'il soit redirigé pour la consultation suivante vers son référent.

Le caractère multidisciplinaire de la Free Clinic constitue certainement un atout pour le praticien : nos assistantes sociales sont souvent sollicitées auprès des patients ; parfois c'est le Service de Santé Mentale qui est interpellé.

Chacun des quatre médecins fonctionne de manière indépendante dans le cadre de la relation thérapeutique mais avec une directive commune à la Free Clinic et au service médical comme par exemple : chaque patient doit être suivi par le même médecin. Le niveau d'exigence varie d'un médecin à l'autre (et peut également varier d'un patient à l'autre).

Des réunions d'équipe sont entièrement consacrées à la prise en charge de nos patients toxicomanes. Les sujets abordés sont aussi bien des questions de gestion des patients au sein de l'institution, que des aspects plus médico-psychologiques de la prise en charge. Les psychiatres et psychologues du Service de Santé Mentale sont invités à ces réunions, et parfois des intervenants extérieurs du réseau.

La Free Clinic s'appuie dans ce domaine sur un réseau important. D'une part les contacts sont fréquents avec les centres orientés vers les toxicomanes (Centre ENADEN, projet LAMA, MASS de Bruxelles..), ainsi que vers certains services psychiatriques d'hôpitaux généraux (notamment l'hôpital Brugmann et l'hôpital St- Michel) et les hôpitaux spécialisés (notamment La Ramée).

D'autre part, par l'intermédiaire de deux des médecins, la Free Clinic est reliée au R.A.T. (Réseau d'Aide aux Toxicomanes), asbl « plateforme » constituée de personnes de terrain de divers lieux de consultation intervenant auprès des toxicomanes (assistantes sociales, psychologues et médecins). Des supervisions mensuelles sont proposées, ainsi que des formations régulières.

Actuellement, des projets de réactualisation du réseau avec les différents intervenants et service social sont mis en place.

### **Le cas particulier de l'Acupuncture, de l'Homéopathie et de la Phytothérapie**

Dans certaines situations, une alternative intéressante peut être proposée aux patients lorsque ceux-ci sont demandeurs d'une autre approche que la médecine classique (par la contre-indication à certains procédés médicaux ou par le simple souhait du patient).

Dans notre équipe un de nos collègues pratique l'acupuncture, un autre l'homéopathie et un autre est en formation de phytothérapie. Ils sont interpellés par les autres collègues pour ces patients et les cas sont discutés collégalement afin de proposer la meilleure prise en charge au patient.

L'acupuncture est proposée dans certaines indications telles que :

- Douleur chronique ou aiguë
- Troubles de l'anxiété, stress
- Troubles du sommeil
- Sevrage du tabac
- Migraine
- Sinusites
- Névralgie
- Tendinite
- ...

Quant à l'homéopathie, nous rencontrons aussi des demandes de la part des patients.

Les indications de l'homéopathie sont multiples :

- traitement de maladies chroniques
- patient avec terrain allergique
- infections récidivantes de l'enfant
- migraines
- ...

La phytothérapie est une bonne alternative aux médicaments traditionnels permettant une prise en charge du patient dans sa globalité. Les indications sont très diverses :

- Troubles du sommeil
- Anxiété
- Infections voies respiratoires virales aiguës ou récidivantes
- Trouble de l'appareil digestif
- Dermatose
- ...

#### 4. Les modalités des consultations

##### *Le fonctionnement structurel de la Maison Médicale*

Les patients peuvent venir consulter sans rendez-vous les jours ouvrables entre 9h et 18h, sans interruption, ainsi que le samedi matin entre 10h et 12h. Deux généralistes assurent ces consultations sans rendez-vous.

Les inscriptions se font par ordre d'arrivée, par tranche de 20 minutes, ce qui nous permet de donner aux patients un horaire de passage. Ce système mis en place en 2005, a permis de réduire les temps d'attente pour les patients.



Subsistaient encore certaines difficultés à savoir par exemple qu'il était parfois difficile pour un patient (sauf urgence) d'être vu un jour de grande affluence lorsqu'il arrivait après 15h (la consultation étant déjà remplie jusque 18 h), ce qui posait notamment problème pour toute notre patientèle active. Nous avons fonctionné un temps en rajoutant les patients après 18h mais, le cadre n'étant pas fixé, ce système avait ses limites et présentait beaucoup d'inconvénients pour le patient, l'accueil et le médecin. Finalement, nous avons opté pour une formule qui fait ses preuves à l'heure actuelle : ces rendez-vous du jour pouvant être pris par téléphone à partir de 10h tous les jours de la semaine pour les patients ayant déjà un dossier à la Free Clinic. Ce qui favorise la fidélisation à la Free Clinic et donc un meilleur suivi du patient. Ce qui évite aussi aux personnes qui travaillent de venir sur place sans être vues directement. La première impression de la patientèle est assez favorable et encourageante. Chaque médecin a également des plages horaires réservées aux rendez-vous.

La permanence des soins est assurée en dehors des heures d'ouverture de la Free Clinic par le médecin de garde. Nous fonctionnons en collaboration avec Médigarde et les différents Postes de Garde de Médecine Générale (PMG) des environs dans le cadre de la garde collective Bruxelloise, une politique adoptée en vue des récentes modifications et réformes de ce rôle de garde en médecine générale urbaine.

Des visites à domicile sont possibles pour les patients qui ne peuvent se déplacer.

Les examens de laboratoire sont relevés 2x par jour. Par ailleurs un service de laboratoire fonctionne 3x par semaine entre 8h et 9h et le samedi de 9h à 10h.

