

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2013-2014

18 MARS 2014

Proposition de résolution relative à la prise en charge de personnes handicapées souffrant en plus d'un trouble psychique ou d'un trouble grave du comportement, et en particulier de celles qui requièrent une hospitalisation

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
MMES STASSIJNS
ET WINCKEL

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2013-2014

18 MAART 2014

Voorstel van resolutie betreffende de opvang van personen met een handicap met een bijkomende psychische stoornis of ernstige gedragsstoornis, in het bijzonder, voor deze voor wie een ziekenhuisopname is vereist

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR
DE DAMES STASSIJNS
EN WINCKEL

Composition de la commission : Samenstelling van de commissie :

Présidente / Voorzitster : Elke Sleurs.

Membres / Leden :

N-VA	Louis Ide, Lies Jans, Elke Sleurs, Veerle Stassijns.
PS	Paul Magnette, Fatiha Saïdi, Fabienne Winckel.
MR	Jacques Brotchi, Dominique Tilmans.
CD&V	Dirk Claes, Cindy Franssen.
sp.a	Leona Detiège, Dalila Douifi.
Open Vld	Nele Lijnen.
Vlaams Belang	Yves Buysse.
Écolo	Cécile Thibaut.
cdH	André du Bus de Warnaffe.

Suppléants / Plaatsvervangers :

Frank Boogaerts, Patrick De Groote, Inge Faes, Helga Stevens, Karl Vanlouwe.
Hassan Bousetta, Ahmed Laaouej, Philippe Mahoux, Olga Zrihen.
François Bellot, Christine Defraigne, Gérard Deprez.
Wouter Beke, Sabine de Bethune, Els Van Hoof.
Bert Anciaux, Fatma Pehlivan, Fauzaya Talhaoui.
Jean-Jacques De Gucht, Guido De Padt.
Bart Laeremans, Anke Van dermeersch.
Marcel Cheron, Zakia Khattabi.
Francis Delpérée, Bertin Mampaka Mankamba.

Voir :

Documents du Sénat :

5-2201 - 2012/2013 :

N° 1 : Proposition de résolution de M. du Bus de Warnaffe et consorts.

5-2201 - 2013/2014 :

N° 2 : Amendements.

Zie :

Stukken van de Senaat :

5-2201 - 2012/2013 :

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van de heer du Bus de Warnaffe c.s.

5-2201 - 2013/2014 :

Nr. 2 : Amendementen.

I. INTRODUCTION

La proposition de résolution relative à la prise en charge de personnes handicapées souffrant en plus d'un trouble psychique ou d'un trouble grave du comportement, et en particulier de celles qui requièrent une hospitalisation, a été déposée le 11 juillet 2013. La commission des Affaires sociales l'a examinée lors de ses réunions du 25 février et des 11 et 18 mars 2014.

Le 25 février, l'auteur principal de la proposition de résolution a présenté son exposé introductif et un premier échange de vues a eu lieu.

Le 11 mars 2014, les personnes suivantes ont été entendues :

— M. Johan de Groef, directeur général de la « *VZW Zonnelied* »;

— le Dr Lieve Baetens, psychiatre, Hôpital de Manage;

— le Dr Pierre Titeca, psychiatre, président du Conseil d'administration du Centre hospitalier Jean Titeca.

Le compte rendu de ces auditions est joint en annexe au présent rapport.

Enfin, lors de la réunion du 18 mars 2014, la discussion a été clôturée et le vote final a eu lieu.

II. EXPOSÉ INTRODUCTIF

M. du Bus de Warnaffe déclare qu'à l'heure actuelle, la place des personnes handicapées dans nos sociétés occidentales fait l'objet d'une attention considérable de la part de la population et du monde politique. De plus, la qualité des institutions belges — tant les centres de jour que les centres d'hébergement — est reconnue dans l'Europe entière, même si un manque cruel de places reste encore à déplorer.

Il y a un segment de la population pour lequel il n'existe toujours pas de centres de jour ni de centres d'hébergement. Il s'agit des personnes chez qui un « double diagnostic » a été établi, c'est-à-dire des personnes qui présentent à la fois un handicap mental et des problèmes de santé mentale qui peuvent se traduire par des troubles du comportement, par exemple. On estime que quelque cinquante mille personnes présenteraient un « double diagnostic », soit un tiers du nombre total de personnes affectées d'un handicap mental.

Ces personnes ont des aptitudes cognitives et relationnelles limitées, si bien qu'elles sont confron-

I. INLEIDING

Het voorstel van resolutie betreffende de opvang van personen met een handicap met een bijkomende psychische stoornis of ernstige gedragsstoornis, in het bijzonder, voor deze voor wie een ziekenhuisopname is vereist werd ingediend op 11 juli 2013. De commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft dit voorstel besproken tijdens haar vergaderingen van 25 februari en 11 en 18 maart 2014.

Op 25 februari werd de inleidende uiteenzetting gegeven door de hoofdindieners van het voorstel van resolutie en vond een eerste gedachtewisseling plaats.

Op 11 maart 2014 vond een hoorzitting plaats met de volgende personen :

— de heer Johan de Groef, algemeen directeur van het VZW Zonnelied;

— dr. Lieve Baetens, psychiater, *Hôpital de Manage*;

— dr. Pierre Titeca, psychiater, voorzitter van de Raad van Bestuur van de *Centre Hospitalier Jean Titeca*.

Deze hoorzitting vindt men terug als bijlage bij dit verslag.

Tijdens de vergadering van 18 maart 2014 ten slotte werd de bespreking afgerond en vond de eindstemming plaats.

II. INLEIDENDE UITEENZETTING

De heer du Bus de Warnaffe verklaart dat personen met een handicap in onze westerse samenleving vandaag behoorlijk wat aandacht krijgen van de bevolking en politici. Bovendien zijn de Belgische instellingen — zowel de dagcentra als de verblijfsinstellingen — van een zeer goede kwaliteit, wat ook op Europees niveau wordt erkend. Daaraan moet men wel toevoegen dat het plaatsgebrek problematisch blijft.

Voor een bepaald segment van de bevolking is er nog steeds een afwezigheid van opvangcentra en verblijf. Het gaat met name om mensen voor wie de zogenaamde « dubbele diagnose » werd vastgesteld. Concreet betreft dit personen die zowel aan een mentale handicap lijden als mentale gezondheidsproblemen ondervinden, die bijvoorbeeld tot uiting komen in hun gedrag. Men schat dat voor ongeveer vijftigduizend mensen een dergelijke « dubbele diagnose » werd vastgesteld, wat één derde vertegenwoordigt van het globale aantal personen met een mentale handicap.

De cognitieve en relationele houding van de betrokkenen is beperkt, en het gevolg hiervan is dat

tées à de nombreux problèmes de communication. Elles éprouvent des difficultés à exprimer leurs problèmes et, partant, adoptent souvent des comportements qui sont difficilement acceptables pour la société, surtout lorsqu'elles sont en période de crise. Il peut arriver qu'elles deviennent violentes; elles doivent donc dans ce cas faire l'objet d'une prise en charge adaptée.

La grande difficulté est précisément de garantir une prise en charge spécifique aux personnes présentant un «double diagnostic». Les établissements spécialisés dans l'accueil des personnes atteintes d'un handicap mental sont souvent démunis face à l'absence de soins psychiatriques individualisés et adaptés. Les structures psychiatriques sont certes performantes en matière de soins psychiatriques, mais elles ne tiennent pas (suffisamment) compte du projet de vie de la personne, de la nécessité d'organiser des activités, etc. Elles considèrent en effet que ces tâches incombent aux établissements spécialisés dans l'accueil des personnes handicapées mentales. Ces établissements ne peuvent donc apporter aucune réponse en termes de prise en charge des problèmes comportementaux et psychiatriques des patients concernés. En Belgique, le secteur des soins de santé est, lui aussi, performant dans son ensemble, mais le vrai problème réside dans l'absence d'une approche globale; or, c'est précisément d'une telle approche que les patients concernés ont besoin.

La question du double diagnostic a été examinée à plusieurs reprises au sein de la Conférence interministérielle Santé publique (2009-2010). D'importantes décisions ont été prises. M. du Bus de Warnaffe renvoie à cet égard aux extraits cités dans les développements. Ainsi, plusieurs projets pilotes ont été lancés par l'autorité fédérale, en collaboration avec les services compétents au sein des communautés et des régions. Il s'agit là d'un projet historique; c'est la première fois, en effet, que les autorités concernées prenaient l'engagement de garantir une prise en charge pour les patients présentant un «double diagnostic».

Une première forme de réseau, appelée «Concerto», s'est développée dès 2005. Ce projet avait pour finalité de contribuer au décloisonnement des soins et à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients psychiatriques vivant à domicile. Cela impliquait :

- de soutenir les soins à domicile réguliers pour ce groupe cible;
- de coordonner les soins pour ces patients psychiatriques;
- d'assurer une fonction de coaching pour les soins à domicile réguliers;
- d'apporter un soutien ponctuel aux patients que les soins à domicile réguliers ne peuvent ou ne

zij heel wat communicatieproblemen ondervinden. Het blijft voor hen moeilijk om hun specifieke problematiek uit te leggen en dit vertaalt zich vaak in een gedrag dat, vanuit maatschappelijk oogpunt bekeken, moeilijk aanvaardbaar is, zeker in crisisperiode. Soms gaat dit ook gepaard met geweld die een aangepaste opname vereist.

De grote moeilijkheid bestaat precies in de specifieke opvang van deze personen met een «dubbele diagnose». De instellingen voor mentaal gehandicapten die deze personen opvangen, staan vaak machteloos bij gebrek aan geïndividualiseerde en aangepaste psychiatrie zorg. Bovendien zijn psychiatrie instellingen weliswaar performant inzake psychiatrie sche zorg, maar omdat het hun taak niet is maar die van de instellingen uit de sector van de mentale handicap, houden zij weinig of geen rekening met het levensproject van de persoon, het organiseren van activiteiten, enz. Deze instellingen hebben dan ook geen antwoord op de gedragsproblematiek en de psychiatrie problemen van de betrokken patiënt. Ook de Belgische gezondheidszorg in het algemeen is performant, maar ontbeert een integrale benadering, terwijl de betrokkenen dit precies nodig hebben.

Het probleem van de dubbele diagnostiek werd verschillende keren (2009-2010) besproken op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Er werden belangrijke beslissingen genomen en de heer du Bus de Warnaffe verwijst naar de uittreksels die worden gegeven in de memorie van toelichting. Zo werden enkele pilootprojecten opgestart door de federale overheid, in samenwerking met de instellingen gemeenschappen en de gewesten. Dit was historisch, vermits de betrokken overheden er zich voor het eerst toe engageerden om een patiënten met een «dubbele diagnose» ten laste te nemen.

Een eerste vorm van netwerk ontwikkelde zich reeds in 2005 en kreeg de naam «Concerto». Het was de bedoeling bij te dragen tot de ontsluiting van de verzorging en de kwaliteit van de verzorging van thuiswonende psychiatrie patiënten te verbeteren. Dit hield het volgende in :

- de reguliere thuiszorg voor de doelgroep aanmoedigen;
- de verzorging van die psychiatrie patiënten coördineren;
- in een coachingfunctie voorzien voor de reguliere thuiszorg;
- patiënten specifieke ondersteuning bieden die niet kan worden geboden of ten laste kan worden

souhaitent pas prendre en charge et ce, dans le cadre d'un réseau actif.

Les objectifs de ce projet étaient les suivants :

- aider la personne nécessitant des soins psychiatriques à se maintenir dans son milieu de vie et à améliorer sa qualité de vie, en associant son entourage si la personne marque son accord;
- apporter une offre d'aides spécialisées aux intervenants des soins à domicile réguliers;
- apporter des réponses aux demandes d'informations et aux besoins de formation des équipes de travailleurs des soins à domicile réguliers et des médecins généralistes;
- établir les relations de collaboration et de coopération que requiert l'organisation de soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile, ainsi que leur coordination sur le territoire d'un arrondissement;
- assurer un rôle de liaison entre les usagers, les soins à domicile réguliers, l'ensemble du réseau de soins en santé mentale et les intervenants des milieux social, judiciaire et culturel;
- favoriser la continuité des soins par la mise en place d'une méthodologie commune adaptée aux patients qui ne peuvent s'appuyer sur un environnement familial et social suffisant et qui nécessitent une aide spécialisée pour poursuivre leur traitement psychiatrique en ambulatoire;
- rendre l'utilisateur acteur de son processus de soins;
- éviter les hospitalisations, et réduire le nombre et la durée de celles qui ne peuvent être évitées.

