

Soins de Santé Mentale

Groupe de travail intercabinets TASKFORCE SOINS EN SANTE MENTALE

Mission

L'organisation future des soins en santé mentale belges en circuits de soins et réseaux de soins a été approuvée par l'ensemble des membres de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique dans la *Déclaration conjointe du 24 juin 2002 des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale*, et dans sa suite *l'Amendement à la déclaration d'intention du 24 juin 2002*.

Afin de permettre à l'organisation des soins en santé mentale de répondre aux principes de base de la déclaration conjointe, il est fait appel à l'art. 107 de la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins.

Le groupe de travail intercabinets (gti) « *taskforce soins en santé mentale* » est chargé de l'organisation de ces activités.

Résumé des réalisations

- Entre juin et novembre 2017, le coordinateur fédéral et les coordinateurs fédéraux adjoints ont fait, dans la plupart des projets et dans le cadre du suivi de l'évolution du projet, des visites aux Comités de réseau et aux Comités de fonction. Le coaching individuel des coordinateurs de réseau s'est poursuivi. Le suivi et l'accompagnement des projets se poursuivent donc de manière continue.
- Le coordinateur fédéral et les coordinateurs fédéraux adjoints ont réalisé, pour l'ensemble des projets, une mise à jour des évaluations de 2017, comme cela a été fait en 2016.
- Par ailleurs des réunions de groupe se sont tenues avec les coordinateurs de réseau néerlandophones et francophones.

Geestelijke Gezondheidszorg

Interkabinettenwerkgroep TASKFORCE GGZ

Missie

De toekomstige organisatie van de Belgische geestelijke gezondheidszorg (ggz) in zorgcircuits en zorgnetwerken werd door alle leden van de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid onderschreven in de *Gemeenschappelijke verklaring van 24 juni 2002 van de Ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg*, en in het daaropvolgende *Amendement op de intentieverklaring van 24 juni 2002*.

Opdat de organisatie van de ggz aan de basisprincipes van de gemeenschappelijke verklaring zou beantwoorden doet men een beroep op art. 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

De interkabinettenwerkgroep (ikw) '*taskforce ggz*' werd belast met de organisatie van deze werkzaamheden.

Samenvatting werkzaamheden

- Tussen juni en november 2017 bezochten de federale coördinator en de adjunct federale coördinatoren de Netwerkcomités en Functiecomités voor de meeste projecten in het kader van de opvolging van de evolutie van het project. De individuele coaching van de netwerkcoördinator werd voortgezet. De opvolging en de begeleiding van de projecten worden dus continu voortgezet.
- De federaal coördinator en de adjunct federaal coördinatoren hebben voor alle netwerken de evaluaties van 2017 op punt gesteld, zoals ook werd gedaan voor de evaluaties van 2016.
- Daarnaast vonden op regelmatige tijdstippen groepsbijeenkomsten plaats respectievelijk met de