La Maison Médicale dispose de deux échographes (utilisés en consultation comme une aide au diagnostic principalement en gynécologie, également dans le cadre du Planning familial pour la mise au point des IVG), ainsi que d'un électrocardiographe pour les mises au point cardiologiques de première ligne : un nouvel appareil a été acquis en 2008 remplaçant l'ancien.

## 5. Le dossier médical

### a) Le dossier médical informatisé :

Le dossier médical informatisé (DMI) permet une meilleure visualisation des notes, un meilleur suivi, la gestion des dossiers ainsi que des rappels temporels tout en permettant d'atteindre une exactitude difficilement atteinte avec le dossier papier. La Free Clinic s'investit de plus en plus dans ce genre de projet à l'ensemble de tous les services : en dehors du fait que nous disposons d'un DMI pour le service médical depuis quelques années, la maintenance et la gestion de l'informatique sont confiées à un informaticien spécialisé travaillant en étroite collaboration avec les différents membres du Service médical.

Une nouvelle version du logiciel que l'on utilise a été installée après une phase de test et de validation. Cette nouvelle version nous a permis une meilleure gestion des plages horaires en ce sens qu'il permet dorénavant l'emploi d'un agenda informatisé et partagé pour les médecins et accessible à tous les autres services, facilitant ainsi la prise des rendez-vous et l'organisation de l'activité.

Cette version, certes incomplète mais nécessitant des améliorations ultérieurement, nous a également donné l'occasion de se pencher à nouveau sur la question de la visibilité du contenu médical :

- Les antécédents ;
- Les traitements en cours ;
- Les éléments à suivre (échancier) ;
- Le suivi des bilans réalisés et la communication avec les autres centres via les protocoles on line injectés directement dans le dossier médical (laboratoire et résultats des prises de sang des patients, les protocoles hospitaliers, etc...) ;
- La communication entre les différents usagers de ce même dossier médical : un outil de communication existait déjà permettant à l'ouverture du dossier d'attirer l'attention sur l'un ou l'autre élément. Mais un outil supplémentaire permet maintenant d'envoyer des messages personnalisés en toute discrétion aux différents médecins.

La gestion des dossiers est actuellement plus transparente grâce à l'implication de tous les utilisateurs de ce dossier dans sa tenue. Une formation pour l'équipe médicale sur l'utilisation du logiciel d'Epicure est prévue pour 2011 afin d'optimiser et d'uniformiser autant que possible l'encodage des données médicales du dossier médical par les différents médecins utilisateurs.

#### b) Dossier médical partagé :

Un des avantages majeurs du DMI à la Free Clinic est la possibilité de travailler en étroite collaboration avec les autres services et d'être informé des interventions menées par les autres collègues et les autres services de la maison. Ceci constitue un des objectifs principaux de la transversalité et le travail multidisciplinaire au sein de la Free Clinic.

L'injection dans le dossier médical des notes du Service kiné-ostéopathie ainsi que les notes des assistantes sociales du Service Social a permis un suivi plus efficace et plus rationnel.

#### 6. Quelques chiffres du Service Médical :

- En 2010, le nombre total de consultations (tous motifs confondus) données par nos médecins généralistes est de 14 970, ce qui représente une très légère augmentation par rapport à 2009 (14 480).

- La répartition par motif de consultation se fait comme suit :

Motifs	2009	2010	
Médecine générale	9272	8878	-4.5%
Planning familial	3059	3233	+5.7%
Motif psychiatrique	343	333	-3%
Toxicomanie	1058	1284	+21%
Consultations préIVG	503	524	+4%
Contrôle post IVG	285	289	+1.4%
<b>TOTAUX</b>	<b>14480</b>	<b>14970</b>	<b>+3.4%</b>

Enfin, en 2010, les médecins (nouveau médecin mi-temps et ancienne assistante inclus) assuraient une permanence quotidienne comme suit (plages de consultation libre et rendez-vous) :

- L'assistante assure 9 demi-journées par semaine ;
- Quatre médecins travaillent 5 demi-journées par semaine ;
- Un médecin travaille 4 demi-journées ;
- Deux médecins assurent 3 demi-journées ;
- et le dernier, professeur universitaire, assurant une présence de 2 demi-journées par semaine.

Au total, les 8 médecins assurent la disponibilité de 40 plages de consultation par semaine.

Deux gynécologues consultent également sur rendez-vous à raison de 2 demi-journées.

Les plages d'IVG par aspiration ou Mifégyne ne sont pas reprises dans le total des consultations. Leur nombre total de demi-journée à la Free Clinic est de 6 demi-journées par semaine.

#### 7. Activités d'échanges, de réflexions et de formations cliniques au sein du Service Médical

La Free Clinic en général, le Service Médical en particulier, sont le creuset d'échanges cliniques, prenant forme à plusieurs niveaux :

Les réunions cliniques du groupe médical :

Activité d'échanges et travail de réflexion d'équipe par excellence, les réunions cliniques se tiennent deux fois par mois. Elles permettent, grâce aux invités extérieurs, d'approfondir, de développer certaines actions, certaines connaissances dans tous les domaines de planning familial et de médecine générale. Elles permettent également une approche concrète des différents maillons, collègues de notre réseau et un travail de collaboration plus élaboré avec les spécialistes/collègues nous permettant d'étoffer notre réseau de référence.

Une des principales difficultés, qui fait la richesse de notre travail médical, est la multitude de situations rencontrées quotidiennement à la Free Clinic. Pouvoir échanger sur tous ces aspects est donc fondamental.

Nous avons privilégié les échanges interdisciplinaires sur base de situations cliniques rencontrées notamment avec le Service de Santé Mentale, le Service Kiné-ostéopathie ainsi que le Service Social. Nous avons entre autres réunions cliniques, abordé la problématique de la prévention et du dépistage avec un membre de notre équipe.

