

n°17 - Juin 2004

Assises de l'Ambulatoire Social-Santé bruxellois : le cahier des charges 2004

Exposé des motifs

I. EMERGENCE DU PROCESSUS DES ASSISES ET DU CAHIER DE CHARGES SOCIAL-SANTE 2004

Les Assises « social-santé » sont un processus réflexif porté par les Associations et Fédérations des secteurs social-santé Cocof, les membres du Collège compétents impliqués et l'administration. La cellule de coordination occupe le rôle d'interface entre ces différents partenaires.

Les centres d'action sociale globale, les centres de planning familial, les services d'aide à domicile, l'association des ergothérapeutes, les coordinations de soins et de services à domicile, les services de soins palliatifs et continués, les services de santé mentale et les initiatives d'habitations protégées, les services actifs en toxicomanie, les maisons médicales, les services d'accueil téléphonique, les médecins généralistes participent au maintien des citoyens dans leur milieu de vie en s'appuyant d'abord sur leurs ressources propres. Ils favorisent la prise en compte de l'utilisateur considéré dans sa globalité et dans ses liens sociaux (existant ou à favoriser). Cette détermination s'inscrit dans une logique de travail ambulatoire.

**Conseil bruxellois de coordination
sociopolitique asbl**
cbcs@misc.irisnet.be
Fax : 02.245.23.02

Muriel Maldague
Tel.: 02.644.04.81
mmaldague.cbcs@misc.irisnet.be

Alain Willaert
Tel.: 02.511.89.59
awillaert.cbcs@misc.irisnet.be

**Revue Bruxelles Informations
Sociales :**
<http://www.arsc.be>

Nous rappelons que les dispositifs sociaux et de soins ambulatoires ont pour finalité d'accueillir des personnes en désarroi pour maintenir ou restaurer leur qualité de vie et les accompagner, au cas par cas, dans une résolution de leurs difficultés. Favoriser l'autonomie des personnes en s'appuyant sur leur ressources propres, celles de leur entourage et de leur environnement est au centre des préoccupations des professionnels. Pour atteindre cet objectif, les moyens nécessaires sont entre autres : l'accueil, le travail en réseau, les projets communautaires, la prévention...

Trois thèmes, sélectionnés de commun accord par les partenaires des Assises, ont été retenus cette année : l'évaluation, l'accueil et la transversalité.

Le processus des Assises, ponctué par l'événement des 5 et 6 novembre 2003, a été l'occasion de se rencontrer autour de ces trois thèmes, d'échanger nos expériences, de les confronter à l'évolution de la demande socio-sanitaire et d'approfondir un certain nombre de concepts, de définitions et de réflexions.

Des synergies à deux niveaux peuvent être développées à partir du processus en cours. D'une part, le rapprochement entre nos structures de coordination (fédérations) nous poussent à chercher le moyen susceptible de garantir une représentation plus efficace et plus cohérente de nos secteurs dans les lieux de consultation et de concertation. D'autre part, des projets de partenariats et de travail en réseau, entre associations de secteurs distincts, peuvent trouver à se concrétiser davantage à partir du travail réalisé par le processus des Assises.

Le processus des Assises a initié une démarche originale par la mise en place d'un dispositif de concertation entre les professionnels et les pouvoirs publics de la Commission communautaire française. Il diffère des procédures de consultations par l'élaboration commune d'outils qui visent à concrétiser des dispositifs socio-sanitaires au plus près de la demande sociale. Le cahier de charges intersectoriel social-santé bruxellois 2004 présente les recommandations et les réflexions soutenues par les partenaires impliqués. Il ne doit donc pas être lu comme un mémorandum de revendications mais bien comme le témoignage de la mobilisation des secteurs au terme de deux années de réflexions et de travail en commun. Il s'adresse aux responsables politiques appelés à former les prochaines majorités bruxelloises. Il les appelle d'une part, à poursuivre le processus de concertation entamé et, d'autre part, à s'appuyer sur les principes et recommandations ci-après pour assurer le développement futur d'une offre de services qui soit parfaitement en phase avec les attentes de la population.