- De nombreuses communications ont été réalisées au niveau national et international afin de bien faire connaître l'évolution des soins en santé mentale en Belgique.
- La Formation PSY107 de juin jusqu'à novembre 2017 se composait de:
 - Interventions thématiques 'Travail en Réseau' pour les coordinateurs de réseau;
 - Lancement des modules de poursuite 'Réhabilitation et Rétablissement' fonction 3;
 - Support local autour du développement du réseau, gouvernance et du rôle du coordinateur (poursuite réseaux adultes);
 - Interventions thématiques équipes mobiles ;
 - Support local développement des réseaux : design, gouvernance et gestion stratégique ;
 - Formation 2 journées 'Négociation' pour les coordinateurs de réseau.
- La CIM du 21 mars 2016 a approuvé la mise en place du nouvel « Organe de concertation ».
- Dès le départ, les trois groupes de travail thématiques suivants ont été créés au sein de l'Organe de concertation : 'territoires107', 'équipe mobile' et 'fonction médicale'.
- Veel communicatie werd gevoerd op nationaal en internationaal niveau om de evolutie van de geestelijke gezondheidszorg in België zichtbaar te maken.
- De vorming PSY107 van juni tot november 2017 bestond uit:
 - Thematische intervies 'netwerken' voor netwerkcoördinatoren;
 - Vervolgmodules functie 3 psychosociale rehabilitatie en herstel;
 - Lokale support rond netwerkontwikkeling, governance en de rol van de netwerkcoördinator voor netwerkcomités (vervolg netwerken volwassenen);
 - Thematische intervisie mobiele teams;
 - Lokale support netwerkontwikkeling: design, governance en strategisch management;
 - Tweedaagse vorming 'Onderhandelen' voor netwerkcoördinatoren.
- De IMC van 21 maart 2016 heeft goedkeuring verleend aan de oprichting van het nieuw Overlegorgaan.
- In eerste instantie werden in de schoot van het overlegorgaan drie thematische werkgroepen opgericht, namelijk de werkgroep 'werkingsgebied107', 'mobiele equipe' en 'medische functie'.

Tous les groupes de travail ont fait un rapport sur l'avancement de leurs travaux lors des séances plénières de l'Organe de concertation « adultes ».

Lors de la réunion plénière du 17 mai 2017, les groupes de travail 'territoires 107' et 'équipes mobiles' ont présenté le résultat final de leur travail de réflexion et de concertation. Le groupe de travail 'fonction médicale' l'a fait lors de la réunion plénière du 15 juin 2017. Les textes définitifs ont été publiés sur le site web www.psy107.be.

Lors de cette réunion plénière, il a également été décidé de lancer le groupe de travail 'intensification des soins résidentiels'. Ce groupe de travail se réunit régulièrement. A ce sujet, des recommandations de l'Organe de concertation sont attendues pour fin 2017. Si cela favorise la prise en charge de leurs patients, les hôpitaux peuvent déjà préparer des propositions sur

Alle werkgroepen rapporteerden de vooruitgang van hun werkzaamheden in de plenaire vergaderingen van het Overlegorgaan 'volwassenen'.

Tijdens de plenaire vergadering van 17 mei 2017 presenteerden de werkgroepen 'werkingsgebieden107' en 'mobiele equipe' het finaal product van hun gemeenschappelijk denken en overlegwerk. De werkgroep 'medische functie' deed dit tijdens de plenaire vergadering 15 juni 2017. De definitieve teksten van de werkgroepen werden op de website www.psy107.be gepubliceerd.

Tijdens deze plenaire vergadering is tevens beslist om te starten met de werkgroep 'intensifiëring van de residentiële zorg'. Deze werkgroep komt regelmatig samen en aanbevelingen van het Overlegorgaan hieromtrent worden verwacht tegen eind 2017. Als dit hun patiënten ten goede komt, kunnen de ziekenhuizen reeds voorstellen rond intensifiëring samen met voorstellen rond de mobiele equipes voorbereiden.

l'intensification en même temps que celles concernant les équipes mobiles.

Il a été convenu que les textes des groupes de travail servent de base pour une discussion approfondie dans le gti *'taskforce soins en santé mentale'*. L'objectif est de faire valider le résultat de cette discussion par la CIM. Le gti a convenu également de la méthode de travail ultérieure et du feedback à l'Organe de concertation.

Le gti *'taskforce soins en santé mentale'* s'est réuni à ce sujet le 12 septembre et le 4 octobre 2017.

La CIM attire également l'attention sur la notion de gouvernance spécifique de ces réseaux de soins de santé mentale. Celle-ci ne repose pas sur une réglementation, mais s'organise sur base volontaire, dans le cadre de projets pilotes. Au sein de ceux-ci, une coopération intense entre l'ensemble des secteurs d'activité et entre les différents niveaux de gouvernance conduit à la conclusion d'accords sur la manière de permettre une évolution du processus de la façon plus positive possible.