Nous avons rencontré divers spécialistes, occasion de développer notre réflexion en médecine générale, d'améliorer nos collaborations.

Nous avons partagé nos expériences en gynécologie, avec un des gynécologues de notre équipe.

Nous avons eu plusieurs occasions de présenter des situations cliniques, et notamment, concernant certains patients « difficiles » nécessitant une vraie collaboration au sein de notre équipe (problèmes de prescription par exemple).

Les sujets abordés étant inépuisables, nous essayons, autant que possible, d'alterner, d'équilibrer, de parfois coller à certaines actualités.

Ces réunions, ces échanges sont l'occasion également d'une collaboration avec l'assistant en médecine générale. L'assistant apporte ainsi, de par le renouvellement des connaissances, de nouveaux éléments à notre pratique quotidienne. Pour rappel, l'assistant en médecine générale termine sa formation par deux années de stage, comprenant le travail en consultation, et des supervisions, notamment, avec son maître de stage.

Enfin, il est clair que cette part de notre activité complète tous les échanges plus informels que nous avons entre nous, ils permettent une meilleure connaissance des compétences entre collègues et donc une reconnaissance des qualités de chacun. Les temps de partage nous permettent enfin de prendre le recul nécessaire à la bonne poursuite de notre travail.

Enfin, l'organisation de GLEM (Groupe Local d'Evaluation Médicale) permet aux médecins de l'équipe de rencontrer d'autres professionnels et de partager les pratiques. Des sujets de réflexion (la vie affective des homosexuels), d'actualité médicale (le supplément d'honoraire pour la prévention en médecine générale) et de mise au point alternent. Nous nous réunissons quatre fois par an, en soirée.

En 2011, le Service médical prévoit une augmentation du nombre de réunion clinique basée sur la présentation d'un sujet clinique, par mois, avec rappel théorique spécifique lié à la médecine générale. Cela permettra d'actualiser et d'échanger nos connaissances médicales. De même que l'analyse systématique d'un électrocardiogramme lors des réunions médicales sera présentée pour augmenter la performance des lectures ECG pas toujours évidentes.

## 8. Formations suivies par un ou plusieurs médecins.

- Journées de recyclage de AMUB sur des sujets divers : psychiatrie, pneumologie, imagerie médicale, gériatrie, endocrinologie, violence conjugale et nouveauté sur les anti-HTA, l'énurésie, le traitement de la maladie d'Alzheimer et les contraceptifs oraux. (Programme 2010 sur <http://www.amub.be/pdf/JEP2010.pdf>)
- Colloque en collaboration avec le Service de Santé mentale sur « Science, clinique et psychotropes : quelles interactions » présenté par le Dr Monique Debauche, psychiatre à la Free Clinic
- Traitement efficient des affections allergiques (rhino-conjonctivite, asthme, anaphylaxie aux venins d'hyménoptères), anaphylaxie et angio-œdème
- Formation spécifique sur les démarches administratives des sans papiers présentée par une de nos assistantes sociales
- Formation en phytothérapie
- Formation en médecine tropicale et santé publique
- Formation I.V.G./Planning par l'assistante en médecine générale

## 9. Projets 2011 :

Développement d'un réseau médical, clinique et para clinique du Service Médical :

La réflexion entamée en 2009 et 2010 sur un projet de collaboration avec l'extérieur (médecins spécialistes, centres de référence, hôpitaux, kinés spécialisés, et les autres médecins généralistes) a abouti à la mise en place d'un outil de référencement : le carnet d'adresses d'Epicure. Son exploitation et sa mise à jour permettront les échanges d'adresses de référence et compétences dans divers domaines destinés à tous les travailleurs de la Free Clinic. Ce carnet d'adresses sera classé en fonction des différents domaines tels que médecins spécialistes, centre d'aide spécifique (femmes battues,...). On essaiera d'y intégrer autant que possible des liens de sites internet intéressants. Les contacts, la (ou les) personne (s) de référence, des commentaires sur le service proposé et la personne ayant donné cette adresse seront mis à jour autant que possible via un système de centralisation des données par deux travailleurs de la Free Clinic.

Il s'agit d'établir un réseau de référence concernant les différentes spécialités et les différents centres auxquels on adressera notre patientèle si besoin d'un avis complémentaire.

En travaillant de cette manière, on espère pouvoir améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients, en ayant un meilleur contact et une approche personnalisée de la part de ces professionnels extérieurs.

Collaboration rapprochée avec le centre accueillant les demandeurs d'asile (Fedasil) pour pouvoir assurer un meilleur suivi des patients avec une pathologie chronique et transmettre le dossier si nécessaire aux différents

intervenants (avis médical spécialisé, transfert du patient dans un autre centre d'accueil,...). L'explication de la problématique de la barrière linguistique permettra d'assurer une meilleure prise en charge des patients grâce à l'accompagnement d'un interprète.

Acquisition d'un nouvel appareil d'échographie Doppler afin de pouvoir assurer au mieux les consultations de suivi de grossesse.

Acquisition d'un spiromètre en vue de diagnostiquer, d'évaluer et de suivre des pathologies respiratoires fréquemment rencontrées dans notre pratique. Formation à l'utilisation du spiromètre.

Présentation et utilisation d'une « mallette contraception » dans les cabinets médicaux afin d'améliorer le dialogue et l'explication des différents modes de contraception.