II. APERÇU D'ENJEUX INTERSECTORIELS AU CŒUR DU PROCESSUS DES ASSISES 2002-2004

L'importance de préserver, pour chaque association et pour chaque secteur, les spécificités de sa pratique¹ traverse l'ensemble des thématiques abordées. Nous considérons que la diversité des

formes de prises en charge concorde avec la volonté de répondre à une pluralité d'usagers dans un contexte de complexification et de diversification des réalités sociales². Elle permet ainsi le développement d'une expertise propre à chaque secteur. L'expérience démontre que l'homogénéisation et la rigidification peuvent aboutir à un appauvrissement de l'autonomie des citoyens. Cependant, si l'un des enjeux est de reconnaître les modes d'organisations singuliers des services et des secteurs, il n'en n'est pas moins fondamental de les référer à des missions générales établies de façon concertée. Nous estimons que la singularité, pour garder son caractère légitime, doit renvoyer à des préoccupations et des règles collectives qui garantissent la souplesse et la capacité d'adaptation des associations.

Par ailleurs, nous mettons en évidence la nécessité de clarifier les moyens dont nous disposons en personnel, en fonctionnement et en infrastructure et de défendre un positionnement commun. Nous estimons que le financement actuel de certaines associations,

coordinations³, fédérations et plus largement, celui de la Région de Bruxelles Capitale est insuffisant.

Nous constatons que les disparités structurelles entre les secteurs et le manque de moyens sont préjudiciables, in fine, aux citoyens et renforcent l'inaccessibilité des services publics et de proximité à ceux qui devraient prioritairement en bénéficier.

Incontestablement, la place de l'utilisateur est reconnue par les intervenants. Trois dimensions non-exhaustives nous interpellent : l'intérêt pour l'utilisateur dans son individualité, sa complexité, sa globalité et ses liens sociaux qui est la toile de fond de notre travail ; la participation et la représentation de l'utilisateur dans les lieux de débats, de consultation et concertation avec les pouvoirs publics ; sa place au sein même des associations. A l'heure actuelle la formalisation de cette place est en questionnement et sera l'un des enjeux des prochaines Assises.

¹ mises en place en fonction de la localisation du service, la population, l'évolution des demandes, les moyens existants, les références, l'histoire, etc.

² comme évoqué précédemment, nous rappelons que la diversité des réponses socio-sanitaire, bien qu'essentielle, est insuffisante à elle seule. Des exemples tels que les rapports sur la pauvreté, l'accès aux soins des sans-papiers, la problématique du logement, de l'accès à l'emploi et à la formation nous en parlent par eux-mêmes.

³ A titre d'exemple, le récent financement des cercles de médecins généralistes à Bruxelles est actuellement dévoré par l'organisation d'une garde de médecine générale. Le manque de moyens pour formaliser les collaborations, représentations et coordinations est prégnant alors que chacun s'accorde à reconnaître la place essentielle des médecins généralistes dans tout processus collectif soucieux de l'accompagnement socio-sanitaire des citoyens.

III. ENJEUX POLITIQUES

Les services ambulatoires et de première ligne correspondent aux réalités sociales et économiques particulières de Bruxelles. Une grande concentration de population, qui présentent les traits communs des grandes agglomérations ; des disparités sociales et économiques importantes, une population sans emploi ou précarisée concentrée dans certains quartiers, des tranches de population sans accès aux soins (illégaux, MENA,...) ou sans médecin généraliste en comparaison au reste du pays sont autant de raisons qui expliquent et justifient l'existence d'un secteur ambulatoire plus riche à Bruxelles qu'ailleurs.

Les vellétés de marchandisation du Social et de la Santé à la source de nouveaux types de contrôles et les incertitudes quant au futur de notre système de sécurité sociale sont des facteurs, parmi d'autres, qui exigent, selon nous, de penser les enjeux de ce processus des Assises bien au-delà d'une meilleure visibilité de l'offre et d'une meilleure collaboration intersectorielle .

Nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que nos pratiques sont régulièrement fragilisées par le manque de cohérence dans la répartition des compétences et par le défaut de coordination entre les différents niveaux de pouvoirs. Les effets se manifestent invariablement au détriment des usagers que nous accompagnons et de ceux qui ne peuvent l'être, faute d'une accessibilité optimale.

Les facteurs sociaux, économiques, politiques, environnementaux, culturels, pour ne citer que ceux-là, déterminent et modifient, parfois en profondeur, les conditions de vie des individus et leur état de santé.