Sur base des recommandations de l'Organe de concertation pour adultes, le consensus suivant est donc proposé à la CIM :

Territoires107

Au sein de l'Organe de concertation pour adultes, un certain nombre de principes ont été fixés quant aux zones d'opération des réseaux, dont les points clés ont été définis par la CIM et sur lesquels les réseaux sont invités à s'adapter. Ainsi, on distingue deux types de champs d'action différents pour définir les zones de fonctionnement des réseaux 107:

le niveau Micro, où la collaboration locale entre tous les acteurs concrets est centrale qu'ils soient acteurs de soins de santé mentale ou non, avec un recouvrement d'environ 100 000 habitants (75.000 minimum et 125.000 maximum). A ce niveau, la collaboration entre les acteurs des soins de santé mentale et ceux des premières lignes est effective.

le niveau Macro, ou au niveau de la gestion/régulation d'un réseau, avec une taille de :

- a. 200 à 300.0000 habitants dans les zones rurales ;

Er werd afgesproken dat de definitieve teksten van de werkgroepen als basis dienen voor een uitvoerige bespreking in de ikw *'taskforce ggz'*, en dit met als doel het resultaat te laten valideren door de IMC. Tevens werd in de ikw de verdere werkwijze en terugkoppeling aan het overlegorgaan afgesproken.

De ikw *'taskforce ggz'* vergaderde hierover op 12 september en 4 oktober 2017.

De IMC vestigt vooreerst nog eens de aandacht op de bijzondere governance van deze ggz-netwerken. Deze is niet gebaseerd op reglementering, maar ontwikkelt zich op vrijwillige basis in het kader van pilootprojecten. Hierbinnen zal de intense samenwerking tussen het gehele werkveld en de verschillende bestuursniveaus moeten leiden tot afspraken die de meest gunstige evolutie mogelijk maken.

Op basis van de aanbevelingen van het Overlegorgaan voor volwassenen, wordt volgende consensus voorgesteld aan de IMC:

Werkingsgebieden107

In de schoot van het Overlegplatform GGZ werden een aantal principes inzake de werkingsgebieden van de netwerken overeengekomen, waarvan de kernpunten worden aangehouden door de IMC en waar de netwerken worden uitgenodigd zich aan te passen aan deze principes. Zo worden de groottes van twee verschillende actiegebieden onderscheiden om de werkingsgebieden van de netwerken 107 af te bakenen:

het Microniveau, waarin de lokale samenwerking tussen concrete actoren centraal staat, zowel binnen als buiten de GGZ, met een omvang van circa 100.000 inwoners met een minimum 75.000 inwoners en maximum 125.000 inwoners. Op dit niveau staat ook de samenwerking tussen de GGZ en de eerstelijnsactoren centraal.

het Macroniveau, of het niveau van de aansturing van een netwerk, met een omvang van:

- a. 200 à 300.0000 inwoners in rurale gebieden;

- b. 300 à 450 000 personnes dans les zones semi-rurales ;
- c. 450.000 habitants et plus dans les zones urbaines.

La répartition en subrégions est possible.

Cela a comme conséquence que les réseaux initiaux seront conservés, sauf exception

- des réseaux dans la province de Flandre occidentale, où le nombre de projet est modifié de 4 à 3;
- des réseaux dans la province de Hainaut, où le nombre de projets est modifié pour passer de 3 réseaux à 2;
- de la Région de Bruxelles-Capitale, où arrive un réseau.

S'il y a plusieurs réseaux dans une province, pour assurer la cohérence avec la première ligne de soins, ces réseaux respectent de préférence les délimitations des zones des services intégrés de soins à domiciles, éventuellement en recouvrant plusieurs zones. Pour simplifier le travail des intervenants et des institutions d'aide et de soins, les différents réseaux ne se chevauchent pas.

La Flandre donnera son accord moyennant la fixation des champs d'action des zones de soins de première ligne flamandes et des zones de soins régionales.