Prolongation du projet de dépistage du SIDA en partenariat avec le CETIM de l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre : depuis 2008, nous travaillons ensemble à l'élaboration d'un projet de dépistage du SIDA dans un centre extrahospitalier et moins stigmatisant que des projets comme le Centre Elisa, ceci dans le but de rencontrer et dépister certaines populations qui échappent aux modes et lieux de recrutement classiques. Il s'agirait alors d'élire un (ou plusieurs) lieu(x) de rencontre/dépistage alternatifs (autres qu'étiquetés « médical ») comme des maisons de quartier, des centres culturels...

La première phase du projet, phase pilote, a commencé en octobre 2010 au sein de la Free Clinic. Il s'agit de proposer à une population ciblée à risque la réalisation d'un test de dépistage rapide (réponse en consultation) combiné dans le même temps à un dépistage sérologique réalisé en consultation et envoyé au laboratoire. Cette phase a deux objectifs principaux :

- d'abord réaliser un test de fiabilité et une validation des tests de dépistage rapide avec lesquels nous travaillons (comparaison avec le résultat de la sérologie que l'on reçoit par la suite) ;
- ensuite, et surtout, se familiariser avec un nouvel outil qui sera très probablement dans un futur très proche, à disposition de tout généraliste : la nouvelle dimension de l'immédiateté de la réponse (comme un test de grossesse finalement) apporte très certainement de nouvelles questions. Les réunions mensuelles que nous avons avec nos partenaires du Cetim nous permettent d'affiner cette nouvelle approche.

Cette nouvelle sensibilisation de nos médecins a également pu mettre en évidence le fait que les médecins généralistes n'incitaient que trop peu souvent à réaliser le test de dépistage du SIDA. Cette étude nous permet également d'aborder la thématique en équipe pluridisciplinaire au sein du planning familial et de travailler de façon pratique (jeux de rôles...) certaines situations qui pourraient poser problème (proposition d'un test de dépistage alors que le patient est venu pour une autre raison, annonce d'un résultat

positif, recours en consultation à l'aide d'une psychologue du planning etc...) sous la houlette de psychologues du centre ELISA.

A l'issue de cette première phase qui se terminera en juin 2011, le CHU Saint-Pierre sera en mesure de remettre un rapport à l'INAMI sur l'utilisation de ces tests rapides et des recommandations quant à leur mise à disposition des soignants, et ou usagers (le législateur devra se positionner : pourra-t-on trouver ce genre de test de façon libre en pharmacie ou supermarché comme un test de grossesse ? La question est d'autant plus prégnante que l'on retrouve certains de ces tests, non validés, sur internet).

En parallèle, et par ce biais, la Free Clinic participe aussi à une vaste étude européenne « HIV in Europ » qui a pour but d'étudier le lien qui existe entre certaines maladies (dites « sentinelles ») et le SIDA, autrement dit, devant certaines pathologies, suggestives de SIDA, le praticien devrait proposer systématiquement un dépistage.

La seconde phase, débuterait quelque temps après la première. Elle déplacerait les lieux de dépistage hors des murs de la Free Clinic, en associant mesure de la tension artérielle et dépistage urinaire du diabète. La construction de cette deuxième phase du projet est en cours.

Formation de l'équipe médicale sur l'utilisation du programme Epicure afin d'optimiser et d'uniformiser autant que possible l'encodage des données médicales du dossier médical informatisé (DMI) par les différents médecins.

Formation par la firme « gynéfix » pour la pose de ce nouveau stérilet en Cu – durée de validité : 6 ans – coût : 70 euros.

Augmentation du nombre de réunion clinique basée sur la présentation d'un cas clinique éventuel avec rappel théorique spécifique lié à la médecine générale, qui permettra d'actualiser et d'échanger les connaissances médicales.

Présentation et analyse systématique d'un électrocardiogramme lors des réunions médicales pour augmenter la performance des lectures ECG pas toujours évidentes.

Continuer à développer les projets de promotion de la santé et d'éducation pour la santé dans le cadre de l'activité « Projets communs et Santé Communautaire » de la maison.

Réactualisation du réseau toxicomanie.

Projet d'engagement d'une infirmière sociale dans le service Medical, et cela après une mûre réflexion et une étroite collaboration avec le comité de coordination de la Free Clinic.

Ce projet vise à proposer un accueil personnalisé face à une situation d'urgence en salle d'attente, à se rapprocher du contexte réel de vie du patient, à offrir des soins infirmiers réguliers des patients chroniques mais

également à renforcer l'équipe d'une personne-relais entre les divers professionnels au sein de l'association mais aussi avec le réseau externe. Cette infirmière sociale participera pleinement à la fonction de prévention (médicale, psychologique, sociale et autre) et permettra de mettre en place les structures et les réseaux appropriés à chaque patient chronique. Au niveau opérationnel, la Free Clinic s'engagera à assurer une permanence fiable et disponible pour le suivi des patients chroniques et une accessibilité au dossier médical par l'infirmière sociale.

Facturation électronique via le logiciel Epicure.

Mise à jour du site internet de la Free Clinic.

### **III. La Kinésithérapie et l'Ostéopathie**

Le service se compose de deux kinésithérapeutes et d'une ostéopathe. Au service est associé également un groupe d'ostéopathie pédiatrique.

Ce service pratique le tarif de base de l'INAMI y compris pour les prestations de techniques spéciales, ce qui s'inscrit dans l'esprit de la charte de la Free Clinic quant à l'accessibilité à des soins de qualité.

La philosophie de travail de l'équipe est d'accepter le patient tel qu'il se présente dans son état pathologique et de l'aider à établir un chemin thérapeutique. Evoluer ainsi, vers une autonomie optimale tant sur le plan physique que psychologique. Veiller à l'autonomie du patient avec le type de patientèle de la Free Clinic nécessite un travail qui va au-delà de la pluridisciplinarité.

