

**Recommandations en matière de diagnostics multiples chez l'enfant et  
l'adolescent.**

**Preliminaires.**

Il est utile de rappeler que l'inter- groupe pédopsychiatrique est composé de représentants des diverses plates-formes qui, concernant la problématique du double diagnostic relayent les travaux des groupes mixtes initiés conjointement par les commissions subrégionales de l'AWIPH et les plates-formes.

Au sujet de la spécificité du secteur infanto-juvénile, outre les secteurs régis par la Région Wallonne (AWIPH et SSM) et par le Fédéral (Santé publique et INAMI), il faut tenir compte de l'implication du secteur de la jeunesse (Communauté Française et Enseignement) et, de manière plus générale, de la nécessité d'articulation des interventions de façon à réduire la rupture qui s'opère à la majorité.

L'appellation « double diagnostic » pose en soi des problèmes épistémologiques. Si nous nous accordons toutefois à passer outre les questions de définitions, il semble nécessaire de rappeler que ce qui doit être relevé c'est l'impasse à laquelle mènent ces situations complexes : impasse des professionnels, du réseau, de l'accès aux soins, à l'hébergement,... Le risque de rupture est ici très élevé.

- La vulnérabilité de la population porteuse d'un handicap mental à l'endroit de la maladie mentale a été maintes fois établie par de nombreuses études. Il s'avère indispensable d'accorder à la santé mentale de ces personnes une attention soutenue et constante sans la dissocier du quotidien des prises en charge. Plus que pour d'autres publics-cibles probablement, il s'agit de penser l'intégration du soin psychique dans les structures de vie, d'apprentissage et de loisir d'une part et de construire des articulations plus souples entre les secteurs.
- Le double diagnostic reste très souvent associés aux troubles du comportement, un peu parfois comme si ceux-ci se situaient d'emblée dans le champ psychiatrique. Il importe de rester vigilant face à cette possible dérive en soulignant que les apparences symptomatiques expriment nombre de mal être liés tantôt à une pathologie psychique tantôt à une souffrance psychologique ou à une pression environnementale.
- Certains sous-groupes posent de manière récurrente la question des frontières entre les secteurs (cf. : les «140» entre la question du handicap et de l'aide à la jeunesse,

## **COLLEGE DES PRESIDENTS ET COORDINATEURS DES PLATES-FORMES WALLONNES, BRUXELLOISES ET GERMANOPHONE**

les enfants autistes entre le soin, le handicap et l'enseignement, etc...). Il semble qu'un souci accru de spécification et/ou de spécialisation soit de nature à engendrer des phénomènes de ségrégation qui, poussé à l'extrême par les situations de crise, mène à l'exclusion et à l'impasse. Il est opportun de tenter de baliser l'intervention non pas en fonction de l'implication des secteurs (catégorie, diagnostic, type) mais d'une politique centrée autour de la personne, au cas par cas, via le réseau. Cette politique, au-delà du soutien qu'elle rencontre au sein des secteurs, nécessite manifestement dans les situations de crise l'intervention d'un tiers garant de la concertation.

### **Recommandations.**

#### **Sur un plan structurel.**

1. De manière globale, favoriser la transversalité des financements afin d'éviter au maximum le morcellement des politiques, des interventions et, en fin de compte, du bénéficiaire.
2. La nécessité du travail en réseau prônée pour les professionnels doit également trouver écho et se concrétiser aux niveaux politique et administratif. Dans ce sens, il semble pertinent de concevoir la création d'un conseil permanent de concertation aux niveaux des instances administratives et de financement (Région Wallonne : AWIPH et SSM ; Fédéral : Structures INAMI et Santé Publique ; Communauté Française : Enseignement, Aide et Protection de la Jeunesse) où siègeraient également des représentants professionnels des secteurs et de la société civile. Outre une meilleure connaissance des règles et fonctionnements des services respectifs, les missions pourraient englober, sans prétention d'exhaustivité, la conception de proposition de programmes de formation communs, l'élaboration de recommandations, la diffusion de l'information, ... et tendre, de manière plus absolue, vers une harmonisation des réglementations.
3. Création par territoire de plate-forme d'un guichet de l'interface «Handicap mental et Santé mentale» sous l'égide des plates-formes (qui organisent déjà des groupes de travail multisectoriels). Cet organe aurait pour double fonction, d'une part, de réaliser l'inventaire des expériences et des synergies sur le territoire afin d'offrir aux professionnels et non-professionnels une base de données actualisées et pertinentes et, d'autre part, de mobiliser tous les acteurs concernés en vue d'une concertation, quel que soit le secteur demandeur, dès qu'une situation d'impasse est signalée et rédiger un protocole de collaboration. Le coordinateur de l'interface bénéficierait d'un siège au conseil permanent de concertation.