La Wallonie conserve également dans ce cadre la responsabilité de l'organisation des soins de santé de première ligne sur son territoire.

Equipe mobile

A partir des recommandations de l'Organe de concertation, le nombre d'équipes mobiles 2A est déterminé en fonction du nombre d'habitants (1 pour 150.000 habitants) et le nombre d'équipes mobiles 2B en fonction de la prévalence (1,1 situations pour 1000 habitants, 1 ETP pour 18 situations). Dans ce cas, le nombre d'habitants représente la variable déterminante.

La répartition territoriale aura, donc, un effet direct sur le nombre et la taille des équipes. Le groupe d'âge cible est celui des 18 à 64 ans.

Sur tout le territoire belge, selon ce calcul, le besoin s'élève à 46,1 équipes 2A et à 47,0 équipes 2B. En principe, chaque équipe 2A

- b. 300 à 450.000 inwoners in semi-rurale gebieden;
- c. 450.000+ inwoners in stedelijke gebieden.

Hierbij is opdeling in subregio's mogelijk.

Dit heeft tot gevolg dat de initiële netwerken worden behouden, mits uitzondering

- van de netwerken in de provincie West-Vlaanderen, waar het aantal projecten wordt gewijzigd van 4 naar 3;
- van de netwerken in de provincie Henegouwen, waar het aantal projecten wordt gewijzigd van 3 netwerken naar 2;
- van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waar één netwerk komt.

Als er verschillende netwerken in een provincie bestaan, respecteren deze netwerken bij voorkeur de grenzen van de zones van de geïntegreerde diensten voor thuiszorg door eventueel verschillende gebieden te bestrijken, teneinde de samenhang met de eerstelijnszorg te verzekeren. Om het werk van de hulpverleners en zorginstellingen te vereenvoudigen, mogen de verschillende netwerken elkaar niet overlappen.

Het akkoord van Vlaanderen is evenwel onder voorbehoud van de bepaling van de werkingsgebieden van de Vlaamse eerstelijnszones en de regionale zorgzones.

Wallonië behoudt in dit kader eveneens de verantwoordelijkheid over de organisatie van de eerstelijnszorg op zijn grondgebied.

Mobiele equipe

Vanuit de aanbevelingen van het Overlegorgaan wordt het aantal mobiele equipes 2A bepaald in functie het aantal inwoners (1 per 150K inwoners) en het aantal mobiele equipes 2B in functie van de prevalentie (1,1 cases per 1000 inwoners, 1 VTE per 18 cases) waarbij ook hier het aantal inwoners de bepalende variabele is.

De territoriale indeling zal dus een direct effect hebben op het aantal en de grootte van de equipes. De leeftijdsgroep is deze van 18 tot 64 jaar.

In gans België is er volgens deze berekening een nood aan 46,1 equipes 2A en 47,0 equipes 2B. In principe moet elke equipe 2A bij voorkeur minstens 12 VTE tellen en elke equipe 2B minstens 9 VTE.

compte de préférence, au moins, 12 ETP et chaque équipe 2B, au moins 9 ETP.

Les réseaux qui ont un besoin théorique de, par exemple, 2,2 équipes seront, évidemment, autorisés à bénéficier de plus que 12 + 9 ETP.

Le nombre d'équipes peut être négocié sur base d'une proposition du réseau. Le nombre global d'ETP doit être effectif.

La réalisation peut se faire au moyen de la mise hors activité des lits supplémentaires sur une base volontaire. Il a été choisi d'utiliser cette technique d'abord pour développer les équipes mobiles, seulement ensuite pour l'intensification des soins résidentiels (Fonction 4)

Les réseaux qui bénéficient de moyens insuffisants (lits) pourront être soutenus (cela fait partie de la négociation) à condition qu'ils fassent un effort suffisant en matière de la mise hors activité des lits.

Fonction médicale

Il est proposé d'attribuer un montant forfaitaire pour la fonction médicale en compensation des honoraires médicaux liés aux lits mis hors activité dans les hôpitaux du réseau.