Exemple : repérer au travers des maux et des mots, les situations sociales « marginales » et orienter vers le service social, ou encore le Service juridique. Face à des difficultés relationnelles, affectives ou émotionnelles, travailler en étroite collaboration avec le Service de Santé mentale. Cette pluridisciplinarité et cette vigilance quant aux aspects multifactoriels de l'état de souffrance du patient permettent d'y remédier de manière plus efficace mais aussi plus rapide.

Il ne s'agit pas de surconsommer de « la structure » mais de bénéficier au moment opportun du service adéquat à la problématique du patient.

L'étroite collaboration qui s'opère entre les services de kinésithérapie et d'ostéopathie d'une part et l'ensemble des autres services optimise la prise en charge du patient.

#### Techniques utilisées :

- techniques de massage et de physiothérapie (ultra-sons) ;
  - techniques rééducatives des troubles orthopédiques du dos et des membres, des troubles rhumatismaux, des traumatismes bénins.
- Techniques rééducatives dont la Rééducation Posturale Globale (RPG) (Ph. E. Souchard) qui est une technique de mise en postures d'étirement actif pour lutter contre les raideurs, rétractions au sein des chaînes musculaires.



Le RPG est une technique de rééducation en pleine évolution et prend son importance dans notre monde toujours plus sédentaire - de plus en plus de gens se plaignent de douleurs du dos, de la nuque, des épaules. C'est également une technique qui trouve son utilisation dans le monde sportif. Une formation en stretching global actif a été suivie en 2010 (F. Chable).

- techniques de relaxation : Shultz, Jacobson, sophrologie, Alexander.
- kinésithérapie pré- et post-natale avec une spécialisation en uro-gynécologie. L'accent en uro-gynécologie est surtout mis sur la rééducation périnéale chez la femme, le renforcement des muscles du plancher pelvien dans la prévention postnatale et le traitement de l'incontinence urinaire.
- kinésithérapie respiratoire pour adultes et enfants.
- techniques psychomotrices chez le nourrisson.
- drainage lymphatique.
- réflexothérapies manuelles :
  - ✓ amélioration des troubles circulatoires (insuffisance veineuse, artérites, œdèmes, ...).
  - ✓ équilibration des troubles viscéraux fonctionnels qui trouvent leur expression dans le système locomoteur (syndrome du colon irritable et lombalgie, céphalées de tension, périarthrite scapulo-humérale et troubles hépato-biliaires.
  - ✓ équilibration des troubles dûs à la somatisation, en collaboration avec le Service de santé mentale.
  - ✓ régulariser les troubles de santé liés à une mauvaise hygiène de vie : sédentarité, anorexie, boulimie, insomnies,...\*
  - ✓ traitement des douleurs liées à des troubles tels que : cancers, fibromyalgies, spasmophilie, syndrome de fatigue chronique, etc....\*

*\* En dehors de l'approche strictement thérapeutique, les patients qui consultent à la Free Clinic présentent souvent des troubles de santé liés à des déséquilibres d'ordre social et psychoaffectif : une grande place est réservée à l'écoute et à la qualité de la relation thérapeutique afin d'induire chez ces patients des nouveaux comportements d'hygiène de vie opérants.*

Les réflexothérapies manuelles sont des techniques spécifiques de massage :

Elles utilisent des agents stimulants particuliers afin d'induire un processus de rééquilibration des troubles fonctionnels et douloureux que la cause ou l'incidence soit viscérale ou mécanique.

Le but de la réflexothérapie est de déclencher un réflexe dans les structures profondes (viscérales, vasculaires,...) au départ de stimulations à la périphérie (surface du corps). Les réflexothérapies agissent par voie nerveuse et induisent des réflexes neuro-vasculaires et neuro-humoraux. Elles nécessitent une parfaite connaissance des territoires d'innervation

somatique et viscérale du corps humain. Les techniques utilisées en l'occurrence sont le Bindegewebsmassage, la segmentthérapie et la réflexothérapie podale.

Enfin, le service de kinésithérapie collabore étroitement avec le Service de santé mentale pour aider les patients ayant une problématique psychocorporelle entravant leur vie relationnelle (sociale, privée, sexuelle) :

- troubles dépressifs avec composante obsessionnelle et problèmes de somatisation, troubles anxieux provoquant des états de tensions musculaires multiples :  
dans les membres, tensions maxillo-faciales, douleurs pelviennes chroniques, restauration du schéma corporel et de l'image de soi, restaurer l'acceptation du toucher, restaurer le vécu du corps par le toucher, travail du « maintien » et de la posture : éviter le repli sur soi, physiquement et psychologiquement,
- techniques de relaxation et de massage permettant d'exprimer les émotions, d'extérioriser un état de tension, de verbaliser un mal-être qui sera ensuite « retravaillé » dans l'entretien psychologique.

#### Evolution du type de patientèle

Nous constatons qu'un nombre croissant de patients en situation sociale fragilisée (CPAS et OMNIO) ainsi que des patients en situation d'illégalité (problèmes de communication qui en résultent, langue, coutumes, ..) sont demandeurs de soins kiné et ostéo. Ceci fait que l'accompagnement du patient vers un mieux-être va au-delà du simple geste kinésithérapeutique, tel que explicité plus haut.

#### Perspectives 2011

Recherche d'un troisième kinésithérapeute, qui permettrait un meilleur suivi des patients qui nécessitent plus de deux séances par semaine ainsi qu'une présence kiné continue, même en période de vacances.

Utilisation du dossier informatique (c'est déjà le cas pour l'ostéopathe).

