



Mouvement des maisons médicales :



# La charte des Maisons médicales



Fédération des  
maisons médicales



**Date de création 2006**  
**Edition 2013**

**Editeur responsable:**  
**Isabelle Heymans**  
**25, bld. du Midi 1000**  
**Bruxelles Belgique**

# Sommaire

1	Contexte	Page 05
2	Nos valeurs	Page 11
3	Nos objectifs	Page 13
4	Nos moyens	Page 15
5	Lexique	Page 19



# 1 Contexte

5

## L'histoire des maisons médicales

---

Dans les années 70, un important mouvement social, politique et culturel a traversé l'ensemble de la société belge, mais aussi d'autres pays dans le monde. Ce mouvement, d'emblée contestataire, apportait une critique au fonctionnement de l'ensemble des institutions qui sont à la base de l'organisation de la société : une justice pour les riches, des soins de santé à deux vitesses, des entreprises gérées par des patrons peu soucieux du bien-être de leurs ouvriers... Il dénonçait une mauvaise distribution des richesses produites, l'alliance des pouvoirs politiques et économiques, une démocratie plus formelle que réelle. Tout cela produisait une société inégalitaire et inéquitable dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la culture, du logement, de la justice... société dans laquelle les riches devenaient plus riches et les pauvres plus pauvres.

En Belgique et en Europe, ce mouvement a vu la création des maisons médicales, des centres de planning familial, des centres de santé mentale, des boutiques de droit, de gestion, des écoles alternatives, des associations de consommateurs...

C'est aussi l'époque de la déclaration d'Alma Ata, de la charte d'Ottawa. Dans les pays du Tiers-Monde, des mouvements révolutionnaires ont vu le jour. Tous ces projets voulaient changer, dans leur domaine, la situation existante et prouver qu'un autre mode d'organisation était possible. Fondés sur les principes d'égalité, d'équité, de solidarité, de démocratie, de participation, d'autonomie, de justice, de respect des différences, ces projets ont essayé d'appliquer ces valeurs à leur fonctionnement interne et dans leurs relations avec les usagers. Fin des années 70, la « crise économique » est venue aggraver la situation de départ : chômage croissant, précarité en hausse, immigration de plus en plus importante. Fin '79, une grève des médecins, organisée par les Chambres syndicales, le syndicat médical majoritaire de l'époque, à l'idéologie très libérale, fut contrée par les syndicats des travailleurs et les mutuelles, avec la participation active de médecins dits « progressistes », travaillant notamment en maisons médicales, qui permirent d'assurer la continuité de l'offre de soins. Cela donna l'occasion aux maisons médicales de se connaître entre elles et de se faire connaître des pouvoirs politiques, syndicaux et mutuellistes. Un an plus tard, en 1980, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones voyait le jour.

Dès le départ, dans ses principes fondateurs, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones avait mis en avant un projet d'organisation des soins de santé basé sur des soins de première ligne, globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale. La crise économique des années 70 a amené le pouvoir politique à donner une certaine visibilité à ces pratiques, et à faire de timides efforts de reconnaissance et de subsidiation, sans pour autant adhérer aux principes dont ces groupes étaient porteurs et encore moins vouloir favoriser plus largement leur application. Ces aides ont permis une amélioration de certains aspects de la pratique en maison médicale (prévention, infrastructure...). Par ailleurs, la réflexion sur un mode de financement alternatif au paiement à l'acte a pu avancer, et ce que nous appelons le forfait (à la capitation) a pu être négocié avec les acteurs du monde politique. L'idée de base était de permettre un financement plus cohérent par rapport à un modèle de soins globaux, continus, intégrés. Cela a permis d'autre part

d'augmenter l'accessibilité financière et de renforcer la solidarité entre bien portants et malades. C'est en 1984 que la première maison médicale a mis en pratique ce système de financement forfaitaire.

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

## En Belgique en 2005

---

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

7

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

modèle néolibéral est en place à l'heure actuelle presque partout au niveau planétaire. Les conséquences à l'échelle mondiale sont visibles partout :

- ▶ inégalité croissante dans la distribution des richesses avec un transfert de richesses des populations pauvres vers les populations riches ;
- ▶ diminution de l'accessibilité à l'enseignement, aux soins de santé, au logement, mais aussi à l'eau, la nourriture, le travail, à des degrés divers dépendant de la zone du monde où l'on se trouve. En Belgique, nous subissons des politiques qui vont dans le même sens et qui produisent des délocalisations d'entreprises et des licenciements massifs, pour des motifs purement économiques. Nous sommes confrontés à une augmentation du travail précaire (intérim, augmentation des cadences, insécurité d'emploi, surqualification) et une diminution du travail non qualifié. Les pouvoirs politiques sont par ailleurs de plus en plus soumis aux dictats des organismes non élus comme l'Organisation mondiale du commerce, dont les normes fixent les moyens d'action des gouvernements, en dehors de tout contrôle démocratique.