Pour la détermination du montant, il faut tenir compte des trois paramètres suivants : montant de la rémunération par heure, nombre d'heures pour le développement de la politique et nombre d'heures dans le cadre des activités cliniques.

	2a	2b
indemnité hor.	€ 120	€ 120
politique	1	1
clinique	17	16

L'indemnité forfaitaire comprend un certain nombre de visites à domicile par le psychiatre. (2A: 5h/semaine, 2B: 4h/semaine).

Le montant qui sera prévu pour ces visites à domicile est fractionné en un montant fixe qui sera payé via le BMF de l'hôpital, et un supplément qui sera facturé via un hôpital, (par le biais d'une commission d'accords entre les hôpitaux psychiatriques et les instituts d'assurance).

In netwerken die een theoretische behoefte hebben aan bijvoorbeeld 2,2 equipes kunnen uiteraard equipes van meer dan 12 + 9 VTE worden toegestaan.

Het aantal equipes kan onderhandeld worden op basis van een voorstel van het netwerk. Het globaal aantal VTE moet wel gerealiseerd worden.

Dit kan gerealiseerd worden door middel van een bijkomende buiten gebruikstelling van bedden op vrijwillige basis. Er wordt gekozen om vooreerst deze techniek te hanteren voor de mobiele equipes, daarna pas voor de intensifiëring van de residentiële zorg (Functie 4)

Netwerken die zelf onvoldoende middelen hebben (bedden) kunnen ondersteund worden (is onderdeel van de onderhandeling) op voorwaarde dat ze een voldoende inspanning leveren aangaande buiten gebruik stelling van bedden.

Medische functie

Er wordt voorgesteld een forfaitair bedrag toe te kennen voor de medische functie ter compensatie van de medische honoraria gelinkt aan de buiten gebruik gestelde bedden in de ziekenhuizen van het netwerk.

Voor de bepaling van het bedrag wordt rekening gehouden met volgende parameters: bedrag van de vergoeding per uur, aantal uren voor beleidsontwikkeling en aantal uren klinische activiteit.

	2a	2b
uurvergoeding	€ 120	€ 120
beleid	1	1
klinisch	17	16

De forfaitaire vergoeding omvat een aantal huisbezoeken van de behandelende psychiater. (2A: 5u/week, 2B: 4u/week).

Het bedrag dat wordt voorzien voor deze huisbezoeken wordt opgesplitst in een vast bedrag dat via het BFM van het ziekenhuis wordt betaald en een supplement dat via een ziekenhuis wordt gefactureerd (via een Overeenkomstencommissie tussen Psychiatrische Ziekenhuizen en de Verzekeringsinstellingen).

Les visites à domicile complémentaires sont prises en considération via la nomenclature (ces visites sont sollicitées en consultation par les médecins traitants). Les consultations (par exemple en polycliniques) restent, cependant, possibles.

Communication

Une information sur ces changements pourra être réalisée, immédiatement après la CIM du 20 novembre 2017, au moyen d'une communication écrite par réseau (avec des chiffres concrets), complétée par des moments d'information (dans chaque langue). Les dates suivantes sont déterminées :

- o Réseaux wallons : 22 novembre 2017
- o Réseau bruxellois : 23 novembre 2017
- o Réseaux flamands : 27 novembre 2017.

Les propositions des réseaux visant la réalisation concrète des changements sont attendues pour le 31 mars 2018 afin qu'elles puissent être discutées avec les administrations. La réalisation elle-même (par étape) sera déterminée par le gti « *taskforce en soins de santé mentale* ».

Comme indiqué précédemment, les hôpitaux et les réseaux sont libres de développer d'éventuels exercices sur l'intensification. S'ils sont déjà bien avancés, ils peuvent introduire des propositions à ce sujet en même temps que celles concernant les équipes mobiles.