# ANNEXES

## **PRESENTATION DE L'INSTITUTION « FREE CLINIC »**

### **A. HISTORIQUE**

La Free Clinic de Bruxelles a été créée en 1970 pour répondre aux demandes de plus en plus nombreuses d'aide médicale et psychologique des jeunes qui s'adressaient à Infor-Jeunes. En 1972, elle s'est rapidement constituée en asbl séparée et composée de sous groupes : groupe médecins, groupe psy, groupe kinés et Infor Droits ; la Free Clinic n'a cessé d'évoluer.

Les consultations, au départ gratuites, sont devenues payantes (sans pour autant que le manque d'argent puisse constituer un obstacle à l'accès aux soins).

L'anonymat des patients et le bénévolat des travailleurs ont été supprimés pour permettre une meilleure efficacité et une plus grande compétence dans le travail et finalement pour assurer la survie de l'institution.

La Free Clinic a également complété sa fonction de Centre de crise par des suivis réguliers de problématiques diverses pour s'adapter aux demandes de son public.

Des démarches en vue d'obtenir des subsides ont permis la reconnaissance comme Centre de Santé Mentale en 1974, comme Centre de Planning Familial en 1975 et comme Maison Médicale en 1995, le Service de Médiation de Dettes en 1999 et le Service d'Aide Juridique de Première Ligne en 2000.

Ces reconnaissances successives ont permis :

- de restructurer la gestion financière de la Free Clinic ;
- de travailler en équipe plus restreinte ;
- un statut salarié pour une partie des travailleurs.

Ce qui a eu pour conséquences :

- un meilleur suivi des patients ;
- un plus grand investissement des travailleurs ;
- une collaboration interdisciplinaire facilitée.

La Free Clinic fait partie de trois fédérations :

- la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM) ;
- la Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones (FMMCSF) ;
- la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF).

## **B. LA SITUATION ACTUELLE**

Aujourd'hui, 42 travailleurs, de formations différentes, permettent d'assurer les services suivants :

### **- Service Médical**

Médecine générale, dépistages, médecine tropicale, consultations sociales, consultations de prévention du cancer, service de garde, visites à domicile, etc...

### **- Service Planning Familial**

Consultations de gynécologie, consultations de suivi prénatal et accouchements, IVG, prévention et dépistage MST, consultations psychologiques et sociales, conseils conjugaux, animations sur la vie sexuelle et affective en milieu scolaire, carcéral et à l'étranger (Afrique, Amérique Latine).

### **- Service Kiné et Ostéo**

\* Kinésithérapie générale et pédiatrique, kinésithérapie pré et post-natale, rééducation uro-gynécologique, massage pour bébé, physiothérapie, relaxation.

\* Ostéopathie y compris pour les jeunes enfants (0 à 12 ans).

### **- Service Psy**

Consultations psychologiques et psychiatriques, psychothérapies individuelles, de couples et familiales, supervisions individuelles et d'équipe.

### **- Service Social, Juridique et Médiations**

Consultations sociales, de médiation de dettes, de service juridique et de médiation familiale.

### **- Service Accueil**

### **- Service Administratif**

Cette association de travailleurs à compétences différentes permet :

- d'assurer, dans la salle d'attente, un "accueil" ouvert 53h par semaine : grâce à la participation de travailleurs détachés de chaque service ainsi que de deux bénévoles.
- de faciliter aux patients l'accès aux consultations spécialisées :

L'accueil reçoit la demande du patient et l'adresse à l'interlocuteur le plus adéquat. Pour certaines demandes difficiles à exprimer pour le patient ou à cerner par l'accueillant(e), c'est le médecin généraliste qui est consulté en premier lieu. Une demande de médiation de dettes, de conseil juridique, de problématique sociale ou de kiné peut être suivie d'une orientation vers une thérapie individuelle ou de couple.

- d'assurer un suivi des patients dans leur globalité :

En effet, les "passages" d'un service à l'autre sont facilités par la proximité, le délai d'attente court, l'estime et la confiance réciproques basées sur la connaissance de la manière de travailler des collègues.

Les discussions, au sujet des patients, qu'elles soient formelles ou informelles, spontanées ou organisées, dans lesquelles chaque travailleur apporte un éclairage différent, assurent de meilleurs choix thérapeutiques pour les patients.

- de fonctionner comme un Centre de crise :

De 9h à 18h en semaine et le samedi matin, toute personne en détresse peut être reçue immédiatement par l'accueillante et orientée, si nécessaire, vers un autre travailleur de la maison. Les médecins généralistes peuvent recevoir les urgences dans le cadre de la "consultation sans rendez-vous".

Les intervenants sociaux ont créé une permanence sociale, avec une grille horaire chaque jour, où toute demande sociale exprimée comme une urgence est reçue sans rendez-vous, le jour même.

Les psy sont disponibles dans leur temps de travail, entre leurs rendez-vous, pour recevoir les personnes en crise.

En dehors des heures d'ouverture, un service de garde est assuré par les médecins généralistes ; les psychiatres de la maison sont appelables.

*Plus particulièrement :*

- d'accompagner et de traiter des patients toxicomanes :

Le traitement de substitution ou le sevrage est assuré par les médecins généralistes.

L'accompagnement psychologique, social et juridique par les travailleurs de la Santé Mentale, du Planning Familial ou le Service Juridique.

Le nombre de prises en charge est fixé par l'ensemble des travailleurs.

Des réunions de coordination régulières assurent la cohérence du travail.

- de recevoir les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) :

Les patientes ou les couples en demande d'interruption de grossesse sont reçus très rapidement par l'équipe du Planning Familial.

### **C. LOCALISATION ET ACCES**

La Free Clinic est située au 154 A chaussée de Wavre à Ixelles, près de la Porte de Namur, au cœur de « Matonge ». Dans ce quartier se côtoient plusieurs nationalités : Belges, Africains subsahariens et du Maghreb, asiatiques, ressortissants de l'Europe de l'Est.

Nous sommes accessibles via :

Le métro : station Porte de Namur (ligne 2 et 6).

Les bus : 71, 54 (arrêt Porte de Namur) et 95, 38, 34, 80 (arrêt Idalie).

Gare SNCB : Bruxelles-Luxembourg.

### **D. CONTACTS ET HEURES D'OUVERTURE**

Téléphone : 02/512 13 14 Fax : 02/502 66 83

E mail : [info@freeclinic.be](mailto:info@freeclinic.be)

Site : [www.freeclinic.be](http://www.freeclinic.be)

### **E. PAIEMENT**

Les consultations médicales se paient à l'acte (22,67 € pour un médecin accrédité, 19,37 € pour un médecin non accrédité), le tiers-payant est le plus souvent appliqué (6 € pour les assurés ordinaires, 2 € pour les OMNIO). La couverture du CPAS (carte verte – réquisitoire) permet la gratuité de la consultation pour le patient.

Une consultation de kinésithérapie est de 20 € (avant remboursement mutuelle) et une consultation d'ostéopathie est de 30 € (avec un remboursement mutuelle variant de 10 € à 15 €, trois à cinq séances par an sont prises en charge par les mutuelles).

Le prix des consultations psychologiques varie de 0 à 50 € pour les psychologues et selon les tarifs conventionnés pour les médecins psychiatres.

Pour les consultations juridiques :

Le tarif varie de 15€ à 50€ en fonction des revenus nets mensuels.

Pour les consultations de médiation familiale :

Le tarif varie de 20€ à 50€ en fonction des revenus nets mensuels.

Les consultations sociales sont généralement gratuites, sauf l'ouverture d'un dossier en médiation de dettes (10 €).

Concernant les consultations pour les médiations de dettes judiciaires, les honoraires sont prévus par Arrêté Royal. Ils sont soit prélevés sur les revenus des personnes, soit payés par le « Fonds du traitement du surendettement ».

Comme indiqué plus haut, notre population est souvent en situation financière difficile, parfois sans couverture mutuelle et/ou en situation irrégulière ; les honoraires sont adaptés à cette réalité.

## **F. LES LIEUX**

Les travailleurs se partagent une grande maison à 4 niveaux :

- une grande salle d'attente commune à tous les services,
- 13 cabinets de consultations,
- 1 cuisine et 1 pièce commune pour les travailleurs,
- 4 locaux administratifs.

Nous sommes locataires ; le montant du loyer s'élève à 2 699 €.

## **G. LES MOYENS**

Le Centre fonctionne grâce aux subsides de la COCOF (cfr nos trois agréments), grâce aux honoraires des différentes consultations (INAMI et quote-part personnelle des clients) ainsi qu'aux différentes interventions extérieures (ACTIRIS /FONDS MARIBEL/REDUIRE ET COMPENSER/CPAS (art.60)).

## **H. ORGANISATION STATUTAIRE ET ADMINISTRATIVE**

La Free Clinic est une asbl qui dispose :

- **d'une Assemblée Générale**, se réunissant au minimum deux fois par an, composée de membres effectifs et adhérents.

Les membres effectifs :

- décident de la modification des statuts,
- approuvent chaque année les budgets et les comptes à la majorité des 2/3,
- décident à la majorité des 2/3 de la création d'un nouveau groupe, de la modification ou de l'extension des activités du groupe,
- établissent et modifient à la majorité des 2/3 le règlement d'ordre intérieur,
- décident de la dissolution de l'association au scrutin secret à la majorité des 2/3,
- nomment et révoquent un commissaire aux comptes et aux budgets.

- **d'un Conseil d'Administration**

Composé de six administrateurs dont quatre choisis parmi les membres effectifs de l'asbl : Vincent Decroly, Philippe Goossens, François Laporte, Malika Rekik ; deux membres extérieurs : Michael Poncelet et Philippe Laurent.

Ce Conseil est mandaté pour deux ans et se réunit généralement une fois par mois.

- ses membres veillent à l'établissement du bilan annuel de l'association,
- approuvent et procèdent aux engagements et licenciements du personnel,



- proposent à l'AG la désignation d'un commissaire aux comptes et aux budgets,
- dénouent les conflits au sein de l'association qui n'ont pu être résolus à un autre niveau,
- par décision de l'Assemblée Générale convoquent et organisent les AG,
- soumettent tous les ans à l'AG une évaluation de la réalisation des objectifs à court terme et à long terme et présentent un bilan de ses actions.

- **d'un Comité de Coordination**

Ce Comité composé de deux travailleurs est responsable de la gestion journalière de l'association et de la mise en œuvre concrète des objectifs et de la politique définie pour l'association.

Il agit au quotidien dans l'intérêt général de l'association, de l'harmonie des services entre eux et le souci d'une organisation privilégiant la transversalité. Le Comité de Coordination peut déléguer une partie de ses missions. En cas de conflit, il peut mandater un médiateur.

- **de Responsables de service**

Les services sont composés de travailleurs qui exercent une même activité principale. Il y a sept services : Service Planning, Service Médical, Service Juridico-Social et de Médiation de dettes, Service Kiné et Ostéopathe, Service Psychologique, Service Accueil, Service Administratif.

Chaque service propose un responsable qui est élu par l'Assemblée Générale. Ces travailleurs élus sont responsables de l'organisation et du bon fonctionnement de leur service.

Le responsable favorise la discussion au sein du service et veille à ce qu'un consensus puisse se dégager sur toute décision à prendre. Ce faisant, il garantit une véritable autogestion.