En 2009, la ministre de la Santé publique a soutenu cette approche et a lancé, dans le cadre du projet-pilote « double diagnostic », des projets à Manage, Bertrix, Gand et Bierbeek. Ce n'est que lors de la Conférence interministérielle de juin 2012 qu'un montant de 500 000 euros a été libéré pour quatre équipes mobiles d'intervention qui assureront l'accompagnement et le soutien des patients concernés, tant à domicile que dans les centres d'accueil et d'hébergement, relativement à leurs troubles du comportement (par exemple automutilations, violences physiques envers les autres, destruction de matériel, cris, comportements sexuels inappropriés, absorption d'objets, etc.).

Les équipes mobiles d'intervention sont soutenues par un psychiatre et poursuivent toujours l'objectif de travailler en réseau. Elles s'inscrivent également dans ce que l'on appelle la « réforme 107 » des réseaux de soins multidisciplinaires. Certaines hospitalisations

genomen door de reguliere thuiszorg, en dit binnen een actief netwerk.

Dat project had de volgende doelstellingen :

- de persoon die psychiatrische zorg nodig heeft, helpen zodat hij in zijn leefomgeving kan blijven en zijn levenskwaliteit kan verbeteren. Hierin wordt zijn omgeving betrokken, mits de betrokkene hiermee instemt;
- een pakket gespecialiseerde hulp aanbieden aan verleners van reguliere thuiszorg;
- antwoorden geven op vragen om informatie en tegemoetkomen aan de opleidingsbehoeften van het personeel in de reguliere thuiszorg en van huisartsen;
- samenwerkingsverbanden leggen die vereist zijn voor de organisatie van psychiatrische thuiszorg en dit coördineren binnen een arrondissement;
- een schakel vormen tussen gebruikers, reguliere thuiszorg, het volledige netwerk voor geestelijke gezondheidszorg en werknemers uit de sociale, juridische en culturele sectoren;
- de continuïteit van de zorg aanmoedigen waarbij een gemeenschappelijke methodologie wordt uitgewerkt op maat van de patiënten die niet kunnen terugvallen op een afdoende familiale of sociale omgeving en gespecialiseerde hulp nodig hebben om hun ambulante psychiatrische behandeling voort te zetten;
- de gebruiker actief betrekken in zijn verzorging;
- ziekenhuisopnames voorkomen of, als het niet anders kan, het aantal opnames en de duur ervan verminderen.

In 2009 steunde de minister van Volksgezondheid deze aanpak en startte zij, in het kader van het pilootproject « dubbele diagnose », projecten op in Manage, Bertrix, Gent en Bierbeek. Pas tijdens de interministeriële Conferentie van juni 2012 werd een bedrag van 500 000 euro vrijgemaakt voor vier mobiele interventieteams die de betrokken patiënten zowel thuis als in de opvang- en verblijfscentra begeleiden en ondersteuning bieden voor hun gedragsstoornissen — zoals zelfverminking, fysiek geweld naar anderen toe, vernieling van materiaal, geschreeuw, ongepast seksueel gedrag, het inslikken van voorwerpen en dergelijke.

De mobiele interventieteams worden ondersteund door een psychiater en hebben steeds de doelstelling om te werken binnen een netwerk. Zij kaderen ook binnen de zogenaamde « hervorming 107 » van de multidisciplinaire zorgnetwerken. Dit alles neemt

n'en demeurent pas moins nécessaires et même contraintes. La proposition de résolution porte sur ces hospitalisations. Les compétences requises à cet égard n'ont été développées qu'au sein de deux services, un en Flandre à Bierbeek et un en Wallonie à Manage. Force est de constater que les demandes des patients concernés et de leur famille ne peuvent pas être rencontrées lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire. En effet, le patient concerné doit être pris en charge tant dans une perspective psychiatrique que sous l'angle de son handicap mental, ce qui implique la nécessité de travailler de manière très irrégulière en devant néanmoins offrir au patient un certain calme.

Les structures concernées sont donc confrontées à leur incapacité à dispenser suffisamment de soins. De plus, une telle structure fait défaut dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les patients concernés et leur famille doivent par conséquent s'adresser au centre de Manage ou de Bierbeek. L'urgence se fait donc sentir d'ouvrir, à Bruxelles également, une institution pouvant aider les patients à double diagnostic.

La proposition de résolution, élaborée entre autres dans le sillage d'un colloque organisé le 11 décembre 2013 à l'initiative de M. du Bus de Warnaffe, demande au gouvernement :

1. de saisir le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) afin qu'une étude soit réalisée sur la problématique du « Double diagnostic », portant notamment sur les points suivants :

a) évaluer la prise en charge des personnes qui nécessitent, en dernier recours, une offre de soins spécialisée en milieu hospitalier;

b) fixer un indice adéquat pour les services « Double diagnostic » (les indices actuels A et T ne couvrent ni les besoins des patients, ni ceux du personnel);

c) estimer les coûts pour le budget des soins de santé;

d) évaluer la nécessité de créer de nouvelles unités « Double diagnostic » en fonction des besoins de la population;

e) soutenir l'élargissement de la compétence des cellules mobiles d'intervention en appui aux services des hôpitaux psychiatriques;

f) examiner l'opportunité de former des médecins psychiatres généralistes, qui aient une réelle vision globale et non fractionnée de la santé mentale de leurs patients, comme cela existe déjà pour les médecins internistes généralistes;

echter niet weg dat er hoe dan ook ziekenhuisopnames nodig en zelfs dwingend zijn. Het voorstel van resolutie betreft deze opnames. Er zijn slechts twee diensten — één in Vlaanderen en één in Wallonië — waar de nodige competenties werden ontwikkeld, met name in Bierbeek en in Manage. Men stelt vast dat men onmogelijk kan beantwoorden aan de vragen van de betrokken patiënten en hun gezinnen wanneer een ziekenhuisopname nodig is. Men dient immers de betrokken patiënt te benaderen vanuit zowel psychiatisch oogpunt als vanuit hun mentale handicap, wat impliceert dat men op zeer onregelmatige wijze moet werken terwijl men toch aan de patiënten een zekere rust moet bieden.

De betrokken structuren ervaren dus zelf dat zij onvoldoende zorg kunnen bieden. Bovendien is er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geen structuur voorhanden; de betrokken patiënten en hun gezinnen dienen zich tot het centrum in Manage of Bierbeek te wenden. Het is derhalve dringend om ook in Brussel een instelling te openen waar patiënten met een « dubbele diagnose » terecht kunnen met hun problemen.

Het voorstel van resolutie kwam onder meer tot stand na een colloquium dat de heer du Bus de Warnaffe op eigen initiatief heeft georganiseerd op 11 december 2013 en vraagt de regering :

1. om het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) te verzoeken een studie uit te voeren over de problematiek van de « Dubbele Diagnose », meer bepaald met betrekking tot de volgende punten :

a) de evaluatie van de opvang van personen die als laatste redmiddel gespecialiseerde verzorging krijgen aangeboden in een ziekenhuisomgeving;

b) een passende norm vast te stellen voor de diensten « Dubbele Diagnose » (de huidige A-en T-normen dekken noch de behoeften van de patiënten, noch die van het personeel);

c) de kosten voor de begrotingspost van gezondheidszorg;

d) de noodzaak om nieuwe « Dubbele Diagnose- » eenheden op te richten, op basis van de behoeften van de bevolking;

e) de uitbreiding van de bevoegdheid van de mobiele interventiecellen om de diensten van de psychiatische ziekenhuizen te ondersteunen.

f) om de mogelijkheid te onderzoeken om huisartsen-psychiaters op te leiden, die echt een brede visie hebben en niet alleen de beperkte problematiek van de geestelijke gezondheid van hun patiënten zien, zoals dit reeds bestaat voor huisartsen-internisten;

g) examiner l'opportunité d'élaborer un plan national au sujet du « Double diagnostic »;

2. de maintenir les projets pilotes en cours relatifs aux cellules mobiles d'intervention « Double diagnostic » jusqu'au rapport définitif du KCE énonçant ses recommandations;

3. de maintenir les projets en cours relatifs aux unités « Double diagnostic » jusqu'au rapport final du KCE énonçant ses recommandations;

4. d'envisager la possibilité de créer des projets pilotes pour des unités « Double diagnostic » dans des régions qui n'en disposent pas actuellement.

III. DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Point de vue de la ministre

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, relève que, contrairement à ce que prétend l'auteur de la proposition de résolution, il n'existe nulle part des unités hospitalières spécifiques pour les patients à double diagnostic. Il existe certes des unités où, sur la base de l'engagement individuel et de la bonne volonté du personnel, on accueille des patients de ce type, mais il ne s'agit en aucun cas de projets pilotes qui s'adresseraient spécifiquement à ce groupe de patients. Les projets pilotes auxquels l'auteur de la proposition de résolution fait référence concernent des unités mobiles. Il y a cinq unités mobiles pour adultes — dont deux en Flandre, 2 en Wallonie et une à Bruxelles — et trois unités mobiles pour les enfants et les adolescents (une dans chaque Région).

Il n'empêche que l'auteur de la proposition dit vrai lorsqu'il affirme que pour soigner les patients à double diagnostic, on a besoin de l'appui de ces équipes mobiles qui peuvent prévenir ou maîtriser une crise, ou qu'une hospitalisation d'environ trois mois est nécessaire pour permettre à l'intéressé de retrouver son rythme de vie normal.

Si l'on veut mettre en place une structure performante pour les patients à double diagnostic, on doit pouvoir se baser sur une étude et c'est pourquoi la ministre de la Santé publique a chargé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé de réaliser une telle étude. Cette demande a été acceptée au niveau formel, mais n'a pas été considérée comme une priorité absolue. Elle n'a dès lors pas été retenue.

Elle relève en outre que le point 3 de la proposition de résolution prie le gouvernement fédéral de mainte-

g) om de mogelijkheid te onderzoeken een nationaal plan uit te werken in verband met de « Dubbele Diagnose »;

2. om de nu actieve proefprojecten mobiele interventiecellen « Dubbele Diagnose » te behouden tot er een definitief verslag is met aanbevelingen van het KCE;

3. om de nu actieve projecten « Dubbele Diagnose » eenheden te behouden tot er een definitief verslag is met aanbevelingen van het KCE;

4. om de mogelijkheden tot het oprichten van proefprojecten voor « Dubbele Diagnose » eenheden in regio's die daar momenteel niet over beschikken in overweging te nemen.

III. ALGEMENE BESPREKING

A. Standpunt van de minister

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, wijst erop dat, in tegenstelling tot wat de indiener van het voorstel van resolutie beweert, er nergens specifieke ziekenhuiseenheden bestaan voor patiënten met een « dubbele diagnose ». Er bestaan wel eenheden waar men, op basis van inzet en goede wil, dergelijke patiënten opvangt maar het gaat geenszins om pilootprojecten specifiek voor deze groep van patiënten. De pilootprojecten naar dewelke de indiener van het voorstel van resolutie verwijst betreffen mobiele eenheden. Er zijn vijf mobiele eenheden voor volwassenen — waarvan twee in Vlaanderen, twee in Wallonië en een in Brussel — en drie mobiele eenheden voor kinderen en jongeren (één voor elk Gewest).

Dit neemt niet weg dat de indiener van het voorstel het bij het rechte eind heeft dat, om de betrokken patiënten met « dubbele diagnose » te verzorgen, er steun vereist is van deze mobiele teams die een crisis kan voorkomen of beheersen, of dat een ziekenhuisopname gedurende ongeveer 3 maanden vereist is zodat de betrokkene terug zijn normale levensritme kan terugvinden.

Om een performante structuur voor « dubbele diagnose » patiënten op te zetten moet men zich kunnen baseren op een studie en de minister van Volksgezondheid heeft om deze reden het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg gevraagd een dergelijke studie uit te voeren. Deze aanvraag is aanvaard op het formele niveau maar werd niet als een topprioriteit beschouwd en daarom niet weerhouden.

Verder merkt zij op dat, wanneer punt 3 van het voorstel van resolutie de federale regering verzoekt

nir les unités actuellement actives, mais que cette décision appartient surtout aux gestionnaires des hôpitaux concernés, et non au gouvernement.

B. Discussion

Mme Detiège s'interroge sur la raison pour laquelle la demande de la ministre au Centre fédéral d'expertise des soins de santé n'a pas été retenue. Est-ce par manque de moyens ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, répond que le KCE ne peut réaliser qu'un nombre limité d'études par an. D'autres points ont été jugés plus prioritaires par le KCE.

M. du Bus de Warnaffe confirme que le KCE réalisera trois autres études dans le cadre des soins de santé mentaux. Mais si le Sénat demande expressément de réaliser une étude sur le double diagnostic parce qu'il juge ce sujet prioritaire, le KCE ne pourra pas rester sourd à cette demande.

La ministre répond que c'est un point qui devra être tranché au sein du KCE.

M. Brotchi souligne que les familles concernées sont souvent très discrètes à propos de cette problématique et qu'elles n'osent souvent pas trop en parler. De ce fait, le phénomène est sérieusement sous-estimé. L'attention que la proposition de résolution accorde aux patients à double diagnostic est donc plus que justifiée.

IV. DISCUSSION DES AMENDEMENTS

Amendement n° 1

Mme Winckel et consorts déposent l'amendement n° 1 qui tend à remplacer le point 3 des recommandations de manière à demander au Conseil national des établissements hospitaliers de créer un nouvel indice hospitalier et d'élaborer une programmation spécifique pour les patients à double diagnostic.

Mme Winckel renvoie à la justification écrite de l'amendement.

M. du Bus de Warnaffe souscrit à cet amendement et à sa portée. C'est pourquoi il l'a d'ailleurs cosigné. La ministre de la Santé publique suit effectivement le dossier et l'intervenant s'en réjouit. Il est exact que la ministre n'a cependant pas aujourd'hui le pouvoir de maintenir les projets pilotes et que cette décision

om de nu actieve eenheden te behouden, een dergelijke beslissing vooral in de handen ligt van de beheerders van de betrokken ziekenhuizen en niet van de regering.

B. Bespreking

Mevrouw Detiège vraagt waarom de vraag van de minister aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg niet werd weerhouden. Heeft dit te maken met het gebrek aan middelen ?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, antwoordt dat het KCE jaarlijks slechts een beperkt aantal studies kan realiseren. Andere punten werden als meer prioritair beschouwd door het KCE.

De heer du Bus de Warnaffe bevestigt dat het KCE 3 andere studies zal uitvoeren in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. Indien de Senaat echter uitdrukkelijk verzoekt dat er een studie zou worden gerealiseerd over de « dubbele diagnose » omdat hij dit prioritair acht, kan het KCE dit echter niet zomaar naast zich neerleggen.

De minister antwoordt dat dit een aangelegenheid is die in de schoot van het KCE moet worden beslist.

De heer Brotchi wijst erop dat de betrokken gezinnen vaak zeer discreet zijn over deze problematiek en hierover niet goed durven praten. Als gevolg daarvan wordt het fenomeen ernstig onderschat. De aandacht die het voorstel van resolutie schenkt aan de patiënten met een « dubbele diagnose » is dan ook meer dan terecht.

IV. BESPREKING VAN DE AMENDEMENTEN

Amendement nr. 1

Mevrouw Winckel c.s. dienen amendement nr. 1 in dat ertoe strekt om, in het dispositief, punt 3 te vervangen in die zin dat aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen wordt gevraagd een nieuwe ziekenhuisindex in het leven te roepen en een specifieke programmatie voor de patiënten met een « dubbele diagnose » uit te werken.

Mevrouw Winckel verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

De heer du Bus de Warnaffe is het eens met de strekking van dit amendement en heeft het daarom mede ondertekend. De minister van Volksgezondheid volgt het dossier immers op en spreker verheugt zich hierover. Het klopt dat de minister vandaag evenwel geen bevoegdheid heeft om de pilootprojecten te

relève de la compétence des hôpitaux concernés. De plus, l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers est effectivement requis. Cet avis ne peut que renforcer la crédibilité de la proposition de résolution.

Amendement n° 2

Mme Winckel et consorts déposent l'amendement n° 2 qui vise à supprimer le point 4 du dispositif.

Mme Winckel renvoie à la justification écrite de l'amendement.

M. du Bus de Warnaffe relève que la proposition de résolution a vu le jour notamment parce que les Bruxellois ne se voient pas proposer actuellement de services hospitaliers de ce type. La sixième réforme de l'État régionalise entièrement cette compétence. Il se justifie dès lors de supprimer une recommandation contenue dans une proposition de résolution adressée au gouvernement fédéral, demandant à ce dernier de créer une nouvelle programmation pour les patients à double diagnostic, étant donné que ce gouvernement ne sera bientôt plus compétent en la matière.

Il n'empêche qu'une étude des besoins reste indispensable, y compris en Région de Bruxelles-Capitale, et qu'une programmation spécifique est nécessaire. Ces éléments sont toutefois pris en compte par le point 3 du dispositif tel qu'il a été amendé par l'amendement n° 1.

Amendement n° 3

Mme Thibaut dépose l'amendement n° 3 visant à ajouter, dans le point 1 du dispositif, un *h*) (nouveau) concernant l'évaluation de l'impact sur les soins de santé de première ligne du maintien des patients à double diagnostic dans leur milieu de vie.

Mme Thibaut soutient la proposition de résolution, mais celle-ci vise surtout à encourager les structures hospitalières à prendre en charge les patients à double diagnostic. L'intervenante est toutefois d'avis que l'accueil à domicile, tel qu'il existe déjà aujourd'hui, doit également faire l'objet d'une évaluation approfondie afin de dessiner les contours d'une politique future équilibrée. L'accueil à domicile devrait en effet être le premier objectif de toutes les parties concernées.

M. du Bus de Warnaffe souscrit tout à fait à ce point de vue. Même lorsqu'on parle d'une hospitalisation, l'objectif premier que l'on a à l'esprit est le traitement du patient à domicile. Tel est du reste aussi l'objectif des équipes mobiles qui veulent être le trait d'union

handhaven en dat zulks afhangt van de betrokken ziekenhuizen. Bovendien is het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen inderdaad nodig. Dergelijk advies kan de geloofwaardigheid van het voorstel van resolutie alleen maar vergroten.

Amendement nr. 2

Mevrouw Winckel c.s. dienen amendement nr. 1 in dat ertoe strekt om punt 4 van het dispositief te doen vervallen.

Mevrouw Winckel verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

De heer du Bus de Warnaffe wijst erop dat het voorstel van resolutie onder meer tot stand is gekomen omdat er vandaag in Brussel geen ziekenhuisdiensten worden aangeboden. De zesde Staatshervorming maakt de Gewesten hiervoor integraal bevoegd. Het is dan ook terecht dat een aanbeveling in een voorstel van resolutie, gericht aan de federale regering, waarin deze wordt gevraagd een nieuwe programmatie voor de patiënten met een « dubbele diagnose » uit te werken te doen vervallen vermits deze regering hiervoor binnenkort niet langer bevoegd zal zijn.

Dat neemt niet weg dat een onderzoek naar de behoeften belangrijk blijft, ook in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en dat een specifieke programmatie nodig is. Deze elementen worden evenwel ondervangen door punt 3 van het dispositief, zoals geamendeerd door amendement nr. 1.

Amendement nr. 3

Mevrouw Thibaut dient amendement nr. 3 in dat beoogt in het punt 1 van het dispositief, een *h*) (nieuw) in te voegen met betrekking tot de evaluatie van de impact van de eerstelijnsgezondheidszorg die erop gericht is om de betrokken patiënten in hun leefomgeving te behouden.

Mevrouw Thibaut steunt het voorstel van resolutie maar dit is er evenwel voornamelijk op gericht om ziekenhuisstructuren aan te moedigen de patiënten met « dubbele diagnose » op te nemen. Spreekster meent evenwel dat ook de thuisopvang, die vandaag reeds bestaat, aan een grondige evaluatie moet worden onderworpen om het toekomstig beleid op een evenwichtige wijze uit te tekenen. Thuisopvang zou immers voor alle betrokkenen de eerste doelstelling moeten zijn.

De heer du Bus de Warnaffe is het hiermee volledig eens. Ook wanneer men spreekt over een ziekenhuisopname, heeft men steeds als eerste objectief de thuisbehandeling van de betrokken patiënt voor ogen. Dit is overigens ook het doel van de mobiele equipes,

entre les familles, d'une part, et les centres d'accueil et les soins de santé, d'autre part, précisément dans le but d'éviter une hospitalisation. Une évaluation de cette prise en charge à domicile est donc une excellente idée, mais elle s'inscrit dans une politique globale d'évaluation des structures existantes.

V. VOTES

Les amendements n^{os} 1, 2 et 3 sont adoptés à l'unanimité des 9 membres présents.

La proposition de résolution relative à la prise en charge de personnes handicapées souffrant en plus d'un trouble psychique ou d'un trouble grave du comportement, et en particulier de celles qui requièrent une hospitalisation, ainsi amendée, est adoptée à l'unanimité des 9 membres présents.

Confiance a été faite aux rapporteurs.

Les rapporteuses,
Veerle STASSIJNS.
Fabienne WINCKEL.

La présidente,
Elke SLEURS.

*
* *

die als tussenschakel willen optreden tussen de families en de opvangcentra en de gezondheidszorg, precies met het doel een ziekenhuisopname te vermijden. Een evaluatie van deze thuisopvang is dan ook een goed idee en maakt deel uit van een globaal beleid om de bestaande structuren te evalueren.

V. STEMMINGEN

De amendementen nrs. 1, 2 en 3 worden aangenomen met eenparigheid van de 9 aanwezige leden.

Het aldus geamendeerde voorstel van resolutie betreffende de opvang van personen met een handicap met een bijkomende psychische stoornis of ernstige gedragsstoornis, in het bijzonder, voor deze voor wie een ziekenhuisopname is vereist wordt aangenomen met eenparigheid van de 9 aanwezige leden.

Vertrouwen wordt geschonken aan de rapporteurs.

De rapporteurs,
Veerle STASSIJNS.
Fabienne WINCKEL.

De voorzitter,
Elke SLEURS.

*
* *

Annexe

Audition du 11 mars 2014 :

- de M. Johan de Groef, directeur général de l'ASBL «*Zonnelied*»;
- du Dr Lieve Baetens, psychiatre, Hôpital de Manage;
- du Dr Pierre Titeca, psychiatre, président du conseil d'administration du Centre hospitalier Jean Titeca.

VI. EXPOSÉS

A. Exposé du Dr Godelieve Baetens, psychiatre, Hôpital de Manage.

Mme Baetens remercie les membres de la commission de s'intéresser à cette problématique des personnes avec un handicap mental atteintes de surcroît d'une affection mentale. Elle s'est forgée une solide expérience en la matière par son travail à Manage, mais aussi en tant qu'assistante en psychiatrie du docteur Caeyenberghs qui suit cette problématique depuis trente ans déjà. À cela s'ajoute son expérience au sein de l'ASBL *Zonnelied*, un centre pour handicapés mentaux qui accueille des groupes présentant des troubles comportementaux. L'intervenante a en outre son propre cabinet privé et elle travaille dans le Centre de soins de santé mentale avec des étudiants de la VUB.

Il existe quelques départements dans certains hôpitaux psychiatriques, comme à Bierbeek et à Manage, qui accueillent également des patients bruxellois. Ceux-ci ne peuvent en effet pas être pris en charge à Bruxelles qui n'est pas dotée d'un hôpital psychiatrique offrant cette spécificité, ce qui laisse perplexe pour la capitale de l'Europe. Les patients sont accueillis dans une unité de diagnostic et de traitement qui dispose d'un personnel qui a reçu une formation *ad hoc*. Les patients s'expriment en effet différemment et l'accompagnement doit être adapté à leur niveau intellectuel et émotionnel. C'est uniquement grâce à ce savoir-faire qu'il est possible d'établir un rapport de confiance entre le patient, les parents et l'équipe, ce qui est extrêmement important, en raison de la fragilité des patients. Pour comprendre l'aspect thérapeutique, le plus simple est de donner des exemples pratiques.

Interagir avec un patient qui présente un handicap mental et souffre également d'autisme requiert un intérêt, une qualification et une formation continue spécifiques de la part du personnel concerné. Les unités classiques ou chroniques en psychiatrie ont dès lors beaucoup de mal à traiter ces patients et n'ont parfois pas d'autre choix que de placer l'intéressé en isolement, ce qui pose le problème éthique de la souffrance du patient qui vient s'ajouter aux aspects pratiques.

La question est de savoir quand il faut procéder à l'hospitalisation; d'après le dr. Baetens, le moins possible. Il faut essayer de prévenir ou d'empêcher une crise au moyen de consultations, d'une adaptation de la médication, d'une psychothérapie ambulante individuelle ou dans le cercle familial, ou de l'intervention d'une équipe mobile. L'article 107 est un atout majeur à cet égard. Dans la moitié des cas, l'agression est toutefois d'une ampleur telle qu'elle constitue un réel danger pour le patient et son entourage. Dans ce cas, seule une hospitalisation permet de gérer la crise et d'offrir une prise en charge adéquate à condition que l'on dispose d'un cadre adapté.

Le manque de lits disponibles est un point faible. Les problèmes se situent à deux niveaux. Tout d'abord, les lits disponibles ne sont pas pourvus d'un encadrement suffisant en termes de personnel et de logistique pour que l'unité puisse fonctionner de manière

Bijlage

Hoorzitting van 11 maart 2014 met :

- de heer Johan de Groef, algemeen directeur van het VZW Zonnelied;
- dr. Lieve Baetens, psychiater, *Hôpital de Manage*;
- dr. Pierre Titeca, psychiater, voorzitter van de Raad van bestuur van de *Centre Hospitalier Jean Titeca*.

VI. UITEENZETTINGEN

A. Uiteenzetting van dr. Godelieve Baetens, psychiater, Hôpital de Manage

Mevrouw Baetens dankt de leden van de commissie om aandacht te besteden aan deze problematiek van personen met een mentale handicap, met daar bovenop een geestelijke aandoening. Zelf heeft zij intussen een ruime ervaring met deze aangelegenheid, vanuit haar werk in Manage maar ook als assistente psychiatrie van dokter Caeyenberghs die reeds gedurende dertig jaar deze problematiek opvolgt. Daar komt haar ervaring in VZW Zonnelied bij, een voorziening voor mentale handicaps met ruimte voor gedragsmoeilijke groepen. Bovendien heeft spreekster nog een eigen privé-praktijk en werkt zij in het Centrum voor geestelijke gezondheidszorg met studenten van de VUB.

Er bestaan enkele afdelingen in sommige psychiatrische ziekenhuizen, zoals in Bierbeek en Manage, die ook Brusselse patiënten opvangen. In Brussel kunnen de betrokken patiënten immers niet terecht, bij gebrek aan een psychiatrisch ziekenhuis met deze specificiteit. Dit geeft toch te denken voor de hoofdstad van Europa. Zo'n diagnose- en behandelingsafdeling vangt de patiënten op en hiervoor is personeel voorhanden dat hiervoor de nodige opleiding en vorming heeft genoten. De patiënten uiteten zich immers op een andere manier en de begeleiding moet aangepast zijn aan het intellectuele en emotionele niveau van de patiënten. Enkel door deze know how kan een vertrouwensband ontstaan tussen de patiënt, de ouders en het team. Dit is enorm belangrijk want, gelet op hun kwetsbaarheid, zijn deze patiënten hiervoor enorm gevoelig. Het therapeutische aspect kan best worden begrepen aan de hand van praktijkvoorbeelden.

Omgaan met een patiënt die niet enkel een mentale handicap heeft maar ook aan autisme lijdt, vraagt een specifieke interesse, opleiding en continue vorming van het betrokken personeel. Klassieke of chronische afdelingen in de psychiatrie hebben dan ook veel moeite om de patiënten te behandelen en kunnen soms niet anders dan de betrokkene in afzondering plaatsen als enige uitweg. Dit resulteert dan weer in een ethisch probleem inzake het lijden van de patiënt, dat bovenop de praktische aspecten komt.

De vraag is wanneer men tot hospitalisatie dient over te gaan. Volgens mevrouw Baetens moet dit zo weinig mogelijk gebeuren. Men moet trachten een crisis te voorkomen of tegen te houden, door consultatie, aanpassing van de medicatie, individuele ambulante psychotherapie of in familieverband, een interventie van een mobiel team. Artikel 107 is in dit verband een grote troef. In de helft van de gevallen is de agressie evenwel zo hevig dat er een reëel gevaar bestaat voor de patiënt en zijn omgeving. Enkel een ziekenhuisopname kan dan orde op zaken stellen en adequate opvang bieden als deze een aangepast kader kan verzekeren.

Het gebrek aan beschikbare bedden is een zwak punt. De problemen situeren zich op twee niveaus. Vooreerst zijn de beschikbare bedden in termen van personeel en logistiek te weinig omkaderd om optimaal te functioneren. De realiteit op het terrein

optimale. La réalité sur le terrain est que les centres d'accueil et de séjour se voient souvent obligés de refuser des patients présentant des troubles comportementaux. Les parents n'ont alors d'autre choix que de les prendre eux-mêmes en charge dans des conditions souvent désastreuses, afin d'éviter le pire en cas de crise grave. Il arrive fréquemment que l'on doive faire appel aux forces de l'ordre et maîtriser le patient, sans toutefois aucun accompagnement ni programme psychiatriques. Les responsables des centres sont souvent très réticents à accepter ce genre de patients. Il s'agit de patients très difficiles et on ignore souvent ce qu'il faut faire si la situation dégénère.

Toutefois, si les centres peuvent avoir la garantie que les patients bénéficieront d'un suivi et d'un traitement permettant d'éviter des crises et qu'une hospitalisation sera possible si une crise devait tout de même survenir, ils sont souvent disposés à prendre un risque calculé. En revanche, en l'absence de cette possibilité d'hospitalisation, l'institution ne voudra prendre que des risques limités, voire aucun risque. Dans ce cas, l'équipe mobile sera confrontée, le cas échéant, à une crise violente.

Les patients concernés courent le risque d'être admis dans un service chronique, auquel cas la durée moyenne du séjour est de pas moins de 3,5 ans, tandis que la durée du séjour dans un service spécialisé est six fois plus courte et le nombre de cas stabilisés après une admission de deux à trois mois y est de 80 %. Cela permet donc au patient concerné de reprendre sa vie normale. Une admission spécialisée est donc beaucoup plus bénéfique tant pour le bien-être du patient que du point de vue économique !

Le problème en matière d'encadrement est également très grave. À Manage, par exemple, la norme est de dix équivalents temps plein pour trente lits mais il n'y a que sept équivalents temps plein pour vingt-cinq lits; ce personnel vient de surcroît d'autres services. Il n'empêche que les membres concernés du personnel sont très motivés parce qu'ils ont suivi une formation et peuvent constater les résultats de leur travail. Pourtant, il y a constamment des demandes de mutation et des problèmes en matière d'absentéisme, ce qui a pour conséquence une perte de personnel qualifié et d'expertise. C'est évidemment dommage.

L'intervenante demande dès lors de mettre à disposition les moyens nécessaires, au profit des patients et des équipes, afin de stabiliser les patients présentant un double diagnostic et de leur permettre de reprendre le cours normal de leur vie dans les plus brefs délais. En vue de faire face aux situations de crise auxquelles ces patients sont confrontés, il est nécessaire que l'équipe soit compétente, qualifiée et suffisamment nombreuse pour assurer une thérapie adéquate et durable. Il convient par conséquent d'adapter d'urgence les normes de Manage et de Bierbeek pour pouvoir garantir cette thérapie. Il s'agit en effet d'un travail rigoureux qui doit être adapté à chaque patient et faire l'objet d'une concertation et d'ajustements en permanence avec toute l'équipe.

Le dr. Baetens considère qu'il faut pouvoir offrir de l'espoir à tous les patients, parents et équipes soignantes concernés. Elle espère que l'on pourra s'atteler aux demandes concrètes qui émanent des acteurs de terrain.

B. Exposé de M. Johan de Groef, ancien directeur général de l'ASBL Zonnelied

M. Johan de Groef, psychothérapeute, ancien directeur général de l'ASBL Zonnelied et ancien président de l'«*European Association on Mental Health and Intellectual Disability*», explique qu'un changement de paradigme s'est produit au cours des vingt dernières années. On est passé d'un modèle médical à un modèle citoyen. Les personnes porteuses d'un handicap ne sont plus considérées comme des patients. C'est ainsi que de nombreuses

is dat de opvang- en verblijfscentra vaak patiënten met gedragsproblemen moeten weigeren. De ouders hebben dan geen andere keuze om ze zelf op te nemen in vaak desastreuze omstandigheden, om het ergste te vermijden in geval van een ernstige crisis. Men moet dan vaak een beroep doen op de ordediensten en de patiënt in bedwang houden, evenwel zonder enige psychiatrische begeleiding of programma. De verantwoordelijken van de centra zijn vaak heel terughoudend om dergelijke patiënten te accepteren. Het gaat om heel moeilijke patiënten en men weet vaak niet wat gedaan indien de situatie escaleert.

Wanneer men evenwel kan verzekeren dat er de patiënten worden opgevolgd en behandeld zodat crisissen kunnen worden vermeden, en dat er hospitalisatie mogelijk is indien dit toch zou gebeuren, zijn de centra evenwel vaak bereid om een berekend risico te nemen. Wanneer deze mogelijkheid tot hospitalisatie evenwel niet aanwezig is, zal de instelling zeer weinig of helemaal geen risico willen nemen. In dat geval wordt de mobiele equipe in voorkomend geval geconfronteerd met een gewelddadige crisis.

De betrokken patiënten lopen het risico om in een chronische dienst te worden opgenomen, in welk geval de gemiddelde duur van het verblijf maar liefst 3,5 jaar bedraagt, terwijl deze duur in een gespecialiseerde dienst zesmaal korter is en de het aantal gevallen dat gestabiliseerd is na een opname van twee à drie maanden 80 % is. Dit laat dan ook toe aan de betrokken patiënt om zijn normale leven weer op te nemen. Zowel voor het welzijn van de patiënt als vanuit economisch oogpunt bekeken is een gespecialiseerde opname dus veel beter !

Het probleem inzake omkadering is eveneens zeer erg. In Manage, bijvoorbeeld, bedraagt de norm tien voltijds equivalenten voor dertig bedden maar zijn er slechts zeven voltijds equivalenten voor vijftientig bedden, die bovendien van andere diensten komen. Dat neemt niet weg dat de betrokken personeelsleden zeer gemotiveerd zijn omdat zij een opleiding hebben genoten en de resultaten van hun werk kunnen vaststellen. Toch zijn er voortdurend vragen tot mutatie en problemen inzake absentisme, als gevolg waarvan er telkens een verlies aan gekwalificeerd personeel en verworven ervaring is. Vanzelfsprekend is dit zeer jammer.

Spreekster vraagt dan ook, ten behoeve van de patiënten en de equipes, de nodige middelen ter beschikking te stellen om de patiënten met een dubbele diagnose te stabiliseren en hen in staat te stellen om zo snel mogelijk de draad van hun normale leven weer op te pikken. Om de crisissituaties waarmee deze patiënten worden geconfronteerd te kunnen opvangen, is er een bekwame en geschoolde equipe nodig, voldoende in aantal, om een adequate en duurzame therapie te verzekeren. Men dient dan ook dringend de normen van Manage en Bierbeek aan te passen om deze therapie te geven. Het gaat immers om een rigoreus werk, dat aangepast moet zijn aan elke patiënt en met het hele team voortdurend dient overlegd en bijgestuurd te worden.

Mevrouw Baetens meent dat men hoop moet kunnen bieden aan alle betrokken patiënten, ouders en zorgteams, en hoopt dat men werk kan maken van de concrete vragen die vanuit het veld worden geformuleerd.

B. Uiteenzetting van de heer Johan de Groef, voormalig algemeen directeur van het VZW Zonnelied.

De heer Johan de Groef, psychotherapeut, voormalig algemeen directeur van het VZW Zonnelied en past president van de «*European Association on Mental Health and Intellectual Disability*», geeft aan dat er de voorbije twintig jaar een paradigmawissel is geweest. Men is overgestapt van een medisch model naar een burgerschapsmodel. Personen met een handicap worden niet langer beschouwd als patiënten. Heel wat mensen met

personnes porteuses d'un handicap mental ont été retirées du circuit psychiatrique afin de pouvoir mener une vie la plus normale possible. Une évolution majeure s'en est suivie dans la politique des personnes handicapées menée au sein des différentes Communautés de notre pays, parallèlement aux évolutions respectives qu'ont connues le secteur médical et les soins de santé mentale tant au niveau fédéral qu'au niveau des Communautés.

La problématique du double diagnostic est la suivante : lorsque des personnes qui présentent à la fois un handicap mental et un problème de santé mentale sont prises en charge dans le secteur du handicap et cherchent de l'aide dans le secteur des soins de santé mentale, celui-ci fait remarquer qu'il n'est pas familiarisé avec ce genre de cas et renvoie les personnes concernées vers le secteur du handicap. Les patients à double diagnostic sont ainsi renvoyés de Ponce à Pilate et ballotés entre deux structures organisationnelles et deux administrations.

L'intervenant souligne l'ampleur du problème. Entre 0,5 et 1,5 habitant sur mille présente à la fois un handicap mental et des problèmes de santé mentale très sérieux. Ces troubles comportementaux sont lourds de conséquences pour l'intéressé lui-même, mais aussi pour sa famille et son entourage professionnel direct. Les patients concernés peuvent être répartis en deux sous-groupes : d'une part, les patients présentant des problèmes psychiatriques (tels que des troubles psychotiques ou bipolaires), avec cette spécificité que ceux-ci sont formulés par des personnes présentant un handicap mental, et, d'autre part, les patients présentant des troubles comportementaux (par exemple, des comportements d'agression ou d'automutilation). En l'espèce, il s'agit de comportements inadaptés dans un contexte qui n'est, lui non plus, pas suffisamment adapté aux besoins des patients concernés, qui ont des réactions inadéquates.

Selon M. De Groef, cela s'explique par l'interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. On peut parler de surmédication, dès lors que l'on considère trop rapidement qu'un patient relève de la psychiatrie, ainsi que de surmédicalisation. Confronté à une situation d'urgence, on fait trop souvent et trop longtemps appel à la psychiatrie. Les listes d'attente, qui sont déjà longues dans le secteur des soins de santé et dans celui du handicap, le sont encore davantage pour de tels patients, qui doivent essuyer un refus dans un premier temps. En effet, les deux secteurs ont leur propre culture, leur propre finalité, leur propre méthode de travail et un personnel formé différemment. Il va sans dire que les intéressés, leur famille et leur entourage professionnel, et, par extension, l'ensemble de la société, font les frais de cette situation.

Selon l'intervenant, il existe au moins trois éléments clés en l'absence desquels il n'est pas possible d'assurer une prise en charge adéquate, qui soit adaptée aux problèmes existants et aux finalités des deux secteurs. Tout d'abord, le secteur des soins aux personnes handicapées doit disposer d'unités spéciales pouvant héberger des patients à double diagnostic, une fois que ceux-ci ont été diagnostiqués et traités. La qualité de vie est en effet importante. Or, les hôpitaux ne sont pas à même de pouvoir l'assurer. Deuxièmement, il faut prévoir suffisamment de places destinées à l'observation et au traitement résidentiels, dans un rayon raisonnable autour de ces unités spécifiques. C'est un élément-charnière dans le circuit de soins. En effet, en l'absence de lits affectés à l'observation et au traitement, le secteur du handicap ne dispose pas, à lui seul, de capacités suffisantes, faute d'expertise. Troisièmement, il faut également assurer, au groupe cible concerné, un accès suffisant à la psychothérapie en ambulatoire, par exemple si le patient réside à son domicile ou fréquente un centre de jour.

La collaboration entre les différents secteurs est un point délicat. Un groupe d'orientation a dès lors été mis sur pied dans le Brabant flamand pour encourager les différents secteurs sur la voie de la collaboration. Même s'il se réunit peu, ce groupe a une grande efficacité, car il rassemble précisément des représentants des trois

un verstandelijke handicap zijn daarom weggehaald uit de psychiatrie om een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Dit is de aanleiding van een hele ontwikkeling in de sector van het gehandicaptenbeleid, in de verschillende Gemeenschappen van ons land, naast de medische sector en de geestelijke gezondheidszorg die verder hun ontwikkeling hebben gekregen, zowel op federaal niveau als op het niveau van de gemeenschappen.

De problematiek van de dubbele diagnose bestaat erin dat indien mensen, met zowel een verstandelijke handicap als een probleem inzake geestelijke gezondheid, worden opgevangen in de gehandicaptensector en hulp zoeken in de geestelijke gezondheidszorg, zij in deze laatste sector te horen krijgen dat zij daarmee niet vertrouwd zijn en terug naar de gehandicaptensector worden gestuurd. Men wordt dus van het kastje naar de muur gestuurd. Patiënten met een dubbele diagnose vallen derhalve tussen twee organisatiestructuren en administraties.

Spreker onderlijnt de omvang van het probleem. Tussen 1,5/1000 en 0,5/1000 inwoners hebben een verstandelijke handicap en bijkomende zeer ernstige problemen inzake geestelijke gezondheidszorg. Deze laatste gedragsproblemen hebben voor de betrokkene zelf, maar ook voor zijn familie en zijn directe professionele omgeving zeer ernstige gevolgen. Men kan de betrokken groep van patiënten opdelen in twee grote groepen: een groep die met psychiatrische problemen te maken heeft, zoals psychose of bipolaire stoornissen, weliswaar gearticuleerd vanuit iemand met een verstandelijke handicap, enerzijds, en anderzijds een groep met gedragsproblemen, zoals agressie of automutilatie. Het gaat daarbij om onaangepast gedrag binnen een context die onvoldoende is aangepast om de noden van de betrokken patiënten, die hierop op een niet adequate wijze reageren.

Een en ander is volgens de heer De Groef te verklaren vanuit complexe interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren, die intercorreleren. Er is sprake van overmedicatie, omdat er te snel «gepsychiatriseerd» wordt, zowel als van overmedicalisatie. Vanuit een noodsituatie doet men te veel en te lang een beroep op de psychiatrie. De wachtlijsten, die in de gezondheidszorg en de gehandicaptensector sowieso reeds lang zijn, zijn dit voor dergelijke patiënten nog langer vermits zij eerst worden geweerd. De beide sectoren hebben immers hun eigen cultuur, finaliteit en werkwijze en de betrokken personeelsleden zijn ook anders gevormd. Vanzelfsprekend zijn het de betrokkenen en hun familie en professionele omgeving — en bij uitbreiding de ganse samenleving — die hiervoor de rekening betalen.

Volgens spreker zijn er op zijn minst drie sleutelementen, zonder dewelke men geen adequate opvang kan bieden die recht doet aan de problemen, en geëigend volgens de finaliteiten van de beide sectoren. Vooreerst zijn er in de gehandicaptenzorg speciale units nodig, waar mensen met een dubbele diagnose, na diagnostiek en behandeling, kunnen leven. De kwaliteit van het leven is immers belangrijk, en ziekenhuizen zijn hiervoor niet geschikt. Bovendien moeten er, in een niet al te grote straal rond deze specifieke units, voldoende plaatsen zijn voor residentiële observatie en behandeling. Dit is een sleutelstuk in het ganse zorgcircuit: wanneer men geen bedden heeft voor observatie en behandeling, is er onvoldoende draagkracht aanwezig in de gehandicaptensector alléén, bij gebrek aan voldoende expertise. Ten derde moet er ook ambulant voldoende toegang zijn tot psychotherapie voor de betrokken doelgroep, bijvoorbeeld wanneer men thuis woont of in een dagcentrum verblijft.

De samenwerking tussen de verschillende sectoren is een heikel punt. Daarom werd in Vlaams-Brabant een stuurgroep samengesteld om de sectoren tot samenwerken te bewegen. Deze stuurgroep vergadert weinig maar heeft een grote slagkracht, precies omdat de 3 sleutelementen erin vertegenwoordigd zijn. Ook de

éléments clés précités. Les usagers y ont également leur place. En outre, un pont est chaque fois jeté avec une haute école, une université ou la formation. De petits projets sont essentiels si l'on veut faire collaborer les deux secteurs et les trois éléments clés. On a ainsi le cercle des consultants, qui a principalement un rôle préventif, et les cellules mobiles d'intervention, qui ont principalement un effet « *out reach* ».

M. De Groef souligne que sans places d'observation et de traitement résidentiels, le système ne fonctionnera pas et que les patients seront renvoyés de Ponce à Pilate. En définitive, cela aura pour conséquence d'accroître les coûts, mais aussi et surtout les souffrances des patients concernés.

Avec les Pays-Bas, notre pays accomplit un travail pionnier en la matière au niveau européen. Cependant, si notre pays ne parvient pas à engranger des avancées, il ne tardera pas à régresser. De nombreux pays européens s'inspirent du modèle présenté par l'intervenant. En tant que capitale européenne, Bruxelles mérite d'être exemplaire. Cela implique de coordonner les structures et les services existants les uns avec les autres et de les compléter par ce qui fait défaut. Par exemple, il n'existe pas de places d'observation et de traitement résidentiels à Bruxelles, alors qu'il s'agit d'un élément crucial dans le modèle de soins global.

Il convient de respecter la finalité des deux secteurs, celui des soins aux personnes handicapées et celui des soins de santé mentale. En d'autres termes, il ne faut prévoir des spécificités que là où celles-ci sont nécessaires et complètent le dispositif de soins existant, qui doit rester de préférence le plus classique possible. Cela nécessite des investissements dans l'infrastructure et dans le service, ainsi que dans la formation du personnel. Il est dès lors crucial de faciliter la coopération et la cohérence. M. De Groef plaide dès lors pour un masterplan à long terme intégrant ces éléments.

C. Exposé du dr. Pierre Titeca, psychiatre, président du Conseil d'administration du Centre Hospitalier Jean Titeca

M. Titeca dressera brièvement les enjeux majeurs. Son intervention ne serait pas complète s'il ne se faisait également pas le porte-voix, non officiel, des véritables experts que sont les familles de ces patients.

L'orateur ne revient pas sur la définition et l'incidence du double diagnostic, ni sur la complexité de l'interface entre handicap mental et maladie mentale, déjà décrit par les orateurs précédents.

Un chiffre à préciser malgré tout: il n'existe que 5 cellules mobiles d'intervention — les CMI — (en néerlandais: *Mobiele Interventie Cel* — MIC) financées par le service public fédéral (SPF) santé publique pour un total de dix équivalents temps plein censés couvrir tout le territoire belge en assurant un suivi ambulatoire, et dont la dernière-née à Bruxelles, dénommée « Maya », n'est active que depuis novembre 2013.

Quelle est la situation actuelle ?

Comme déjà précisé par les deux orateurs précédents, selon les données collectées par les CMI, on sait que dans 50 % des cas, celles-ci seront impuissantes et devront faire appel à une unité hospitalière face à des situations de décompensation, durant lesquelles des troubles du comportement voire de l'agressivité émergent.

Dans le meilleur des cas, une place est trouvée en hôpital psychiatrique court séjour où les patients double diagnostic constituent 10 % des patients. Ou alors en unité psychiatrique long séjour, où ils constituent là 20 à 30 % des patients selon une étude du KCE. En extrapolant les données de cette étude, la durée

gebruikers hebben hierin een plaats. Bovendien wordt telkens de band gelegd met hogeschool, universiteit of vorming. Wanneer men beide sectoren en de 3 sleutelementen wil laten samenwerken, zijn kleine projecten essentieel. Zo is er de consulentenwerking, die vooral een preventieve rol heeft, en de mobiele interventiecellen, die vooral een « *out reach* » effect hebben.

De heer De Groef benadrukt dat, zonder een residentiële behandeling en observatie, het systeem niet zal werken en mensen van het kastje naar de muur zullen worden gestuurd. Dit zal uiteindelijk leiden tot een hogere kost, maar ook — en vooral — tot een groter lijden van de betrokken patiënten.

Ons land doet, samen met Nederland, op Europees niveau pionierswerk in deze aangelegenheid. Wanneer men echter geen stappen vooruit kan zetten, zal ons land snel achterop lopen. Het model dat spreker heeft uiteengezet, vindt navolging in vele Europese landen. Brussel verdient het, als Europese hoofdstad, om voorbeeldig te zijn. Dit betekent dat men de bestaande structuren en diensten op mekaar moet afstemmen, en aanvullen wat ontbreekt. Zo is er in Brussel geen residentiële observatie en behandeling, wat nochtans cruciaal is in het ganse zorgmodel.

Men dient de finaliteit van beide sectoren — gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg — te respecteren. Dit betekent dat enkel bijzonderheden moeten zijn waar nodig en aanvullend op bestaande zorg, die liefst zo gewoon mogelijk moeten blijven. Daarvoor is vereist dat wordt geïnvesteerd in infrastructuur en dienstverlening en in de vorming van het personeel. Samenwerking en coherentie faciliteren is dan ook cruciaal. De heer De Groef pleit dan ook voor een masterplan op lange termijn, waarin deze elementen aan bod komen.