Ces facteurs peuvent agir sur les personnes au point de les fragiliser, de les repousser aux marges du lien social et de les maintenir durablement dans des états de souffrance incompatibles avec les conditions minimales d'épanouissement personnel et de participation à la vie citoyenne.

Pareille situation demande à être mise en évidence et adressée à qui de droit par les partenaires des Assises. C'est sur ces terrains socio-sanitaires que l'expression des désarrois de vie et décrochages sociaux se dépose. Il serait illusoire de croire que l'expertise des intervenants sociaux et de la santé est suffisante pour résoudre ces difficultés, en attendant d'eux qu'ils agissent toujours davantage en amont et/ou en aval des problèmes.

Dès lors, l'ensemble des partenaires des Assises interpelle les pouvoirs publics sur ces enjeux qui relèvent de leurs compétences et qui dépassent les seuls champs de la santé et du social bruxellois. A cet égard, nous vous invitons à prendre connaissance du complément, joint⁴ au présent cahier de charges, qui en présente certains constats et impacts sur nos pratiques.

⁴ Cf. page 10

Recommandations intersectorielles

I. L'ACCUEIL

L'accueil est une mission incontournable, elle implique l'accessibilité optimale des services aux citoyens.

L'augmentation et la complexification des réalités socio-sanitaires renforce la nécessité d'accueillir toute demande sans qu'elle soit préalablement articulée à l'offre.

L'accueil traverse la pratique de toute une institution et rend compte d'une culture d'ouverture qui permet de recevoir tout un chacun dans son mode d'être. Il nécessite une capacité d'écoute, de rencontre et de créativité.

Pour réaliser cette mission, chaque service doit avoir la garantie de pouvoir en assurer une modélisation propre et adaptée aux nécessités de son public.

1. Nous recommandons l'obtention de moyens suffisants et l'extension de cadre agréé pour améliorer l'efficacité et la qualité de l'accueil (locaux, disponibilité, temps, personnel, mobilité...). Les modalités d'organisation choisies doivent répondre à un double souci : assurer une capacité d'accueil minimal tout en veillant à garantir les modalités d'accueil spécifique à chaque secteur et/ou services (en fonction des usagers d'une part, de leur pratique, de leur situation locale et de tout autre facteur concerné d'autre part.

2. Nous recommandons de porter une attention particulière à la pratique d'accueil collectif. Une dynamique collective (échanges de savoirs entre les usagers, rencontres informelles, activités culturelles...) peut, en favorisant la reconstruction d'un lien social, induire une série d'effets sur les conditions de l'accompagnement individuel en contribuant à réduire la sentiment de solitude et la stigmatisation qui l'accompagne.

II. LA TRANSVERSALITE

A Recommandations concernant le travail en réseau

Nous estimons que le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse utile à un problème précis qu'il soit individuel ou collectif. Nous affirmons l'importance de promouvoir des réseaux souples et fonctionnels qui puissent évoluer parce que les demandes elles mêmes changent et se transforment.

Le réseau est constitué par des professionnels (y compris intra-muros) mais également par toutes les personnes qui constituent un repère dans la vie de l'utilisateur . Il peut nécessiter la formalisation d'outils ponctuels de collaboration.

- A1. Les réseaux ne peuvent être contraignant pour les personnes et les institutions. Nous recommandons que les moyens

qui y sont affectés respectent ce pré-requis.

A2. Nous recommandons la mise en place de réseaux centrés sur des projets à dimension locale et/ou territoriale.

A3. Nous recommandons la mise en place de comités de vigilance en ce qui concerne le secret professionnel et les informations à partager.

B Recommandations concernant les rapports entre les différents acteurs et niveaux impliqués.

B1 Nous recommandons l'obtention du temps et des moyens nécessaires au maintien et à la mise en œuvre d'outils de coopération. Pour mener des logiques de transversalité cohérentes, il faut des organismes de coordination (fédérations sectorielles,...) reconnus et financés par les pouvoirs publics. Les organismes existants nous semblent prioritaires à consolider avant quelque mise en place de nouvelles structures.

B2 Nous recommandons la mise sur pied d'une coordination des Fédérations social-santé comme outil indispensable pour garantir la poursuite de l'objectif

suivant : défendre l'originalité d'un modèle bruxellois construit notamment sur un tissu associatif riche et varié. Il est indispensable de clarifier, en interne et vis-à-vis de l'extérieur, les objectifs spécifiques et communs aux différents secteurs. Cela permettrait de pouvoir davantage se positionner dans les lieux de concertation ou de négociation avec le pouvoir fédéral ou d'autres niveaux de pouvoir. Nous estimons que les acteurs doivent oser repenser les secteurs, leur sens, leurs frontières, leurs transversalités.

B3 Nous recommandons la prise en compte de l'expertise des secteurs social et de la santé en tant que lieux d'observation privilégiés des réalités bruxelloises. Afin de reconnaître cette compétence, nous recommandons que les représentants de ces secteurs soient des partenaires incontournables des responsables politiques dans la définition des orientations futures données à ces matières.

B4 Nous recommandons une concertation permanente entre tous les acteurs institutionnels bruxellois, c'est-à-dire ceux présents aux Assises, mais

aussi un élargissement progressif aux autres secteurs concernés par une politique social-santé au sens large tels que le logement, les hôpitaux, l'emploi et la formation, la justice, etc.

B5 Nous recommandons la coordination et l'harmonisation entre les différents niveaux de pouvoir local - régional - communautaire - fédéral. Le décloisonnement doit être un objectif pour renforcer la résolution des problèmes. Nous estimons essentiel de lutter contre le morcellement des compétences entre les ministres, les commissions, etc. afin d'instaurer plus de cohérence entre les politiques. Nous recommandons la reconnaissance de la spécificité de la Région bruxelloise et des spécificités au sein de la région même.

B6 Nous recommandons la mise en œuvre, en début de chaque législature, d'un plan d'action social-santé assorti d'une prévision budgétaire adaptée. Nous recommandons que ce plan d'action fasse partie intégrante du Plan Régional de Développement.

B7 Nous recommandons la prise en compte du travail du

processus des Assises par les différents Conseils Consultatifs des différents niveaux de pouvoirs concernés.

B8 Nous recommandons que le financement des fédérations sociales soit une priorité. Il appartiendra également au prochain gouvernement régional bruxellois de traiter sur pieds d'égalité les fédérations du social et de la santé au niveau de l'octroi des postes ACS.

III. L'ÉVALUATION

Le processus des Assises a permis d'accorder les acteurs social-santé sur les principes généraux relatifs à l'évaluation. Ces principes font l'objet des recommandations abordées dans ce point. Un des enjeux futurs des Assises est la définition concrète des objets prioritaires et indicateurs nécessaires à évaluer.

Nous considérons qu'il y a lieu de faire une distinction entre l'évaluation et l'inspection qui vérifie l'adéquation aux normes.

Nous estimons que l'établissement d'un processus d'évaluation requiert une négociation entre les différents partenaires. Son efficacité et sa pertinence impliquent la définition d'un certain nombre de garants dont un cadre clair, des enjeux et finalités négociés au départ ainsi qu'une concertation continue.

Les partenaires peuvent être multiples : les collègues d'une équipe, une équipe et son pouvoir organisateur, une équipe et les usagers locaux, différents services d'un même secteur, différents secteurs d'un même

« grand » secteur (social ou santé ou autre), entre grands secteurs, entre un (des) secteur(s) et son pouvoir subsidiant, entre un secteur, le politique et l'administration, etc. Le partenariat dans ce contexte d'évaluation a une durée limitée dans le temps.

Nous considérons que les données quantitatives et qualitatives sont complémentaires.

En matière d'évaluation, la qualité du processus est au moins aussi importante que les résultats escomptés. Le processus nécessite du temps, des moyens humains et financiers.

A. Recommandations sur les pré-requis de l'évaluation

- A1. Nous recommandons que toute évaluation démarre sur une visée clarifiée par son promoteur quel qu'il soit. Le processus d'évaluation doit comprendre un espace de négociation et faire l'objet d'une contractualisation. Ceci doit déboucher sur une définition commune des objectifs. Les modes et contenus d'évaluation doivent être spécifiques et adaptés au contexte et à chaque secteur.
- A2. Nous recommandons que tout processus d'évaluation soit co-construit entre les partenaires impliqués.
- A3. Nous recommandons une concertation continue avec les pouvoirs publics lorsqu'ils sont partenaires d'un processus d'évaluation. Ceci comprend une clarification de leurs attentes, des occasions de dialogue et de feedback.
- A4. L'analyse que produisent les acteurs de leurs propres actions constitue une forme d'auto-évaluation. Nous recommandons que les protagonistes de l'auto-évaluation puissent trouver, le cas échéant, une modalité de passage de l'information (négociée au préalable entre les partenaires de l'auto-évaluation) vers les pouvoirs publics et vers le secteur. En effet, l'auto-évaluation ne se résume pas à l'analyse et la réflexion des actions des institutions, mais peut également être l'occasion d'identifier un certain nombre d'impacts des politiques communales, régionales et fédérales mises en place.
- A5. Nous recommandons la mise en place d'évaluations sectorielles et/ou intersectorielles régulières pour faire état de la réalité actuelle des populations visées et des difficultés auxquelles elles ont à faire face. Nous estimons qu'il s'agit de notre responsabilité de services détenteurs de missions déléguées de services publics.
- A6. Nous recommandons que les partenaires impliqués dans un processus d'évaluation puissent s'associer à l'Observatoire de la Santé et du Social ou un autre organisme scientifique indépendant

pour le traitement de données qualitatives et quantitatives. Nous estimons que l'extériorité et l'expertise sont des ressources nécessaires en matière d'évaluation. Nous précisons que notre recommandation vise la collaboration avec un organisme extérieur et non la délégation à celui-ci. La mise en place d'un comité d'accompagnement, constitué de l'ensemble des partenaires, actifs tout au long du processus, nous semble faire partie du cadre nécessaire à une évaluation de qualité.

- A7. Nous recommandons que la mise en route de nouveaux projets d'évaluation soit conditionnés par l'obtention des moyens nécessaires pour les accomplir. Le calcul du coût d'un processus d'évaluation doit être établi en même temps que la définition de ses enjeux, du choix de la méthode et de l'objectif poursuivi.

B. Recommandations sur l'évaluation sectorielle

B1 Nous recommandons la construction concertée d'outils d'évaluation communs à un secteur qui puissent être utiles aux différents acteurs et à différents niveaux (travailleurs, service, secteur, fédérations, pouvoirs publics...).

B2 Nous recommandons que chaque secteur ait les moyens de son évaluation. La possibilité de

réaliser une évaluation sectorielle est une des conditions préalables au processus d'évaluation inter-sectoriel.

C. Recommandations sur l'évaluation inter-sectorielle

C1. Nous recommandons la construction concertée de processus d'évaluation inter-sectoriel pour dégager les points communs et axes partagés entre les secteurs d'une politique ambulatoire social-santé à Bruxelles. La construction de ce type de processus doit être assorti de la construction d'outils adaptés.

C2. Nous recommandons une plus grande cohérence dans les politiques menées par les responsables des départements du social et de la santé.

C3. Nous considérons en effet que l'absence de cohérence inter-ministérielle fragilise les services, complique le déploiement des collaborations et in fine, peut se traduire par la réduction de l'accessibilité des citoyens à une offre de services optimale.

Annexe au cahier des charges 2004

Les secteurs social-santé sont parmi les premiers à être confrontés aux problématiques qui dépendent d'autres champs de compétence.

En dehors d'actions palliatives urgentes, les professionnels du social et de la santé ne peuvent que constater leur impuissance face à l'inaccessibilité croissante des individus les plus fragilisés aux droits humains fondamentaux. L'effritement progressif des liens sociaux, l'isolement, l'augmentation de problèmes de santé liés aux contextes de vie sont autant de facteurs non exhaustifs qui ouvrent la porte aux disparités et violences sociales, replis communautaires, logiques sécuritaires ; ceux-ci représentent des freins à l'évolution culturelle, économique et sociale à laquelle chacun a droit.

Une société démocratique nécessite la participation et la prise en compte de l'ensemble des individus qui la composent. Ce modèle est actuellement fragilisé.

Nous soutenons que le traitement en aval de la fragilisation et marginalisation sociale ne suffit pas. C'est pourquoi, nous affirmons notre volonté d'interpeller les instances politiques compétentes sur des matières incontournables de la vie en société.

Les points non-exhaustifs repris ci-dessous nous semblent prioritaires.

A. L'accès au logement et l'accès à l'énergie

Le droit au logement décent est un droit constitutionnel qui se décline par le droit à un logement adapté, de bonne qualité, dans un environnement convenable, à un prix abordable et avec une garantie d'occupation et le droit à l'énergie.

Depuis plusieurs années, la problématique du logement est centrale dans les préoccupations rencontrées par les usagers des structures ambulatoires bruxelloises.

Aujourd'hui à Bruxelles, le problème du logement est double : le coût du logement est trop élevé et les ressources des familles sont insuffisantes surtout lorsqu'il s'agit d'allocations sociales de remplacement⁵.

La dignité humaine veut qu'une personne puisse être logée dans un lieu salubre qui comporte de quoi se chauffer et s'éclairer et que cette personne ait les moyens d'y accéder.

B. L'environnement urbain

L'aménagement du territoire a des effets importants sur le quotidien et la trajectoire de vie de ses habitants. Certains phénomènes, tels que la relégation de population fragile dans des quartiers déstructurés, le manque de mixité, etc., engendrent des effets « spirales » que les pouvoirs publics doivent s'efforcer de réduire. De même, la qualité de l'environnement physique et naturel demeurent un enjeu

fondamental pour la santé des individus et leur épanouissement. Si de nombreux efforts ont été réalisés depuis la naissance de la Région, il s'agit encore d'un défi permanent pour les pouvoirs publics.

C. La politique de l'emploi et l'accès à la formation

Nous sommes convaincus qu'il est impossible d'occuper pleinement une place citoyenne dans nos sociétés sans travail rémunéré. Il est dès lors fondamental que la Belgique, et en particulier la Région bruxelloise, particulièrement sinistrée en termes d'emploi, se dote de leviers politiques puissants pour garantir une place à chacun dans l'univers du travail en ce compris la formation des jeunes.

Sans approfondissement de la démocratie économique, les dispositifs sociaux remplissent en effet une fonction essentiellement palliative. Si celle-ci est nécessaire en terme humanitaire, elle ne peut en aucun cas répondre et prévenir les conséquences du manque d'emplois décents disponibles.

D. La politique d'Accueil

Le public en situation illégale est en accroissement constant et vient frapper aux portes de nos associations sans que l'on clairement revendiquer la légitimité de cet accueil. Il est donc vital à cet égard que les autorités politiques régionales influe sur les politiques fédérales en matière d'accueil des illégaux, afin d'éviter que les politiques

régionales (les réseaux subsidiés par la CoCof) dédouanent les autorités fédérales de leur responsabilité sur cette matière cruciale.

E. L'accessibilité aux soins et aux droits sociaux

L'extrême complexité des différents régimes d'assurance et de sécurité sociale laisse un nombre croissant d'individus au marge du système. Si notre pays garantit encore une couverture parmi les plus performantes, il n'en demeure pas moins que des tendances s'expriment aujourd'hui, qui risquent de mettre en péril l'efficacité de ce dispositif. Il faut relever à cet égard les dangers d'une scission de certains champs de la sécurité sociale qui se traduiraient à Bruxelles par la co-existence plus ou moins conflictuelle de régimes apportant des traitements différenciés.

⁵ Les bas-salaires sont aussi concernés.

LES PARTENAIRES DU PROCESSUS DES ASSISES

Organismes représentés au sein du groupe de pilotage :

Association des ergothérapeutes, CBCS, CTB, FAMGB, Fédération des maisons médicales, FBPSPC, FCSS, FEDITO, FFHP, FLCPF, FPCPF, FSSMB, IRIS, LBFMS, FSBAD, Télé-accueil, Centre de prévention du suicide et Soins chez soi.

Pouvoirs publics :

Cabinet du Ministre de la santé, Didier Gosuin, et Cabinet du Ministre de l'action sociale, Alain Hutchinson.

Service du Collège de la CoCoF :

Service des Affaires sociales et Service de la Santé.

Comité de coordination :

Eric Messens (LBFMS), Charles Lejeune (FCSS), Nadine Page (FEDITO), Alain Willaert (CBCS), Thomas Nagant (Cabinet du Ministre Gosuin), Sylvie Risopoulos, Pierre Delcarte et Nadine Gabet (Administration de la CoCoF).

Cellule de coordination :

Nadège Stradiotto et Zoé Van Der Haegen
Rue du Président 53
1050 Bruxelles.

Tel. : 02.511.01.25

Coordination.assises@skynet.be

Les actes des Assises de novembre 2003, ainsi que les documents de travail sont sur le site de la CoCoF :

www.cocof.irisnet.be