<b>Fonctions</b>	<b>Nom/Prénom</b>	<b>Temps Presté</b>	<b>Entrée Sortie</b>	<b>Statut</b>	<b>Date de naissance</b>
<i>Secrétaires/Accueillantes</i>	COETSIER Marie-Noëlle	23h 10h	2007	Salariée Inami 4h Salariée MM 19h Fonds propres	27.01.1982
	NASELLO Graziella	38h	1989	Salariée M.M. 6h30 Salariée P.F. 12h30 Maribel 19h	15.05.1964
	SCHMITZ Anne	38h	2001	Salariée ACS	03.12.1956
	DOZIN Michèle	29h	1994	Salariée P.F. 19h Salariée S.S.M. 2h Salariée M.M. 8h	07.02.1960
	MASSANGU Nadine	38h	2010	Art. 60	30.07.1974
<i>Secrétaire/Assistante Sociale</i>	PARMENTIER Michèle	38h	1978	Salariée S.S.M.	15.08.1952
<i>Comptable</i>	BOLAND Isabelle	26h	2007 2010	Salariée P.F. 19h Inami 3h Fonds propres 4h	24.01.1964
	DELWARDE Justin	32h	2010	Salarié P.F. 19h Inami 3h Fonds propres 10h	27.08.1980

<i>Gestionnaire administrative</i>	JOSSART Martine	19h	2003	Réduire & Compenser	26.12.1956
<i>Assistantes sociales/ Accueillantes</i>	HALCONRUY Valérie	19h	2008	Salariée P.F. 14h	11.09.1983
		19h	2010	Salariée M.M. 4,5h Salariée Fonds propres 0,5h ACS du 03.03 au 31.08 Fonds propres à partir du 1.09	
	JOSSART Martine	19h	2008	Salariée P.F.	26.12.1956
<i>Assistantes sociales/ Médiatrices de dettes</i>	VERHAEGEN Béatrice	38h	1974	Salariée S.S.M.	09.12.1949
	VANDE CASTEELE Corinne	38h	1999	Salariée ACS	22.06.1966
<i>Conseillères conjugales</i>	DE VILLE Isabelle	30h30	1977	Salariée P.F.	13.07.1952
	SCHOONBROODT Simone	19h	2006	Réduire & Compenser 10h INAMI 9H	04.09.1960
<i>Psychologues</i>	LASSOIE Françoise	38h	1972 2010	Salariée S.S.M.	07.04.1945
	HAMAIDE Anne-Catherine	38h	2010	Salariée S.S.M.	25.06.1975
	BOURGEOIS Agnès	19h	1980	Salariée S.S.M.	14.10.1948
	DEREAU Pascal	19h	1995	Indépendant	23.06.1968
	INØT ZANDT Katinka	32h	1991	Salariée P. F.32h+ INAMI 6h	22.04.1962

<i>Psychologues/ Accueillant(e)s</i>	VANDENBOSCH Vanessa	28h30	2000	Salariée P .F.+ INAMI	05.03.1972
	LOOS Florent	24h30	2008	Salarié P. F. 6h+ INAMI 18H50	03.10.1981
	LAMPECCO Elia	16h	2010	Inami 8h Fonds propres 8H	04.03.1985
<i>Psychiatres</i>	LE CLEF Yves	19h	1982	Salarié S.S.M.	13.07.1946
	DEBAUCHE Monique	19h	1996	Salariée S.S.M.	08.08.1964
	GOOSSENS Philippe	9h	1981	Indépendant	17.11.1951
	LAMBRECHTS Yves	28h	2002	Indépendant	10.10.1952
	VAN LAREBEKE Nick	11h	1977	Indépendant	21.08.1947
<i>Médecins généralistes</i>	EVALDRE Christophe	20h	1980	Indépendant	10.09.1957
	ABDUL LATIF Maytham	25h	2006	Indépendant	21.12.1978
	LAPORTE François	28h	2003	Indépendant	13.05.1973
	UNG Kim Da	16h	1999	Indépendant	12.04.1969
	MERNIER Muriel	16h	1999	Indépendante	06.09.1972
	RUNGEN CHELLUM Nelly	20h	2010	Indépendante	27.02.1980
	TENREIRA Suzanne	20h	2010	Indépendante	31.05.1978

<i>Gynécologues</i>	BUKERA Aline	7h	1998	Indépendante	13.01.1967
	GRANDJEAN Frédéric	3h	2005	Indépendant	22.01.1975
<i>Ostéopathes</i>	DEPROOTE John	11h	2007 2010	Indépendant	11.07.1959
	CARBONNELLE Fanny	11h	2010	Indépendante	07.07.1984
<i>Kinésithérapeutes</i>	WARDAVOIR Helyett	15h	1986	Indépendante	21.05.1961
	CHABLE Fabienne	2h30	2004	Indépendante	03.12.1954
<i>Juristes</i>	DECROLY Vincent	30h	2008	Salarié P.F. 11h et S.S.M. 19h	12.03.1963
<i>Avocate/Médiatrice Familiale</i>	REKIK Malika	4h30	2001	Indépendante	13.12.1973
<i>Avocats</i>	LEYTENS Elizabeth	2h30	2006	Indépendante	22.01.1974
	DEMOULIN Sophie	2h30	2009 2010	Indépendante	21.03.1973
	GOETHAELS Jean-Guillaume	2h30	2008	Indépendant	22.10.1973
	MAMVIBIDILA Martine	2h30	2008	Indépendante	13.07.1975
	REKIK Malika	2h	2001	Indépendante	13.12.1973
<i>Personnel d'entretien</i>	SORGHO Elisabeth	38h	2000	Salariée A.C.S.	06.10.1963
	ER Atiye	15h	2008	Réduire et Compenser	01.01.1965