**COLLEGE DES PRESIDENTS ET COORDINATEURS DES PLATES-FORMES WALLONNES,  
BRUXELLOISES ET GERMANOPHONE**

**Sur le plan concret.**

4. Soutenir et développer des initiatives spécifiques et innovatrices qui se sont développées en RW afin de promouvoir l'adaptation de l'offre face à l'évolution des demandes (exemple : structure telle que « L'Entre-Temps) et à la spécificité des sous-régions (l'équipement et la répartition géographique).
5. Soutenir les interventions ambulatoires par le développement d'équipes mobiles associées aux structures pédopsychiatriques relevant de la Santé Publique ou de l'INAMI. Il importe de préciser ici que la création de ces équipes ne peut à elle seule «résorber» toute la problématique du double diagnostic. Il s'agit d'un élément du dispositif qui loin de se substituer aux structures d'accueil pédopsychiatriques peut contribuer à une meilleure régulation du turn-over en œuvrant à l'évitement des hospitalisations intempestives «sans retour» et en participant à la planification concertée des hospitalisations. Enfin, ce soutien ne peut cependant empêcher le déploiement des moyens des équipes existantes qui reste une priorité.
6. Soutenir par une intervention financière multisectorielle la création d'espaces de répit et de soin psychiatrique de jour (enfants non scolarisables, troubles du comportement, errance,...) afin de permettre aux structures d'accueil ou aux familles de ne pas «décrocher» tout en continuant à participer à la gestion de la situation sans attendre le point de rupture.
7. L'assouplissement du fonctionnement et de la subsidiation des hôpitaux pédopsychiatriques et conventions INAMI pour une meilleure accessibilité aux enfants en grandes difficultés, en ce compris la reconnaissance de lieux de contenance sécurisante pour des durées parfois longues et de la complémentarité des approches éducatives (écoles) et thérapeutiques (CRF).
8. Renforcer structurellement et/ou ponctuellement les équipes thérapeutiques à l'intérieur des institutions subsidiées par l'AWIPH et la Communauté française (notamment pour les jeunes «140» et les enfants avec autisme - rappelons pour ces derniers que beaucoup de structures AWIPH préfèrent ouvrir des espaces d'accueil aux enfants français car leur financement permet la constitution d'un cadre renforcé - rappelons également que la région flamande accorde des moyens plus importants en ce qui concerne ces prises en charge).
9. Garantir financièrement la continuité des soins par la prise en compte au sein des structures pédopsychiatriques Santé Publique et INAMI des périodes de garde, de fermeture et par la revalorisation barémique des pédopsychiatres.
10. Soutenir la formation transversale par l'organisation (conseil permanent de concertation ?) et la subsidiation de rencontres et d'échanges de savoirs inter-sectoriels.

**COLLEGE DES PRESIDENTS ET COORDINATEURS DES PLATES-FORMES WALLONNES,  
BRUXELLOISES ET GERMANOPHONE**

**Conclusions.**

Rappelons que les objectifs de ces recommandations visent à :

- Soutenir l'**engagement** et la **motivation** des professionnels au contact quotidien avec la souffrance humaine. Il est par ailleurs prouvé que la **qualité relationnelle** de ces engagements constitue le premier facteur structurant. Ceci invite aussi à se méfier des dérives d'un réseau «hyper mobile» ;
- Préserver la «psychodiversité» des dispositifs répondant à des besoins différents mais convergents (certains ont besoin d'aide socio-éducative en milieu ouvert, de soins ambulatoires, d'autres d'outreaching, de soins de jour, d'autres encore d'institutionnel ou d'hospitalier)<sup>1</sup> ;
- Permettre aux situations complexes de ne pas être compromises par une trop grande rigidité des cadres structurels liés aux spécificités des secteurs et éviter la multiplication des espaces de concertation et de coordination au détriment du renforcement des dispositifs thérapeutiques et d'accueil existants.
- Optimiser les ressources en évitant l'épuisement successif des unes à la suite des autres et en favorisant les interventions conjointes et en réseau.

---

<sup>1</sup> « Les politiques d'intégration doivent s'établir en parallèle avec le maintien, l'amélioration et l'affinement de la fonction asilaire, qui doit être réservée à des personnes qui présentent de graves difficultés à être admises dans la vie sociale ordinaire », M. Hendrix, note sur «Exclusion et troubles du comportement», 1996.