8

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

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



tion vers une reconnaissance du rôle de la première ligne, de la pluridisciplinarité, sont des points positifs du moment présent. On doit aussi citer l'accroissement du financement des soins palliatifs, l'existence de décrets reconnaissant les associations de soins intégrés (ASI), la revalorisation de la médecine générale, le développement des médicaments génériques, la reconnaissance et la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, l'accès accru aux services de santé mentale... Mais en même temps, il n'y a aucune politique de santé qui appréhende de manière globale les problèmes de santé de la population, et on assiste à un investissement toujours plus important dans les deuxième et troisième échelons privilégiant le curatif par rapport au préventif, sans compter avec des dépenses pharmaceutiques en constante augmentation et sans évaluation.

Dans ce contexte, qui n'est pas exclusivement belge, la défense de la pérennité de la sécurité sociale, avec renforcement de la solidarité, nous semble être une priorité. Les maisons médicales et tous ceux qui croyaient dans la possibilité d'une société plus solidaire ont rêvé que les pouvoirs politiques en place allaient tenir compte du bien fondé de ce que nous avons essayé et proposé tout au long de ces trente années d'existence. Force est de constater que l'action locale dans chaque secteur n'a pas empêché l'évolution vers la situation actuelle, même si nous restons un pays privilégié y compris au niveau européen. Une deuxième priorité est l'instauration d'une vraie démocratie qui laisse la possibilité et donne les moyens aux citoyens de participer aux grandes décisions qui concernent la vie en société. Pour cela, il faudra travailler non seulement au niveau local, mais aussi à un niveau plus global, en partenariat avec d'autres secteurs de la vie sociale qui, comme nous, font aujourd'hui le même constat et partagent les mêmes valeurs.



## 2 Nos valeurs

11

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

- ▶ **la solidarité** : elle sous-entend à la fois une conscience de vivre en société, où chaque individu est un maillon d'une longue chaîne, et la notion d'aide mutuelle que nous voulons le plus possible équitable. La solidarité ne doit pas se limiter à nos quartiers, à notre pays, elle doit s'ouvrir au-delà de nos frontières et de notre hémisphère, par un meilleur partage des ressources et des connaissances, et par la mise en place d'initiatives citoyennes tournées vers les pays moins favorisés. Dans nos maisons médicales, la solidarité doit se jouer à tous les niveaux, entre les usagers, entre les professionnels, entre les usagers et les professionnels, entre maisons médicales et avec d'autres associations partenaires. Une vraie solidarité, comme celle qui est à la base de notre système de sécurité sociale, joue un rôle essentiel dans l'accessibilité, dans le domaine des soins de santé en général et dans nos maisons médicales en particulier.

- ▶ **la justice sociale, basée sur un principe d'équité** : que chacun reçoive selon ses besoins - besoins définis socialement : avoir un logement et des moyens de subsistance décents ainsi qu'avoir accès à l'éducation, au travail, aux soins de santé et à la justice - et contribue selon ses capacités, en jouant un rôle le plus valeurs valorisant possible et en complémentarité du rôle des autres. Tout autant que la solidarité, la justice sociale favorise l'accessibilité aux soins.
- ▶ **la citoyenneté** : elle consiste en l'exercice d'un droit à la décision dans tous les domaines de la vie sociale, exercice qui par ailleurs est bien plus facile dans une société où règne la démocratie. Ce droit est cependant indissociable du devoir de s'informer de se former, à la prise de décision et d'assumer sa responsabilité citoyenne. Dans le domaine des soins de santé, la citoyenneté consiste à participer au diagnostic des problèmes de santé de la communauté, à l'élaboration des solutions et aux choix des priorités, à la prise des décisions et à leur mise en œuvre.
- ▶ **le respect de l'altérité** : cela concerne le respect de toutes les différences, vis-à-vis desquelles nous restons ouverts au dialogue et à l'enrichissement mutuel, sans jugement de valeur ni préjugé. Nous prônons la construction d'une société qui reconnaît et intègre les différences.
- ▶ **l'autonomie** : comprise comme la possibilité de chaque être humain de décider de son histoire et de son devenir, dans sa situation d'être social, c'est-à-dire limité et enrichi par l'existence des autres, desquels il se doit aussi de respecter l'autonomie. Elle est la condition du développement et de l'épanouissement de chaque personne en relation avec les autres. Elle est garante de son statut de sujet et de citoyen dans une société démocratique.

## 3 Nos objectifs

13

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

- ▶ Répondre aux besoins par l'offre de soins de santé primaires de qualité, qui soient accessibles, continus, globaux et intégrés :
  - ▶ des soins de qualité qui tiennent compte des acquis de la science, tout en gardant un souci d'efficacité ;
  - ▶ des soins accessibles sur le plan géographique, financier, temporel, culturel, ...;
  - ▶ des soins continus dispensés par une équipe de thérapeutes qui travaillent dans une logique de suivi à long terme ;
  - ▶ des soins globaux qui tiennent compte de tous les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux ;
  - ▶ des soins intégrés qui englobent l'aspect curatif, préventif, palliatif et la promotion de la santé.
  
- ▶ Promouvoir l'autonomie des personnes qui font appel à nos services et renforcer leur capacité décisionnelle.
  
- ▶ Favoriser l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes qui président à l'organisation des systèmes de santé et des politiques sociales. Parti-

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

- ▶ Participer, avec d'autres acteurs de la vie sociale, à un processus d'évaluation des besoins de la communauté, à la recherche des solutions et à leur application pratique, tant en matière de santé que dans d'autres domaines qui influencent le bien-être des individus.
- ▶ Promouvoir la participation citoyenne au renforcement et à la défense du système de protection sociale, ainsi que les droits des usagers.
- ▶ Promouvoir la convivialité entre les travailleurs de nos équipes, avec nos partenaires, et avec les usagers de nos services.
- ▶ Assurer des conditions de travail optimal et une organisation démocratique au sein de l'équipe pour permettre un travail de qualité, valorisant et axé sur la durée, et favoriser la meilleure qualité de vie possible aux soignants.

## 4 Nos moyens

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

15

- ▶ un travail en équipe pluridisciplinaire qui intègre notamment les dimensions psychosociales ;
- ▶ l'utilisation du Dossier médical global, pluridisciplinaire et commun ;
- ▶ l'organisation de réunions de discussion de cas, dans une perspective transdisciplinaire ;
- ▶ un accueil de qualité, le plus large possible tout au long de la journée ;
- ▶ l'organisation d'une permanence du service curatif 24h/24, éventuellement en collaboration avec d'autres prestataires de soins de l'entité ;
- ▶ un engagement dans des processus de formation continue dans les domaines curatif, préventif et de la promotion de la santé ;
- ▶ une utilisation pondérée et réfléchie des examens paracliniques et des médicaments, tenant compte notamment des acquis de la médecine basée sur les preuves (EBM= Evidence Based Medecine) ;
- ▶ la recherche de qualité dans la relation soignant/patient, entre autre par la promotion d'une médecine qui donne du temps pour l'écoute ;

- ▶ la mise en place d'un système de financement qui maximalise l'accessibilité financière pour les patients ;
  - ▶ un souci d'information des travailleurs sur les différentes cultures pour mieux les respecter et mieux les intégrer dans nos pratiques ;
  - ▶ une démarche volontariste d'éducation permanente qui valorise le savoir et les compétences populaires et les articule avec ceux des professionnels ;
  - ▶ un souci permanent d'information des usagers de nos structures dans les différentes matières en lien avec leur santé ;
  - ▶ la participation aux structures de type observatoire de la santé ;
- 16
- ▶ la mise en place de la représentation de la Fédération des maisons médicales dans des structures qui décident du financement des soins de santé tant au niveau curatif, préventif et de promotion et éducation pour la santé ;
  - ▶ l'interpellation des pouvoirs publics au sujet de problématiques influençant l'état de santé des populations qui font appel à nos services ;
  - ▶ une démarche volontariste de partenariat avec d'autres représentants de la population (syndicats et mutuelles) pour la mise en valeur de notre expérience de terrain ;
  - ▶ une volonté d'ancrage au sein du quartier, via la participation à certaines activités issues du tissu associatif et impliquant d'une façon ou d'une autre la santé des habitants ;
  - ▶ l'implication des travailleurs dans les actions de santé communautaire ;
  - ▶ la participation à des dynamiques locales de recherche-action en soins de santé primaires, le cas échéant en partenariat avec d'autres associations du réseau ;
  - ▶ un soutien au développement de groupes de patients et d'associations d'usagers ;



- ▶ l'organisation et/ou la participation aux débats sur le système de sécurité sociale, avec les organisations des patients au niveau local ;
- ▶ l'information des patients sur les lois qui concernent leurs relations avec les différents organismes et institutions des soins de façon individuelle ou collective ;
- ▶ l'organisation d'activités totalement ou partiellement récréatives où le contact entre travailleurs permet une meilleure connaissance et compréhension de chacun ;
- ▶ l'organisation de rencontres, fêtes, activités culturelles, débats, avec les patients et les travailleurs d'autres institutions du réseau au niveau local ;
- ▶ la participation des travailleurs aux activités organisées par le réseau, ou par les organisations de patients en dehors des activités de travail ;
- ▶ une organisation du temps et des espaces de travail qui permette les rencontres informelles entre travailleurs ;
- ▶ un fonctionnement d'équipe basé sur l'autogestion ;
- ▶ la mise en place de relations de travail non hiérarchiques au sein de nos équipes ;
- ▶ une organisation de l'équipe autour d'un organigramme explicite.