• Composition de l'Organe de concertation

Entre-temps, une demande officielle a été reçue concernant une modification dans la composition de l'organe de concertation. Madame Martie MOL a démissionné comme membre suppléant. En accord avec le gti '*taskforce soins en santé mentale*' madame Marleen GEENTJES (Directeur MSP De Landhuizen et IHP De Sprong) est désignée en tant que suppléant au sein de l'organe de concertation.

En outre, Monsieur Dirk OLEMANS, membre effectif, a déposé sa fonction comme Président de PAAZ-Overleg Vlaanderen et a offert sa démission à l'Organe de concertation. Il sera remplacé par Monsieur Piet SNOECK, le nouveau Président de PAAZ-Overleg Vlaanderen.

Bijkomende huisbezoeken kunnen via de nomenclatuur worden aangerekend (in consult geroepen door huisarts). Consultaties (bijvoorbeeld in polykliniek) blijven steeds mogelijk.

Communicatie

Qua timing, gebeurt een informatie omtrent deze wijzigingen, onmiddellijk na de IMC van 20 november 2017, door een schriftelijke communicatie per netwerk (met de concrete cijfers), aangevuld met informatiemomenten (in elke taalrol). Volgende data worden vastgelegd:

- o Waalse netwerken: 22 november 2017
- o Brusselse netwerk: 23 november 2017
- o Vlaamse netwerken: 27 november 2017.

De voorstellen van de netwerken voor de concrete uitvoering van de wijzigingen worden verwacht tegen 31 maart 2018 zodat deze kunnen worden besproken met de administraties. De realisatie zelf (in stappen) is te bepalen door de ikw '*taskforce ggz*'.

Zoals eerder aangegeven zijn ziekenhuizen en netwerken vrij om eventuele oefeningen rond intensifiëringen verder uit te werken. Indien al ver gevorderd, kan dit zelfs samen ingediend worden met de voorstellen rond de mobiele equipes.

• Samenstelling Overlegorgaan

Ondertussen werd een officiële vraag ontvangen betreffende een wijziging in de samenstelling van het Overlegorgaan. Mevrouw Martie MOL diende haar ontslag in als plaatsvervangend lid in het Overlegorgaan. In akkoord met de ikw '*taskforce ggz*' wordt mevrouw Marleen GEENTJES (Directeur PVT De Landhuizen en BW De Sprong) als plaatsvervanger binnen het overlegorgaan aangesteld.

Daarnaast heeft de heer Dirk Olemans, effectief lid, zijn functie als voorzitter van PAAZ-Overleg Vlaanderen neergelegd en heeft ook zijn ontslag aangeboden aan het Overlegorgaan. Hij wordt vervangen door de heer Piet SNOECK, de nieuwe voorzitter van het PAAZ-Overleg Vlaanderen.

Actions proposées

La CIM marque son accord avec les changements proposés dans la composition du comité consultatif et avec la proposition du gti *'taskforce soins en santé mentale'* concernant les territoires¹⁰⁷, l'équipe mobile et la fonction médicale et charge le gti *'taskforce soins en santé mentale'* de la poursuite des travaux.

La CIM s'engage également à entamer rapidement une réflexion sur l'ensemble des fonctions inscrites dans le guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et circuits de soins, dans le but de fixer un objectif commun à l'Etat fédéral et aux entités fédérées dans une perspective de 5 à 10 ans.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 20/11/2017

Voorgestelde acties

De IMC is akkoord met de voorgestelde wijziging in de samenstelling van het overlegorgaan en het voorstel van de ikw *'taskforce ggz'* inzake werkingsgebieden¹⁰⁷, de mobiele equipe en medische functie en belast de ikw *'taskforce ggz'* met de verderzetting van de werkzaamheden.

De IMC verbindt zich tevens tot het snel opstarten van een reflectie over het geheel van de functies zoals beschreven in de gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, met de bedoeling een gemeenschappelijk doel vast te leggen voor de federale Staat en de gefedereerde entiteiten in een perspectief van 5 tot 10 jaar.