C. Uiteenzetting van dr. Pierre Titeca, psychiater, voorzitter van de Raad van bestuur van het Verpleegcentrum Jean Titeca

De heer Titeca zal in het kort de belangrijkste uitdagingen uiteenzetten. Zijn uiteenzetting zou niet volledig zijn indien hij niet optrad als — niet-officiële — woordvoerder van de echte deskundigen, namelijk de families van de patiënten.

Spreker komt niet terug op de definitie en het gevolg van de dubbele diagnose, noch op de complexiteit van de scheidslijn tussen mentale handicap en geestesziekte die reeds door vorige sprekers werd omschreven.

Toch dient er een cijfer te worden verduidelijkt: er zijn slechts 5 mobiele interventiecellen — IMC — die door de federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid worden gefinancierd voor een totaal van tien voltijds equivalenten voor het hele Belgische grondgebied. Zij zorgen voor een ambulante *follow-up*. De recentste Cel in Brussel, « Maya » genaamd, werd pas in november 2013 opgestart.

Hoe ziet de situatie er momenteel uit ?

Zoals de twee vorige sprekers reeds verduidelijkten, tonen de gegevens van de IMC aan dat zij in 50 % van de gevallen geen hulp kunnen bieden en een beroep moeten doen op een ziekenhuis eenheid bij situaties van decompensatie wanneer sprake is van gedragsproblemen of zelfs agressiviteit.

In het beste geval wordt er een plaats gevonden in een psychiatrisch ziekenhuis voor een kortverblijf waar 10 % van de patiënten met dubbele diagnose zit, ofwel in een psychiatrische eenheid voor een langdurig verblijf waar volgens een studie van de KCE, 20 à 30 % van de patiënten zit. Door de gegevens van die

moyenne du séjour dans ces unités est de minimum quarante-quatre mois ! Ces patients sont donc « parkés », en moyenne plus de trois ans et huit mois dans des services où ils ne reçoivent pas de soins adéquats. Il s'agit là d'une situation humaine et éthique des plus problématiques.

Il faut donc trouver une alternative crédible telle une unité de soins hospitalière proposant une prise en charge spécifique et individualisée avec un personnel formé dans un cadre architectural adéquat.

Heureusement, ces initiatives existent à Bierbeek et Manage. Mais le personnel d'encadrement est sous-staffé. Malgré cela, l'expertise de ces deux équipes déclinée dans le programme thérapeutique proposé, permet de réduire la durée moyenne de séjour à trois mois.

Il ne faut pas faire de savants calculs pour faire le rapport entre la durée de séjour en service « T », quarante-quatre mois minimum, et celle dans ces unités spécialisées, trois mois. C'est à peu de choses près un ratio de quinze pour un ! Dit autrement, sur une même période de temps, les unités spécialisées peuvent prendre en charge quinze fois plus de patients. Il ne faut pas avoir suivi une formation en finance pour comprendre qu'économiquement les unités spécialisées sont abordables et, qu'humainement, elles sont un must dont notre pays ne peut pas se passer.

Par ailleurs, à l'heure des soins de proximité, nécessaire tant pour les patients que pour les familles, est-il normal d'envoyer ceux-ci à 50 voire 100 km de chez eux pour recevoir des soins ou simplement visiter leur proche. En effet, à ce jour, il n'y a aucune structure développée à Bruxelles, Capitale de l'Europe.

Il est le devoir, même la mission, aux professionnels de la santé et aux responsables politiques de continuer à développer ensemble des projets innovants ayant pour objectifs de favoriser l'intégration des patients dans leur milieu de vie et dans un réseau de soins, quelle que soit leur problématique.

Le modèle de la réforme des soins en santé mentale dit « projet 107 » est une source fondamentale d'inspiration permettant de relever ce défi. Cette réforme, concrétisée sur le terrain en 2011, identifie 5 grandes fonctions au sein d'un réseau de soins. De manière succincte, il y a :

- F1 : les services de première ligne;
- F2 : les équipes mobiles;
- F3 : les équipes de réhabilitation;
- F4 : les services psychiatriques en hôpital;
- F5 : les structures résidentielles.

Les différents acteurs concernés travaillent en réseau avec le patient au centre de l'intervention et en collaboration avec les familles voire des professionnels d'autres secteurs notamment social, administratif, judiciaire, ...

Ce travail en réseau permet de limiter les admissions en milieu hospitalier et les durées de séjour dans les services spécialisés. Il faut très certainement être attentif à ce que les décisions politiques en matière de santé puissent renforcer et faciliter ces partenariats et, pourquoi pas, en concertation avec les acteurs de terrain.

Un coordinateur fait lien au sein du réseau et, entre le réseau et le SPF Santé publique.

Heureusement, certains acteurs du secteur du handicap ou du secteur des soins en santé mentale font de leur mieux pour accueillir ces patients même s'il leur est difficile de modifier leur

studie te extrapoleren, stelt men vast dat de gemiddelde duur van een verblijf in die eenheden minimum vierenveertig maanden bedraagt. Die patiënten zijn dus « geparkeerd », voor gemiddeld drie jaar en acht maanden in diensten waar ze geen aangepaste verzorging krijgen. Dit is één van de meest problematische situaties op menselijk en ethisch vlak.

Er moet dus een geloofwaardig alternatief worden gevonden zoals een ziekenhuiseenheid die een specifieke en geïndividualiseerde zorg aanbiedt, waar opgeleid personeel werkt in een aangepast gebouw.

Gelukkig bestaan die initiatieven in Bierbeek en Manage. Maar zij zijn onderbemand. Desondanks kan, dankzij de expertise van beide teams, die in het voorgestelde therapeutische programma wordt aangeboden, de gemiddelde verblijfsduur tot drie maanden worden beperkt.

Er zijn geen ingewikkelde berekeningen nodig om het verband te leggen tussen de verblijfsduur in dienst « T », minimum vierenveertig maanden, en in gespecialiseerde eenheden, drie maanden. Dat is nipt ongeveer een ratio van vijftien op een ! Anders gezegd, in eenzelfde tijdspanne kunnen gespecialiseerde eenheden vijftien keer meer patiënten opnemen. Men heeft geen opleiding in financiën nodig om te begrijpen dat de gespecialiseerde eenheden, economisch gezien, betaalbaar zijn en dat zij op menselijk vlak een must zijn voor ons land.

Anderzijds, is het normaal om, in tijden van mantelzorg, die nodig is voor patiënten en families, patiënten 50 tot 100 km verderop te sturen voor verzorging of eenvoudigweg families zoveel kilometers te laten afleggen om hun familielid te bezoeken ? Er is tot nu toe immers geen enkele ontwikkelde structuur in Brussel, hoofdstad van Europa.

Het is de taak, en zelfs de opdracht, van vakmensen uit de gezondheidszorg en van politici om samen innoverende projecten te blijven ontwikkelen zodat patiënten beter geïntegreerd worden in hun leefomgeving en in een zorgnetwerk, ongeacht hun probleem.

Het model van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, « project 107 » genaamd, is een fundamentele inspiratiebron om deze uitdaging het hoofd te bieden. Die hervorming, die in 2011 op het terrein vorm kreeg, identificeert 5 grote functies binnen een zorgnetwerk. Beknopt gaat het om :

- F1 : eerstelijnsdiensten;
- F2 : mobiele teams;
- F3 : revalidatieteams;
- F4 : psychiatische diensten in het ziekenhuis;
- F5 : residentiële structuren.

De verschillende betrokken gezondheidswerkers werken in een netwerk met de patiënt in het interventiecentrum en in samenwerking met de familie of andere vakmensen uit overige sectoren, meer bepaald, sociale, administratieve, gerechtelijke, ..., sectoren.

Dankzij dit netwerk, kunnen de opname in een ziekenhuis-omgeving en de verblijfsduur in gespecialiseerde diensten worden beperkt. Men moet er zeker op letten dat de beleidsbeslissingen inzake gezondheid die partnerschappen versterken en vereenvoudigen, en waarom niet, dit in overleg te doen met mensen uit de praktijk.

Iemand coördineert binnen het netwerk zelf en, tussen het netwerk en de FOD Volksgezondheid.

Gelukkig doen bepaalde gezondheidswerkers uit de gehandicaptensector of de sector van geestelijke gezondheidszorg hun best om patiënten op te vangen ook al kunnen zij hun therapeutisch

projet thérapeutique ou de palier à un manque de formation et d'expérience. Il est important de repenser l'accompagnement socio-thérapeutique de ces patients et la place du secteur associatif ainsi que celle des acteurs de l'enseignement.

Mais, il y a donc des chaînons manquants.

Il devient ainsi urgent de développer la fonction 4, les unités de soins spécifiques. Il n'est pas normal que des hôpitaux doivent faire face, seuls, aux défaillances de notre système de soins à l'égard de patients présentant un double diagnostic. Ces défaillances ont une autre conséquence directe : en l'absence de places, ces patients, qui se retrouvent pour certains sous statut de défense sociale (souvent pour des délits mineurs) restent en prison faute d'alternatives. Étant responsable d'une unité de défense sociale, M. Titeca est bien placé pour savoir qu'ils sont les oubliés des oubliés.

Quel financement fédéral possible en période de réforme et de crise économique ? Voici les modes de financement possibles :

1. L'article 107 de la loi sur les hôpitaux : celui-ci permet aux hôpitaux de geler (et non pas fermer) des lits psychiatriques index « T » dont le financement, complété par une intervention financière supplémentaire du SPF Santé publique, est ainsi injecté dans des initiatives ambulatoires, telles les CMI dont le rôle est primordial mais le nombre de situations cliniques à suivre risque d'être rapidement trop nombreux vu leur maigre effectif. Il y aurait lieu de tenir compte de la différence de programmation de ces lits index « T » entre les trois Régions du pays pour qu'une solution la plus équitable possible soit trouvée.

2. Le PTCA passé de projet-pilote à unité agréée : un *upgrade* en personnel accompagne une désaffectation de lits index « T » au taux de 1,33 lits T pour 1 lit nommé « IB PTCA » (en néerlandais : IB-SGA). En parallèle, une convention entre le SPF Santé publique et les institutions psychiatriques signataires permet notamment de cadrer les missions, les critères d'inclusion de patients, le développement de programme de soins spécifiques et de recherche ainsi que la durée des séjours. Un comité d'accompagnement soutien et encadre ce projet. Il réunit les représentants du SPF Santé publique et les hôpitaux signataires de la convention.

3. La reconversion de lits index « T » en lits « A » au taux d'environ 1,5 lits « T » pour 1 lit « A » avec un complément de subsides issu des Régions.

Il existe actuellement une inquiétude du secteur quand au risque que le recours à ce seul mode de financement entraîne une discrimination en terme de soins apportés aux patients en fonction de leur lieu de résidence et du niveau économique de leur région. En effet, seules les régions les plus riches seraient dès lors en mesure de disposer des moyens nécessaires pour lancer ce type de programme de soins.

En tenant compte de ces différents aspects éthique, humain, organisationnel, économique, financier ainsi que de la sixième réforme de l'État, l'orateur recommande un plan en trois étapes :

1. le lancement, sans tarder, par le SPF Santé publique d'unités pilotes dans les 3 régions du pays. Ceci permet le développement d'un cadre défini par le pouvoir subsidiant et son suivi par un Comité d'accompagnement et, limite le risque de discrimination par région. Son coût pour une unité de seize lits est de 1 326 000 euros. Une telle initiative prise par l'État fédéral coûte donc moins de 4 millions d'euros pour couvrir les trois Régions du pays;

2. l'établissement d'un cadastre national sur la problématique : qui fait quoi, comment et avec quels résultats ?;

project moeilijk wijzigen of het gebrek aan opleiding en expertise verhelpen. Er moet opnieuw nagedacht worden over de sociaal-therapeutische begeleiding van die patiënten en de plaats van het verenigingsleven en het onderwijs.

Maar er zijn dus ontbrekende schakels.

Functie 4, de eenheden van specifieke zorg, moet dus dringend worden ontwikkeld. Het is niet normaal dat ziekenhuizen, alleen, de tekortkomingen van ons zorgstelsel moeten aanpakken bij patiënten met een dubbele diagnostiek. Die tekortkomingen hebben een ander rechtstreeks gevolg : door een gebrek aan plaatsen blijven die patiënten, die voor sommigen onder het statuut van de bescherming van de maatschappij vallen (vaak voor kleine vergrijpen), in de gevangenis omdat er geen alternatieven zijn. Spreker is hoofd van een eenheid voor geïnterneerden en is goed geplaatst om te beweren dat die mensen het meest over het hoofd worden gezien.

Welke financiering is mogelijk in tijden van hervorming en economische crisis ? Dit zijn de mogelijke financieringswijzen :

1. Artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen, bepaalt dat de ziekenhuizen psychiatrie index « T »-bedden mogen neutraliseren (en niet afschaffen), waarvan de financiering, aangevuld door een bijkomende financiële tegemoetkoming van de FOD Volksgezondheid, aldus geïnjecteerd wordt in ambulante initiatieven, zoals de IMC die een uiterst belangrijke rol vervullen. Maar het aantal klinisch te volgen situaties dreigt snel te groot te worden gelet op het kleine aantal personeelsleden. Er zou rekening moeten worden gehouden met het verschil van programmering van die index « T »-bedden tussen de drie Gewesten om een zo billijk mogelijke oplossing te vinden.

2. De SGA van proefproject naar erkende eenheid : een *upgrade* qua personeel gaat gepaard met een andere bestemming voor de index « T »-bedden *a ratio* van 1,33 T-bedden voor 1 « IB-SGA »-bed. Tegelijk zorgt een overeenkomst tussen de FOD Volksgezondheid en de ondertekenende psychiatrie instellingen meer bepaald voor een regeling van de opdrachten, de inclusiecriteria van patiënten, de ontwikkeling van het programma van specifieke verzorging en onderzoek en de verblijfsduur. Een begeleidingscomité steunt en begeleidt het project. Het verenigt de vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid en de ziekenhuizen die de overeenkomst hebben ondertekend.

3. De omschakeling van index « T »-bedden naar « A »-bedden *a ratio* van ongeveer 1,5 « T »-bed voor 1 « A »-bed met een aanvullende subsidie van de Gewesten.

Momenteel maakt de sector zich zorgen over het risico dat, door alleen op die financieringswijze over te schakelen, er discriminatie zal ontstaan bij de verzorging van de patiënt waarbij zijn woonplaats en het economisch niveau van het gewest een rol spelen. Alleen de rijkste gewesten zullen dan immers over de nodige middelen beschikken om dit soort zorgprogramma op te starten.

Gelet op die verschillende ethische, menselijke, organisatorische, economische, financiële aspecten en de Zesde Staatshervorming, raadt spreker een driestappenplan aan.

1. het onverwijld opstarten van profeenheden door de FOD Volksgezondheid in de drie gewesten. Hierdoor kan een kader worden ontwikkeld dat door de subsidiërende overheid wordt gedefinieerd (zoals reeds hoger vermeld) en de *follow-up* door een begeleidingscomité beperkt het risico van discriminatie per gewest. De kostprijs van een eenheid van zestien bedden bedraagt 1 326 000 euro. Een dergelijk initiatief van de Federale Staat kost dus minder dan 4 miljoen euro voor de drie Gewesten samen;

2. de oprichting van een nationaal kadaster over de problematiek : wie doet wat, hoe en met welke resultaten ?;

3. selon les résultats du cadastre, la complémentation éventuelle, par Région, des unités pilotes par d'autres unités sur base d'une reconversion de lits T en lits A avec subside régional complémentaire.

Ces trois étapes permettraient de répartir l'effort budgétaire entre l'État fédéral, et les entités fédérées tout en soutenant les structures hospitalières prêtes à s'investir dans ces programmes de soins et donc de collaborer avec les pouvoirs subsidiant car ces structures ne se verraient que peu pénalisées dans le processus par la seule fermeture de quelques lits index « T ».

Avant de conclure, M. Titeca voudrait remercier les membres du Groupe de travail Double diagnostic créé au sein de l'ANHAM (l'Association nationale d'aide aux handicapés mentaux). Interpellé, sensibilisé par la détresse de ces patients, la répétition de drame pour les familles, par le nombre grandissant de ces situations catastrophiques, il a semblé évident d'accepter leur invitation à les rejoindre dans le challenge qu'ils relèvent. Il est ainsi partenaire pour la création d'unités hospitalières spécifiques, dont une susceptible d'accueillir à Bruxelles-Capitale ces patients, tant néerlandophones que francophones, lorsqu'ils sont en décompensation sévère.

L'orateur conclut donc en ayant une pensée pour les familles des personnes souffrant de double diagnostic pour souligner leur importance en citant un homme qui a marqué notre histoire et qui a dit ceci :

« ...J'en ai retenu qu'on mesurait le caractère d'un homme à son comportement dans l'adversité et qu'un héros ne pliait jamais même dans les circonstances les plus éprouvantes. »

Il faut savoir que nos héros, ces familles, sont à bout de souffle. Puisse Nelson Mandela inspirer pour qu'en 2014, des soins appropriés comme exigence de dignité soient effectifs pour ces patients et viennent enfin soulager ces familles.

VII. DISCUSSION

A. Questions et observations des membres

M. Brotchi remercie l'auteur de la proposition de résolution pour son initiative, pour le colloque qu'il a organisé à ce sujet et pour l'audition des experts. Ces derniers ont présenté un aperçu très clair de la problématique des patients à double diagnostic et n'ont pas manqué d'en souligner l'importance. La question est importante non seulement pour les personnes directement concernées, mais aussi pour leurs familles, qui doivent rechercher des solutions chaque fois qu'elles sont confrontées à des situations critiques. Il convient dès lors d'agir au niveau politique, à tout le moins pour faire face aux problèmes très urgents qui se posent en particulier dans la Région de Bruxelles-Capitale. Au niveau national, il faut absolument élaborer un cadastre, ainsi que M. Titeca l'a suggéré.

M. du Bus de Warnaffe souligne que la proposition de résolution à l'examen est le fruit d'une longue collaboration avec les divers intervenants et leur entourage. Il remercie également les membres de la commission des Affaires sociales d'avoir bien voulu accorder à cette question l'attention qu'elle mérite. Il s'agit en effet d'une problématique nouvelle pour les membres de cette commission, comme c'était d'ailleurs le cas pour l'intervenant lui-même jusqu'il y a quelques années. Il ressort en tout cas des exposés des intervenants qu'il faut agir, quoi qu'il en soit; on ne peut pas laisser la situation en l'état. Plusieurs initiatives s'imposent d'urgence, sans qu'il faille nécessairement y consacrer des montants énormes. M. Titeca parle d'une initiative qui représenterait un montant de l'ordre de 4 millions d'euros pour les trois Régions réunies.

3. naargelang van de resultaten van het kadaster, een eventuele aanvulling, per Gewest, van proefeenheden met overige eenheden op basis van een omzetting van T-bedden in A-bedden met een aanvullende gewestelijke subsidie.

Dankzij die drie stappen kan de budgettaire inspanning verdeeld worden over de Federale Staat en de deelstaten, waarbij de ziekenhuisstructuren worden gesteund. Die structuren zijn bereid zich voluit toe te leggen op die zorgprogramma's en dus samen te werken met de subsidiërende overheden. Die structuren zouden immers maar weinig nadeel ondervinden bij de afschaffing van enkele index « T »-bedden.

Voor spreker afrondt, wil hij de leden van de Werkgroep Dubbele Diagnose, opgericht binnen de ANAHM (*l'Association nationale d'aide aux handicapés mentaux*), bedanken. Zij zijn geroerd door en gevoelig voor de angsten van die patiënten, het terugkerende drama voor de families, het toenemend aantal rampzalige situaties. Daarom lag het voor de hand in te gaan op hun uitnodiging om die uitdaging samen met hen aan te gaan. Zo zijn wij partners voor de oprichting van specifieke ziekenhuiseenheden waarvan één zowel Nederlandstalige als Franstalige patiënten kan opvangen in Brussel-Hoofdstad wanneer zij aan zware decompensatie lijden.

Spreker rondt dus af en wil zich in het bijzonder richten tot de families van patiënten met een dubbele diagnose. Hij benadrukt dat zij erg belangrijk zijn en citeert hiervoor een man die geschiedenis schreef:

« ...Ik heb hieruit geleerd dat het karakter van een man wordt gemeten op basis van zijn gedrag in tegenspoed en dat een held nooit buigt, zelfs niet in de meest beproevende omstandigheden. »

Onze helden, die families dus, zijn ten einde raad. Moge Nelson Mandela een inspiratiebron zijn zodat er in 2014 aangepaste zorg, als een vereiste voor waardigheid, kan worden verstrekt aan die patiënten, waardoor die families dat juk eindelijk kunnen afwerpen.

VII. BESPREKING

A. Vragen en opmerkingen van de leden

De heer Brotchi dankt de indiener van het voorstel van resolutie voor dit initiatief, voor het colloquium dat hij hieromtrent heeft georganiseerd en voor de hoorzitting met de experten. Zij hebben een duidelijk beeld geschetst en het belang onderstreept van de problematiek van de patiënten met een dubbele diagnose. Voor de betrokkenen en hun families, die telkens oplossingen moeten zoeken wanneer ze met kritieke situaties worden geconfronteerd. Op het politieke niveau moet men dan ook handelen, ten minste om de bestaande toestand in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aan te pakken. Dit is heel dringend. Op het nationale niveau moet er zeker werk worden gemaakt van een kadaster, zoals de heer Titeca heeft gesuggereerd.

De heer du Bus de Warnaffe wijst erop dat het voorstel van resolutie het resultaat is van een langdurige samenwerking met de verschillende sprekers en hun omgeving. Hij dankt ook de leden van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden die aan deze aangelegenheid de nodige aandacht willen besteden. Voor hen is deze problematiek immers nieuw, zoals dit tot vóór enkele jaren ook het geval was voor de heer du Bus de Warnaffe zelf. Uit de uiteenzettingen van de sprekers blijkt alleszins dat er hoe dan ook iets moet gebeuren; men kan de situatie niet laten zoals ze is. Enkele initiatieven zijn dringend nodig, zonder dat dit noodzakelijk veel geld moet kosten. De heer Titeca spreekt over een initiatief ter waarde van 4 miljoen euro voor de drie Gewesten samen.

L'intervenant aimerait savoir pourquoi les services *ad hoc* au sein des hôpitaux psychiatriques n'ont pas été adaptés. On offre aujourd'hui des services pour les patients à double diagnostic à Bierbeek et Manage, mais pourquoi n'a-t-on pas développé d'initiatives dans les hôpitaux psychiatriques? Est-ce parce que le carcan dans lequel on évolue est trop étroit, où est-ce dû à un manque de connaissances concernant les thérapies à proposer à ce type de patients? Ou bien s'agit-il d'un problème lié aux questions institutionnelles de notre pays et à la répartition des compétences?

M. du Bus de Warnaffe souhaiterait ensuite de plus amples explications sur les exemples concrets évoqués par Mme Baetens, et en particulier sur la maquette qu'elle a montrée.

Enfin, l'intervenant s'interroge sur la dimension européenne du problème des patients à double diagnostic. Un financement est-il prévu par exemple au niveau européen?

Mme Detiège se demande s'il ne serait pas souhaitable d'associer l'enseignement — en particulier l'enseignement spécial — à l'approche du problème. En effet, il faut souvent attendre plusieurs années pour pouvoir disposer d'un diagnostic correct, et à ce moment, les parents sont confrontés à la délicate question de savoir quel établissement est le plus adéquat pour prendre en charge et accompagner le patient. Les parents sont souvent seuls face à ce choix.

B. Réponses des experts

M. Titeca rappelle que, pour des raisons historiques, les hôpitaux psychiatriques disposent d'un grand nombre de lits d'index T. Or, ces lits sont les moins subventionnés, tant sur le plan financier qu'en termes d'encadrement en personnel. Si on souhaite apporter une réponse à la problématique des patients à double diagnostic, la question de l'encadrement en personnel est très importante. Les normes en vigueur ne sont plus adaptées aux dernières évolutions de la médecine ni aux programmes thérapeutiques qui requièrent une approche pluridisciplinaire. C'est donc à juste titre que la proposition de résolution à l'examen demande que ces normes soient revues.

On constate d'ailleurs qu'en Communauté flamande, on procède à la reconversion progressive d'un grand nombre de lits d'index T à un nombre plus restreint de lits d'index A, afin de pouvoir disposer d'un personnel plus nombreux par lit. La Communauté flamande prévoit en outre de renforcer les effectifs en personnel. Selon M. Titeca, le cadre proposé par la législation doit être suffisamment fourni et assez souple pour permettre une véritable créativité thérapeutique.

M. De Groef souligne que les personnes atteintes d'un handicap mental ne sont plus considérées, pour la plupart, comme relevant de la psychiatrie: l'on a abandonné le modèle médical pour un modèle citoyen. L'aide à la personne handicapée s'est professionnalisée, mais en même temps, force est de constater que les personnes atteintes d'un handicap peuvent également se voir confrontées à des problèmes de santé mentale. Cette situation est de plus en plus fréquente, survient de plus en plus tôt et se complique de plus en plus. Les deux secteurs — l'aide aux personnes handicapées et les soins de santé mentale — ont chacun leur spécificité, leur culture et leur expertise, mais dès qu'un problème acquiert un caractère transversal, chacun se renvoie la balle. D'après l'intervenant, l'essentiel de la solution est donc que les deux secteurs collaborent en respectant et reconnaissant leurs particularités et leurs compétences spécifiques.

Cette situation se manifeste dans toute l'Europe et nous vient des États-Unis, où les premiers hôpitaux psychiatriques ont été

Spreker wenst de redenen te kennen waarom er, in de psychiatrische ziekenhuizen, geen aanpassing is gebeurd van de diensten. Vandaag worden er voor patiënten met een dubbele diagnose diensten aangeboden in Bierbeek en Manage, maar waarom werden er geen initiatieven ontwikkeld in de psychiatrische ziekenhuizen? Heeft dit te maken met een te strak keurslijf binnen dewelke men moet werken of bestaat er te weinig kennis over de therapieën die men dient aan te bieden aan deze groep van patiënten? Heeft het te maken met de institutionele problematiek in ons land en de verdeling van de bevoegdheden?

Vervolgens had de heer du Bus de Warnaffe wat meer uitleg gekregen over de praktijkvoorbeelden naar dewelke mevrouw Baetens heeft verwezen, zoals bijvoorbeeld de maquette die zij heeft getoond.

Ten slotte informeert spreker naar de Europese dimensie van de problematiek van de patiënten met een dubbele diagnose. Is er bijvoorbeeld een financiering op het Europese niveau?

Mevrouw Detiège informeert of het niet wenselijk is het onderwijs — en inzonderheid het buitengewoon onderwijs — te betrekken bij de hele problematiek. Vaak duurt het immers vele jaren alvorens de juiste diagnose wordt gesteld en dan staan de ouders voor de keuze welke instelling het best geplaatst is om de betrokkene op te vangen en te begeleiden. De ouders staan hier vaak alleen voor.

B. Antwoorden van de experten.

De heer Titeca herinnert eraan dat de psychiatrische ziekenhuizen, om historische redenen, een belangrijk aantal bedden index «T» hebben. Deze worden het minst betaald, zowel op het financiële vlak als op het punt van personeelsomkadering. Wanneer men een antwoord wil bieden op de problematiek van de patiënten met dubbele diagnose is precies deze personeelsomkadering heel belangrijk. De normen die vandaag van kracht zijn, zijn dan ook niet langer aangepast aan de recente evoluties in de geneeskunde en de therapeutische programma's die een multidisciplinaire aanpak vereisen. Het voorstel van resolutie vraagt dan ook terecht dat deze normen worden aangepast.

Dit wordt geïllustreerd door het feit dat, in de Vlaamse Gemeenschap, men de overstap maakt van een groter aantal bedden index «T» naar een kleiner aantal bedden index «A», om op deze manier per bed meer personeel ter beschikking te kunnen stellen. Bovendien voorziet de Vlaamse Gemeenschap ook in een versterking van de personeelsomkadering. Het kader dat de wetgeving biedt moet, volgens de heer Titeca, voldoende en ook voldoende flexibel zijn zodat het therapeutische creativiteit mogelijk maakt.

De heer De Groef wijst op de massale uittocht van personen met een verstandelijke handicap uit de psychiatrie: men heeft het medisch model verlaten om naar een burgerschapsmodel te evolueren. De gehandicaptenzorg is geprofessionaliseerd, maar tegelijk heeft men moeten vaststellen dat ook personen met een handicap problemen kunnen hebben met inzake geestelijke gezondheid. Dit manifesteert zich hoe langer hoe meer, op steeds jongere leeftijd, en de zaken worden steeds complexer. Beide sectoren — gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg — hebben elk hun eigenheden, cultuur en kennis, en van zodra er zich een sectoroverschrijdend probleem stelt kijkt men naar mekaar. De essentie van de oplossing is volgens spreker dan ook dat beide sectoren samenwerken, met respect en erkenning voor de eigenheden en specifieke competenties.

Deze situatie manifesteert zich in gans Europa en komt overgewaaid vanuit de Verenigde Staten, waar de eerste psychi-

fermés. Il y a cependant une « *National Association on Double Diagnosis* » qui a constaté que les patients en question ont d'abord été éloignés des hôpitaux psychiatriques, mais que depuis peu, ceux-ci leur rouvrent à nouveau leurs portes. Toutefois, cela demande un encadrement particulier et des compétences spéciales. En outre, de tels hôpitaux psychiatriques ne sont pas des lieux de vie, mais le risque est réel que les patients concernés y demeurent quand même parce que le secteur des soins aux handicapés est incapable de leur apporter l'aide nécessaire pour les réinsérer dans leur environnement ordinaire. Il est donc essentiel de tracer un circuit global de soins, ce qui suppose une collaboration et une réflexion commune, et ce à la bonne échelle, ni trop grande, ni trop petite, toujours selon M. De Groef.

Par rapport à l'implication de l'enseignement, l'intervenant souscrit totalement à l'intervention de Mme Detiège. D'ailleurs, il faut également mobiliser l'appareil judiciaire puisque l'élément forensique joue un rôle majeur. Mais ceci augmente encore la pression sur la cohérence de l'approche. Dans la pratique, il s'avère effectivement qu'il est extrêmement difficile de mettre en place une approche intégrale. Tout cela met aussi en évidence l'importance de la prévention, qui doit permettre d'éviter que l'on se retrouve dans une situation sans issue.

Mme Baetens souligne l'importance du travail en ateliers puisque les patients ont souvent des difficultés à s'exprimer verbalement. Pour un patient qui a toujours le sentiment de ne pas percevoir les limites de son propre corps et qui craint de le perdre, ou qui est incapable de différencier les objets et les conserve donc tous, il est important de pouvoir faire des choses susceptibles de remettre de l'ordre dans son univers. Lorsqu'il peut faire une action qui l'aide à différencier les objets, il peut également l'appliquer à son quotidien et ainsi mieux l'organiser. Bien entendu, cette approche nécessite un encadrement et un suivi adéquats, mais l'on constate qu'elle élimine également en grande partie l'agressivité et la violence chez le patient concerné.

Au départ, cette évolution s'amorce à l'hôpital ou dans l'institution où l'intéressé séjourne, mais elle doit également être partagée par ceux qui l'accueilleront ensuite, qui doivent aussi respecter l'univers du patient.

D'après Mme Baetens, cette approche engendre non seulement une meilleure qualité de vie, mais diminue également les épisodes violents et agressifs chez l'intéressé. Elle souligne que par le passé, cette approche n'a pas toujours pu être suivie par manque de moyens financiers. De même, pour les intervenants, il n'est pas toujours facile de s'y retrouver et de rencontrer les bonnes personnes, celles susceptibles de valoriser l'approche.

M. De Groef se réfère à l'étude d'impact réalisée à l'Université de Manchester par Nigel Bale, qui a très clairement mis en évidence que les personnes atteintes d'un handicap mental peuvent également tirer un profit substantiel de la psychothérapie, pour autant que celle-ci se fasse avec des moyens appropriés et de manière adéquate. Il n'empêche que les psychothérapeutes ne sont pas très enclins à travailler avec ces patients, attitude qui s'explique souvent par le fait qu'ils ne sont pas du tout familiarisés avec une telle problématique. Ici aussi, il est donc nécessaire de disposer de l'aide et de la formation nécessaires.

Enfin, l'intervenant épingle le fait qu'en tendant toujours — et à bon droit — vers davantage d'inclusion, on risque également de surestimer les capacités de certains patients, en cherchant à tout prix à les insérer dans la société de façon trop ordinaire, avec tous les problèmes que cela peut engendrer. Le diagnostic et l'encadrement doivent s'accorder non seulement avec le niveau intellectuel, mais aussi avec le niveau socio-émotionnel. L'on pourra ainsi éviter une kyrielle de problèmes de comportement.

atrische ziekenhuizen zijn gesloten. Er bestaat wel een « *National Association on Double Diagnosis* » die heeft vastgesteld dat de betrokken patiënten eerst uit de psychiatrische ziekenhuizen werden verwijderd, hoewel deze zich sedert kort terug open stellen. Dit vraagt evenwel een bijzondere omkadering en competenties. Zo'n psychiatrisch ziekenhuis is bovendien geen plaats waar men kan leven, maar het risico is reëel dat de betrokken patiënten er toch blijven omdat er vanuit de gehandicapte sector geen ondersteuning wordt geboden om naar hun gewone leefwereld terug te keren. Essentieel is dus een globaal zorgcircuit uit te tekenen, wat veronderstelt dat men samenwerkt en samen denkt, en dit op de juiste schaal, dit wil zeggen niet te groot en niet te klein, aldus de heer De Groef.

Wat de betrokkenheid van het onderwijs betreft, is spreker het helemaal eens met de tussenkomst van senator Detiège. Ook het justitiële apparaat dient overigens betrokken te worden vermits het forensische element een belangrijke rol speelt. Dit verhoogt evenwel nog de druk op de coherentie in de aanpak. Het blijkt in de praktijk immers bijzonder moeilijk te zijn een integrale aanpak te realiseren. Een en ander maakt ook duidelijk dat preventie belangrijk is, zodat men kan vermijden dat men in een uitzichtloze toestand terecht komt.

Mevrouw Baetens benadrukt het belang van het werken in ateliers, vermits de patiënten vaak niet sterk staan op het verbale vlak. Voor een patiënt, die steeds de indruk heeft dat hij zijn eigen lichaam niet begrenst en het dreigt te verliezen, of geen onderscheid kan maken tussen de verschillende voorwerpen en daarom alles bijhoudt, is het belangrijk dat hij iets kan maken dat orde schept in zijn universum. Wanneer hij zoiets kan maken dat de verschillende voorwerpen diversifieert, kan hij dit ook exporteren naar zijn eigen dagelijks leven en dit beter organiseren. Dit vergt vanzelfsprekend de juiste begeleiding en opvolging, maar het blijkt dat deze aanpak ook de agressie en het geweld grotendeels wegneemt bij de betrokken patiënt.

Deze verandering komt initieel tot stand in het ziekenhuis of de instelling waar de betrokkene verblijft, maar moet ook worden gedeeld met diegenen die hem zullen opvangen, die ook het universum van de patiënt moeten respecteren.

Volgens mevrouw Baetens heeft deze aanpak niet enkel een grotere levenskwaliteit tot gevolg, maar vermindert hij ook het geweld en de agressie bij de betrokkene. Zij wijst erop dat deze aanpak in het verleden echter niet altijd kon gevolgd worden bij gebrek aan financiële middelen. Ook voor de hulpverleners is het niet altijd makkelijk om de weg te vinden en de juiste personen te ontmoeten die de aanpak kunnen valoriseren.

De heer De Groef verwijst naar de effectenstudie die in de Universiteit van Manchester werd uitgevoerd, waaruit zeer duidelijk blijkt dat ook personen met een verstandelijke handicap aanzienlijke winst halen uit psychotherapie, voor zover deze met aangepaste middelen en op de aangepaste wijze plaatsvindt. Dit neemt niet weg dat bij de psychotherapeuten de weerstand groot is om met deze patiënten te werken; vaak wordt deze houding ingegeven door het feit dat men niet vertrouwd is met de problematiek. Ook hier is de nodige ondersteuning en vorming derhalve vereist.

Ten slotte vestigt spreker de aandacht op het feit dat, waar men nu steeds vaker — en terecht — streeft naar inclusie, dit ook het risico inhoudt dat sommige patiënten over het paard worden getild en ze op een te gewone manier wil laten aansluiten bij de samenleving, met alle problemen vandien. De diagnose en begeleiding dient zich niet enkel af te stemmen op het intellectuele niveau, maar ook op het sociaal-emotionele niveau. Op deze wijze kunnen vele gedragsproblemen worden voorkomen.