## 5 Lexique

19

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

**Charte d'Ottawa<sup>1</sup> (1986)** : première conférence internationale pour la promotion de la santé qui a émis la Charte pour l'action visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions.

**Déclaration d'Alma Ata<sup>2</sup> (1979)** : proposée par l'Organisation mondiale de la santé et adoptée par de nombreux états, elle soulignait l'importance d'une approche globale de la santé et réaffirmait le droit à la santé pour tous. Elle en faisait un objectif social fondamental et soulignait l'importance des soins de santé primaires : « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement accep-

---

1 [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french)  
2 [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french)

tables, rendus universellement accessibles à tous les individus et toutes les collectivités de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent supporter. Ils font partie intégrante du système de santé dont ils sont la cheville ouvrière ainsi que du développement économique et social de la communauté ».

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

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

20

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

- ▶ les citoyens doivent contribuer (au financement du système de santé) en fonction progressive de leurs revenus globaux. Les citoyens fortunés doivent donc contribuer plus.
- ▶ les citoyens doivent pouvoir bénéficier des soins en fonction (et seulement en fonction) de leur état de santé. Les malades graves doivent pouvoir<sup>3</sup> bénéficier de beaucoup de soins, de soins lourds et coûteux quels que soient leurs moyens financiers.

**Forfait à la capitation** : système de payement dont le calcul est basé sur la moyenne annuelle des remboursements par les mutuelles des soins de médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers (MKI), et ce dans les différentes catégories de bénéficiaires ordinaires et de bénéficiaires VIPO.

**Libéralisme** : conception philosophique qui souligne la capacité personnelle de chaque acteur (individu ou entreprise) à prendre des décisions rationnelles en fonction de ses propres intérêts et affirme l'égalité théorique existant entre les individus. Lorsque des intérêts s'opposent, les acteurs négocient et font des conces-

sions pour aboutir à l'intérêt général. Le libéralisme se traduit en politique par la promotion des libertés individuelles et une conception du rôle de l'Etat comme arbitre, appelé à intervenir le moins possible. En économie, le libéralisme débouche sur une large confiance accordée au marché animé par les acteurs privés et sur une abstention des pouvoirs publics. Le libéralisme repose sur un principe d'égalité théorique, mais ne voit pas d'inconvénient à ce que celle-ci coexiste avec une inégalité factuelle, dans la répartition des richesses par exemple.

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

21

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

**Non hiérarchie** : par opposition à la notion de hiérarchie qui signifie « classement selon l'ordre d'importance », la notion de non hiérarchie signifie que nous considérons que les travailleurs engagés dans nos équipes ont des droits et des devoirs égaux en ce

qui concerne l'information et la prise des décisions administratives et de gestion du projet de l'équipe, aussi bien que leur capacité d'exercer des fonctions de représentation ou de délégation de pouvoir. Par extension, cette notion s'applique aussi dans le champ des soins, où la priorité est donnée à la concertation entre les membres de l'équipe de soignants plutôt qu'à la prééminence d'un savoir (lié à un diplôme) au détriment d'autres savoirs.

**Organisation mondiale du commerce (OMC)**<sup>4</sup> : organisation internationale chargée de favoriser la liberté des échanges commerciaux, compris au sens large : tarifs, télécommunication, services financiers... Créée en avril 1994 sur les cendres du GATT (General Agreement on Trade and Tariffs), lors de la conférence de Marrakech, elle a été officiellement mise en œuvre en janvier 1995. L'OMC a pour perspective la suppression des barrières douanières dans les domaines où il en existe encore. Ces barrières peuvent être de différents ordres. D'inspiration libérale, l'OMC s'inspire des thèses classiques sur la primauté du marché (l'offre et la demande) et sur l'idée que si chacun (chaque pays) poursuit son intérêt individuel, l'intérêt général sera rencontré. Les membres de l'OMC sont les Etats.

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





## Disponible sur demande :

- ▶ Charte des maisons médicales
- ▶ Qu'est-ce que la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones ?
- ▶ Mémoire : politique de santé
- ▶ Statistiques des maisons médicales



Fédération des  
maisons médicales

25, boulevard du midi  
1000 Bruxelles  
+32 (0)2 514 40 14  
fmm@fmm.be  
[www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)