Aldus gesloten te Brussel op 20/11/2017

ANNEXE 1 : Composition

BIJLAGE 1 : Samenstelling

Fédérations et Individuels		Federaties en Individueel	
Effectif	Marc XHROUET, Santhea - fédération d'institutions de santé	Effectief	MOENS Isabel, Directeur geestelijke gezondheidszorg Zorgnet-Icuro
Suppléant	DEHARENG France, Directrice, Centre Hospitalier Spécialisé L'Accueil	Plaatsvervanger	WUYTS Yves, Stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg Zorgnet Vlaanderen
Effectif	CHAMBEAU Evelyne, Conseiller Expert en santé mentale (FHPB)	Effectief	OOSTERLINCK Koen, Gedelegeerd bestuurder Broeders van Liefde
Suppléant	DEJAER Christian, Directeur (CBI)	Plaatsvervanger	PEETERS Gert, Operationeel directeur Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven (VZW Zorg KU Leuven)
Effectif	PITZ Francis, Administrateur délégué Œuvres des Frères de la Charité	Effectief	VANHAECKE Joost, Inghelburg
Suppléant	DEMESMAECKER Marc, Conseiller Fédération des Institutions Hospitalières	Plaatsvervanger	GEENTJES Marleen, Directeur PVT De Landhuizen en BW De Sprong
Effectif	JACQUET Pascale, Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques	Effectief	SNOECK Piet, Voorzitter van PAAZ Overleg Vlaanderen
Suppléant	DELARUE Virginie, Présidente de la FFIHP et Directrice des IHP le Relais	Plaatsvervanger	MATTHYSEN Vicky, Hoofdarts-psychiater ZNA Psychiatrisch ziekenhuis
Effectif	FEYS Jean-Louis, Président de la CMCHPBW	Effectief	BOSMA Geert, Voorzitter Vereniging van Vertegenwoordigers van Artsen van de Psychiatrische Ziekenhuizen
Suppléant	DEVOS Marc, psychiatre	Plaatsvervanger	SWYSEN Kristine, Medisch directeur/ voorzitter Functie 4 Medisch Centrum Sint-jozef Bilzen/ project NOOLIM
Effectif	DESCHIETÈRE Gérald, Psychiatre, responsable de l'unité de crise et d'urgences psychiatriques des cliniques Universitaires St-Luc	Effectief	MAMPUYS Jan, Directeur cgg Andante
Suppléant	APPART Annick, psychiatre Clinique Saint-Luc Bouge	Plaatsvervanger	VAN CAMFORT Marie, Stafmedewerker Federatie Beschut Wonen vzw
Effectif	MARIAGE Olivier, Fédération des maisons médicales et centres de santé francophones, Médecin généraliste, directeur le Gué à Tournai	Effectief	KEYENBERG Elke, Trekker geestelijke gezondheidsbevordering Logo's
Suppléant	LAMY Dominique, Médecin généraliste et spécialiste en assuétudes	Plaatsvervanger	DE KOKER Catherine, Logo Dender
Effectif	BIAFFART Geoffrey, Association des Pouvoirs Organisateurs des Services de Santé Mentale en Wallonie (APOSSM)	Effectief	VERSTRAETEN Jo, Algemeen coördinator De Vliering Boechout
Suppléant	JAUMAUX Paul, Président de la Fédération des Services de santé mentale bruxellois	Plaatsvervanger	CROCHELET Florence, Directrice CASMMU

Coordinateurs		Coördinatoren	
Effectif	DERIEMAECKER Didier, Coordinateur de réseau Réseau Santé Namur	Effectief	DOL David, Netwerkcoördinator Relling
Suppléant	HAAS Martine, Coordinatrice du RésME	Plaatsvervanger	LUST Lieven, Netwerkcoördinator PRIT, netwerk geestelijke gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen
Effectif	HERMAN Christophe, coordinateur de réseau Bruxelles Est		
Suppléant	BLONDIAU Philippe, coordinateur de Hermes plus		
Familles		Familie	
Effectif	LEGROS Georges, Président de Similes Wallonie et représentant de proches dans le Réseau Santé Namur	Effectief	JONCKHEERE Mich, Familie Ervaringsdeskundige (netwerk Halle-Vilvoorde), mandaat van Similes
Suppléant	DECRAEYE Yves, représentant au projet Réseau en Santé Mentale de la Région du Centre pour Similes Wallonie	Plaatsvervanger	CLAERHOUT Pascal, vertegenwoordiger Netwerk Leuven - Tervuren voor Similes Vlaanderen
Usagers		Patiënten	
Effectif	MULIER Daniel, Représentant des usagers de l'association Osons au projet Réseau en Santé Mentale de la Région du Centre ainsi que de l'ASBL Psytoyens	Effectief	DELVAUX Jan, Voorzitter Uilenspiegel
Suppléant	SNEESSENS Véronique, Représentant des usagers pour l'asbl Psytoyens	Plaatsvervanger	VAN ISTERDAEL Geert, UilenSpiegel vzw en DENK

Pour l'Etat fédéral,
Voor de Federale Staat,



M. DE BLOCK,
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,



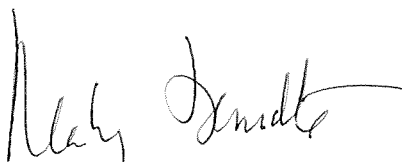
J. VANDEURZEN,
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Région Wallonne,

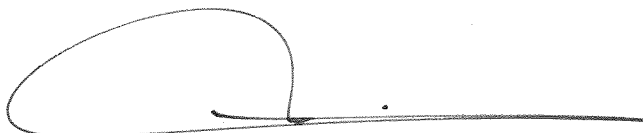


A. GREOLI,
Vice-Présidente, Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction
publique et de la Simplification administrative

Pour la Communauté Française,

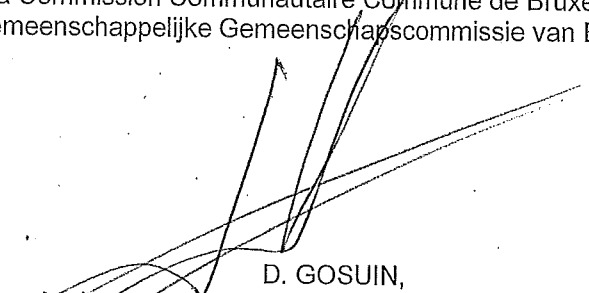


R. DÉMOTTE,
Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles




A. GREOLI,
Vice-Présidente, Ministre de la Culture et de l'Enfance

Pour la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad,



D. GOSUIN,
Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de la Santé, les Finances, le Budget, la
Fonction publique, le Patrimoine et les Relations extérieures



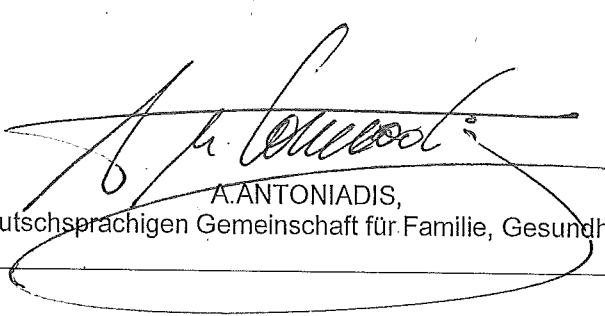
G. VANHENGEL,
Lid van het Verenigd college, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Financiën, de Begroting, het
Openbaar Ambt, het Patrimonium en de Externe Betrekkingen

Pour le Collège de la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale,
Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,



C. JODOGNE
Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de
Santé

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,
Pour la Communauté germanophone,



A. ANTONIADIS,
Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales
