

Le double diagnostic : une problématique lourde et peu connue

Dual diagnosis : is a serious and largely unknown problem

Peeters E.

Centre hospitalier Jean Titeca et Cellule mobile d'Intervention Maya, Bruxelles

RESUME

Le double diagnostic consiste en la présence concomitante, chez un même individu, d'une déficience mentale et d'un trouble de santé mentale. 2 à 3 % de la population présente une déficience mentale et 1/3 d'entre eux, un trouble psychique. Le double diagnostic est fréquent, douloureux pour le patient et son entourage, mais reste malheureusement largement méconnu. Toutes les fonctions du " Projet 107 " sont concernées par cette double problématique qui nécessite une prise en charge spécifique et individualisée, tant en ambulatoire qu'en hospitalier.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 296-301

ABSTRACT

Dual Diagnosis consists in the concomitant presence, in the same individual, of a mental disability and a mental health disorder. 2 to 3 % of the population has a mental disability and 1/3 of them have a psychiatric disorder. Dual Diagnosis is frequent, painful for the patient, his family but also for all the people who surround him, but unfortunately remains largely unknown. All the functions of the " Project 107 " are concerned by this double problem which requires a specific and individualized care, both in ambulatory and hospital settings

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 296-301

Key words : dual diagnosis, mental disability, mental health disorder, mobile team, specific hospital unit for dual diagnosis

INTRODUCTION

Historique

En Belgique, hormis quelques grandes institutions caritatives à orientation psychiatrique exclusive, situées à l'extérieur de la capitale, rien n'existait pour les personnes déficientes mentales jusque fin des années '50. A Bruxelles, s'ouvrent alors quelques classes d'enseignement spécialisé au sein d'écoles d'enseignement classique :

- 1960 : premier atelier de travail adapté en Belgique (ETA) ;
- 1965 : premier home pour travailleurs déficients mentaux en Belgique ;
- 1976 : à Bruxelles d'abord, s'ouvrent les premiers Centre de Jour pour personnes présentant une déficience mentale telle qu'elles ne seront jamais sur le marché de l'emploi.

Il faudra attendre les années 2000 pour que les personnes souffrant d'une déficience mentale et d'un trouble psychique soient reconnues et étudiées. Cette double problématique, appelée " double diagnostic " (DD) est, à l'heure actuelle encore peu voire mal prise en charge. Selon Wolfensberger qui introduit, dès les années '70 le principe du " droit de ne pas être différent ", tous les moyens doivent être mis en œuvre pour accéder à une prise en charge adaptée à leurs problématiques dont aux soins¹.

Quelques définitions

Déficience intellectuelle

- Pour l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)**, la déficience intellectuelle se caractérise par :
- Un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne ;

- Des difficultés dans le fonctionnement des comportements adaptatifs dans l'ensemble des compétences conceptuelles, sociales et pratiques nécessaires à une personne pour fonctionner de façon autonome dans sa vie de tous les jours. L'association voit dans ce dernier critère l'élément le plus important pour poser le diagnostic : besoin de supports supplémentaires à la moyenne pour la vie courante ;
- L'apparition des troubles avant l'âge de 18 ans, soit durant la période de développement².

Il est actuellement estimé que 2 à 3 % de la population présente une déficience intellectuelle³.

Troubles du comportement

Action ou ensemble d'actions jugées problématiques, s'écartant des normes sociales, culturelles ou encore développementales, préjudiciable à la personne et/ou à son environnement. Il est jugé grave s'il met en danger réellement ou partiellement l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou s'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux. Chez ces patients, la communication étant altérée, ils ne savent et ne peuvent pas exprimer leur souffrance.

Les troubles comportementaux sont fréquents et bien souvent de type psychotique ou autistique⁴⁻¹¹.

Maladie mentale

Affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou les conduites d'une personne de façon suffisamment importante pour causer une souffrance psychique, entraînant, selon son degré de gravité, une problématique d'intégration sociale et professionnelle de la personne, voire l'absence de soins corporels et le déni de troubles somatiques. Par " affection " on entend tout trouble mental tel que névrose, dépression, psychose.

Double Diagnostic(DD)

Il s'agit d'une déficience mentale et d'un trouble psychique survenant concomitamment chez un même sujet.

DOUBLE DIAGNOSTIC

Les patients présentant une déficience mentale, dans 1/3 des cas, présenteront, un trouble psychique durant leur existence. Cette deuxième problématique est susceptible de survenir dès le plus jeune âge mais survient bien souvent à l'adolescence. Il s'agit d'un second deuil pour les parents, pour la fratrie.

Il faut déjà avoir à l'esprit, outre le rejet spontané de la mère face à l'enfant différent, que ces patients ont ensuite été soit rejetés par leur famille soit hyper-

investigués. Dans un contexte comme dans l'autre, ils ont vécu l'abandon par absence de maternage au sens le plus strict. Ils présentent dès lors tous, à des degrés divers, un trouble de l'attachement

Identification de la problématique

Face à un trouble comportemental, il est nécessaire d'exclure en premier lieu, un trouble somatique : pathologies banales responsables de troubles du comportement chez des personnes incapables d'exprimer leurs douleurs, telles otites, sinusites, mastoïdites, abcès dentaires magistraux, voire œsophagite, gastrite, ulcère de stress ou encore fractures de stress.

Outre les syndromes directement liés à des troubles comportementaux et/ou à une maladie mentale, il existe des syndromes dont les manifestations cliniques y sont indirectement liées. Par exemple, un patient microcéphale aura un développement réduit des cavités aériques, il fera des otites, des sinusites, supportera aussi très mal des fluctuations d'altitude ; il est susceptible de développer indirectement des troubles de comportement liés à ces éléments surajoutés.

La seule attitude cohérente et efficace dans la durée, face à des problèmes comportementaux, consiste à appréhender le patient dans son intégralité, y compris dans ses troubles comportementaux. Exemple de troubles comportementaux de la lignée psychotique chez un patient déficient mental : se réfugie plusieurs fois par jour dans les toilettes, se regarde longuement dans les miroirs, se met à parler avec son image, se retourne régulièrement comme s'il se sentait suivi, se bouche les oreilles, sa voix change et d'aiguë devient grave et inversement, joue des personnages différents, se dissocie, a des peurs brutales, extrêmes, sans objet associées à des comportements aberrants, s'exprime via un tiers, sa peluche, un jouet...

Découvrir l'étiologie de la pathologie principale doit rester au centre des préoccupations car elle donne bien souvent, quand elle est mise en évidence, des pistes de prise en charge spécifiques. Elle nécessite une mise au point pluridisciplinaire.

Actuellement la génétique fait des progrès à pas de géant, un nombre très important de syndromes sont régulièrement découverts. Ils sont identifiés, définis, déterminés, avec tous les problèmes qui y sont liés. Ils font l'objet d'études, de prise en charge. Pour certains, nous avons la chance d'avoir un traitement spécifique, pour d'autres, connaître le syndrome dont toute la problématique y afférente, est déjà une grande aide pour la famille et pour l'équipe d'encadrement. De plus, lorsque le syndrome découvert est lié à des troubles comportementaux, c'est un immense soulagement pour les parents, bien souvent et bien longtemps accusés d'avoir eu un comportement inadapté, responsable de la réaction en miroir de leur enfant.

Biographie du patient

Elle doit être la plus fouillée possible, en s'adressant aux parents : prises en charge antérieures, évolution/évaluation médicales dont les coordonnées des médecins traitants, des médecins spécialistes intra et extra hospitaliers, mais aussi reprendre les coordonnées des médecins responsables des centres d'hébergement, des médecins des écoles, d'institutions, de centres d'orientation. Non seulement il faut contacter ces médecins, mais bien souvent, faute de documents informatisés, il faut aussi pouvoir bénéficier de la bonne volonté de services pour aller rechercher aux archives. Tout cela prend du temps, beaucoup de temps.

Idéalement, il nous faut reprendre aussi l'historique de toutes les médications et prises en charge antérieures afin de déterminer ce qui a été utile, comme ce qui ne l'a pas été, les effets secondaires rencontrés, à quel moment de l'existence du patient ces médications ont été données, certains traitements en effet peuvent être négatifs à certains âges et positifs à d'autres, quels étaient les traitements concomitants afin d'envisager les interactions. Il faut, lors d'un doute sur la justesse d'une reprise médicamenteuse, que toute l'histoire autour de ce médicament soit revue.

Données épidémiologiques

La maladie mentale est non seulement présente mais bien plus répandue chez les personnes porteuses d'une déficience intellectuelle que dans la population générale^{4,6}. Le taux de prévalence du " double diagnostic " parmi les personnes présentant une déficience intellectuelle varie entre 10 et 39 % selon qu'on inclut ou non les troubles envahissants du développement et les troubles graves du comportement^{7,9,10}.

Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont la psychose et les troubles phobiques^{7,8}. Bien souvent, les troubles comportementaux sont l'expression d'une dépression, laquelle est quatre fois plus fréquente chez les déficients mentaux agressifs¹².

Les personnes souffrant d'un trouble autistique représentent 1,13 % de la population générale, ou encore la prévalence dans la population générale est de 1/88 naissances¹³. Chez ces personnes, lors des épisodes de décompensation, surviennent des troubles comportementaux, auto et hétéro-agressifs, susceptibles d'être d'une rare violence. Nombre de ces personnes sont au domicile familial, faute de placement institutionnel suite à leurs troubles.

Ce n'est qu'une étude approfondie du patient, étude tant physique que psychique et même environnementale qui permettra de décrypter la problématique puis d'en assurer valablement la prise en charge et le retour à une vie normale.

En Belgique, le DD concerne au bas mot 110.000 personnes. Grâce aux progrès de la médecine et à une meilleure qualité de vie, le nombre de personnes déficientes mentales ou présentant un " double diagnostic " ne va que croître suite à une meilleure et plus rapide identification des problèmes de santé au sens large : plus de capacité à survivre des enfants présentant de sévères troubles organiques, infectieux, immunitaires ; un plus grand nombre de grands prématurés survivent ; les femmes sont enceintes plus tardivement ; les personnes déficientes mentales vivent bien plus longtemps¹⁴. Parmi les personnes déficientes mentales âgées de plus de 65 ans, 61,9 % présentent un trouble de la lignée psychiatrique¹⁵.

PROJET 107

La personne déficiente mentale est une personne et le malade mental est aussi et avant tout une personne, dès lors la réforme de soins de santé mentale pour personnes adultes entreprise au niveau fédéral au sein du " Projet 107 psy " intègre, dans ce vaste projet, la prise en charge des personnes présentant un DD.

Cinq fonctions

Fonction 1 : Médecins généralistes et spécialistes fonctionnant en cabinet, maisons médicales, centres de santé mentale ;

Fonction 2 : Equipes mobiles ;

Fonction 3 : Centres de Jour, Centres de Revalidation, " Hôpitaux " de Jour ;

Fonction 4 : Hospitalier ;

Fonction 5 : Lieux de vie : homes, occupationnels ou non, MS (Maisons de Soins), MSP (Maisons de Soins psychiatriques), IHP (Initiatives d'Habitations protégées), Maisons communautaires.

Fonction 2 - Equipes mobiles : Le Centre hospitalier Jean Titeca en collaboration tout d'abord avec le SPF Santé publique et une intervention COCOF (Commission communautaire française) a mis sur pieds, en novembre 2013, la Cellule mobile d'Intervention Maya (CMI Maya). La CMI compte actuellement près de 10 équivalents temps plein ; elle est constituée de psychologues, d'éducateurs, d'un assistant social et d'un psychiatre et dépend actuellement du régional, la COCOM (Commission communautaire commune). Son activité s'étend sur Bruxelles - Région-Capitale. Elle prend en charge des personnes de plus de 16 ans atteintes d'une déficience mentale et d'un trouble psychique et/ou de troubles graves du comportement.

Une analyse de la situation dans le milieu de vie, un soutien de l'entourage et un travail multidisciplinaire peuvent proposer des solutions alternatives et permettre d'apaiser les moments de crise. Ces patients trouvent péniblement un lieu d'hébergement, le secteur psychiatrique se sentant peu compétent avec une personne démunie intellectuellement et le secteur du handicap ne se sentant pas outillé pour traiter des

personnes avec une maladie mentale.

Le rôle de la CMI sera principalement, après l'analyse de la crise, de créer le réseau du patient et s'il existe déjà, de faire lien entre les multiples acteurs.

Malgré la CMI, en cas de décompensation sévère, les institutions, les familles n'ont comme seul recours que de faire appel aux forces de l'ordre et/ou au placement judiciaire. La mesure est le plus souvent rapidement levée soit par incapacité pour l'institution hospitalière de faire face à la problématique, soit parce que l'état de la personne est considéré, selon eux, comme ne rentrant pas strictement dans les critères de la Loi. Les gardes des services psychiatriques sont régulièrement confrontées à cette problématique et renvoient le patient à domicile après administration de quelques tranquillisants. Face à l'incompréhension, les crises sont de plus en plus difficilement gérables, les parents de plus en plus désemparés et les institutions de plus en plus frileuses à l'idée d'accueillir une personne DD. La CMI Maya, par son investissement en personnel et surtout par les formations au sein même des institutions, tente de diminuer leurs résistances à s'engager dans de telles prises en charge.

Fonction 4 - Hospitalier : Lorsque le réseau ambulatoire dont la CMI ne suffit plus, soit dans 50 % des cas, il est nécessaire que le réseau puisse s'appuyer sur une unité hospitalière spécialisée.

Mise au point somatique

Il y a très peu d'hôpitaux généraux prêts à accepter de réaliser des examens somatiques auprès de ces patients. Une anesthésie générale sera souvent proposée face aux troubles comportementaux. Ces examens se font soit dans le cadre de plusieurs " *One Day* ", soit en quelques jours d'hospitalisation

Mise au point psychiatrique

Une hospitalisation en service " classique " est longue et difficile. Les autres patients rejettent ce malade " différent " qui surtout leur font peur et le personnel n'est pas formé à ses besoins différents, bien souvent à l'opposé de ceux des malades mentaux. Le patient s'installe dans son dysfonctionnement et régresse. Comme l'étiquette DD lui fermera bien des portes, on assiste à une réelle chronification des hospitalisations.

Outre la souffrance de patients pris en charge de façon inadéquate, du point de vue strictement financier, plusieurs enquêtes ont été réalisées notamment en Wallonie, elles ont mis en évidence le coût très important des prises en charge inadéquates et des longues hospitalisations qui en découlent^{11,16}. Il faut noter un dommage collatéral lourd de conséquences pour la famille et pour la société : le patient porteur d'un DD est bien souvent à domicile et un, voire parfois deux parents ont dû arrêter de travailler pour s'occuper de lui, et que dire des frères et sœurs aux études.

Une enquête du KCE (Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé), basée sur les RPM (Résumés psychiatriques minimums) atteste que 15 à 30 % des patients hospitalisés longue durée T, sont des patients porteur d'un DD. L'étude se base sur les données RPM, il y a donc un risque important de sous-diagnostic de la déficience intellectuelle, dès lors du DD. Dans la région de Charleroi et du Centre, une enquête, réalisée en 2009-2010, sur 6 hôpitaux généraux et 1 hôpital psychiatrique, donne l'estimation de 10 % de patients porteur d'un DD en lit brève durée A et de 19,9 % en lits T^{17,18}.

Depuis les années 2000 des institutions ont créé en Flandre et en Wallonie, sur fonds propres, des unités spécialisées. Ces dernières s'essouffent, faute de financement.

Jusqu'en juillet 2016 au moins, et en permanence, 15 à 20 patients Bruxellois sont, malgré tout, hospitalisés en province. Il est dès lors impossible pour ces patients hospitalisés loin de chez eux que soit réalisé un travail de collaboration cohérent entre l'hôpital et leur réseau au sens large. Au moins 15 patients DD sont disséminés dans des hôpitaux bruxellois en attente d'une structure hospitalière adaptée.

Mais que dire des nombreux patients internés porteurs d'un DD. Faute d'un diagnostic et d'une prise en charge adaptée, ils n'acquièrent pas les compétences exigées et restent enfermés en moyenne 10,5 ans. Outre l'inadéquation et la dangerosité d'une telle prise en charge, elle représente, pour la société, le même coût qu'une hospitalisation^{19,20}.

Face à une telle situation, le CHJT (Centre hospitalier Jean Titeca) a ouvert une unité DD de 7 lits outre deux lits pour les DD internés en support à la CMI, unité charnière au sein du réseau et en support à celui-ci. Cette unité prend en traitement avec un personnel spécialisé, des patients DD pour lesquels une mise au point et l'instauration d'un traitement d'un trouble psychiatrique s'impose. Un travail est d'emblée entrepris en collaboration avec le réseau afin de réduire au maximum la durée d'hospitalisation. Le projet à long terme est d'élaborer une unité de 16 lits d'expertise et d'excellence ayant à la fois un but de formation du réseau de soins, de recherche et de création de trajets de soins au sein des 5 fonctions spécifiques du 107 et dès lors, pouvoir encore réduire les durées d'hospitalisation par une efficacité plus grande du réseau²¹.

Critères d'admission

- Adulte dès 18 ans, quel que soit son statut ;
- Déficience mentale, QI < à 70 ;
- Troubles comportementaux pour lesquels est formulée une demande de mise au point d'un trouble psychiatrique avec prise en charge thérapeutique individualisée et une demande de concertation et de collaboration, afin d'assurer la continuité de la

prise en charge post-hospitalière dans le réseau. Si cette dernière demande n'est pas clairement formulée, elle devra impérativement être travaillée durant l'hospitalisation, la collaboration étroite avec le réseau étant une nécessité absolue pour assurer un suivi extrahospitalier de qualité.

Dans le cas où le profil du patient ne permet pas l'hospitalisation en unité " double diagnostic ", sa réorientation est organisée en collaboration avec le réseau.

Comme signalé plus haut, les troubles somatiques graves devront être exclus. Durant l'hospitalisation d'une durée estimée à 3 mois renouvelable, la crise gérée, l'observation du patient permettra de transmettre une expertise aux équipes et/ou aux familles, des pistes de prise en charge, d'adaptation des attitudes des équipes, des familles, en réponse aux troubles du patient et les intégrer dans son PSI (Plan de Soins individualisés) afin de maintenir la continuité. Pour soutenir la prise en charge du patient dans son lieu de vie, il y a dès l'hospitalisation, nécessité de poursuivre ou de créer une étroite collaboration avec le réseau. La CMI Maya est largement mise à contribution. Elle est le facilitateur, voire le générateur, de contacts étroits entre toutes les fonctions du projet 107. Stimuler la qualité, l'intensité, l'adaptabilité voire même l'inventivité de chacun des intervenants sera un objectif majeur pour faciliter l'inclusion du patient " double diagnostic " dans son lieu de vie.

Moyens thérapeutiques

- *Projet individualisé via des ateliers* inspiré du projet institutionnel de l'Hôpital psychiatrique Saint Bernard à Manage²².

Dans un cadre structurant, sans jamais laisser le patient livré à lui-même, des ateliers individualisés créés en tenant compte de la problématique du patient et de ses centres d'intérêt, seront élaborés et développés avec la participation du réseau afin qu'il puisse en assurer la continuité après l'hospitalisation. Ces ateliers seront intégrés dans le PSI (projet de soins individualisé) du patient, support essentiel à la continuité d'une prise en charge cohérente et individualisée ;

- *Adaptation de la médication* : de part une immaturité ou une dysmaturité des systèmes régissant notre stabilité somatique et psychique, ces patients sont susceptibles de présenter des réactions imprévisibles aux traitements. C'est avec prudence que la médication doit être adaptée dans un lieu sécurisant, sécurisé et susceptible de réagir immédiatement. Cependant, les contraintes extérieures au milieu hospitalier sont susceptibles de nécessiter des adaptations qui seront réalisées avec les structures extrahospitalières.

Liens avec l'extrahospitalier

Dès l'hospitalisation, un continuum est organisé

avec tous les intervenants. Il y a nécessité absolue qu'ils soient tous partie prenante du projet du patient afin d'en assurer la cohérence. Vu la fragilité extrême de ces patients, la moindre faille dans le schéma de prise en charge sera cause d'échec du projet entier.

CONCLUSION

Les patients DD ne sont que récemment reconnus dans leur pathologie. Or il est nécessaire pour cette population en souffrance, de décrypter pour chacun les différentes facettes de leurs problématiques afin d'élaborer une prise en charge adéquate. S'impose dès lors une collaboration étroite de la part de tout son réseau, sa famille, son entourage et les professionnels représentants des fonctions.

Conflits d'intérêt : néant.

CONTACTS

Région bruxelloise

- PHARE : 02 800 82 03 (Call Center), Lundi-Mardi-Jeudi-Vendredi de 9 h à 12 h, www.phare.be
- Crisis BXL (pour enfants et adolescents) : 02 209 16 36
- RMLB : 02 375 12 97 (Helpdesk), www.rmlb.be,
- INCLUSION /SAPHAM /MADRAS, Cellule Mobile d'Intervention Bruxelles Région Capitale : cmimaya@chjt.be
- Centres Occupationnels : Le FARRA /ANAIS / Le PRETEXTE
- Structures Répit : Le FARRA / INTERMAIDE / SAPHAM
- Bruxelles Social en Ligne : www.social.brussels

Région wallonne

- AVIQ : 080016061 (Call Center), www.aviq.be - Beklin : 071 33 75 46, Luyckx : 0471 33 77 06, olivier.luyckx@aviq.be

Projet de réforme en Santé mentale Adulte sur l'ensemble de la Belgique

<http://www.psy107.be/index.php/fr/contact>.

BIBLIOGRAPHIE

1. Flynn RJ. De la normalisation à la valorisation des rôles sociaux : évolution et impact entre 1982 et 1992. In : SRV-VRS : Revue internationale de la Valorisation des Rôles Sociaux, 1994;1(1).
2. American Association on Mental Retardation. Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of supports. Washington: AAMC;2002.
3. Case-Smith, J. Criteria for determining the four degrees of severity in mental retardation p. 190 figure 6-15: / Common conditions that influence children's participation. In: *Occupational Therapy for Children*. 5^e éd. St. Louis, Missouri:Elsevier Mosby editors;2005:160-215.
4. Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A, Hofer SM, Taffe J, Gray KM et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. JAMA. 2006;296(16):1981-9.

5. Whitaker S, Read S. The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: an analysis of the literature. *JARID*. 2006;19:330-45.
6. Felce D, Kerr M, Hastings RP. A general practice-based study of the relationship between indicators of mental illness and challenging behavior among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2009;53(3):243-54.
7. Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. I : Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years II: The rate of behavior disorders among a community-based population aged between 16-24 years, *J Intellect Disabil Res*. 2001;45(6):495-505/506-14.
8. Welch KA, Lawrie SM, Muir W, Johustone AC. Systematic review of the clinical presentation of schizophrenia in intellectual disability. *J Psychopathology and Behavioural Assessment*. 2011;33(2):246-53.
9. Morgan VA, Leonard H, Bourke J, Jablensky. A Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness : population-based study. *Br. J Psychiatry*. 2008;193(5):364-72.
10. Cooper SA, Smiley E, Morrisson J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities : prevalence and associated factor. *Br J Psychiatry*. 2007;190:27-35.
11. Fletcher RJ. Myths and Realities co-occurring disorders: mental illness and intellectual disability. 4th annual Training for Olmstead State Mental Health Coordinators. Washington DC;2004.
12. Reiss S, Rojahn J. Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *J Intellect Disabil Res*. 1993;37(3):287-94.
13. Baio J. Autism and Developmental Disabilities Monitoring. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, CDC,14 sites USA;2008.
14. Dessibourg CA. Handicap mental : approche transdisciplinaire, somatique, psychiatrique et psychopédagogique. 1^e éd. Paris:Ed. Masson;2009.
15. Cooper SA, Van der Speck R. Epidemiology of mental ill health in adults with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(5):431-6.
16. Schmitz O. Etat des lieux et analyse de la situation des personnes adultes présentant un handicap mental et souffrant de troubles graves du comportement. Recherche sollicitée par IWSM-AWIPH à la Plateforme de Concertation en Santé Mentale;2011.
17. Verniest R, Laenen A, Daems A, Kohn L, Vandermeersch G, Fabri V *et al*. Les Séjours Psychiatriques de Longue Durée en lit T - Rapport 84B. KCE;2008.
18. Minotte P, Gosselin Ch. Handicap mental et Santé mentale, Repères Théoriques et état des lieux des dispositifs visant à diagnostiquer, prévenir, soigner un problème de santé mentale et à maintenir une santé mentale de qualité chez des personnes adultes en situation de handicap mental. Institut Wallon pour la Santé Mentale. 2010-2011:77-82.
19. Colloque « La politique des oubliettes » organisé par l'ANAHM ; Similes. Bruxelles:Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme;2011.
20. Wang EA, Wang Y, Krumholz HM. A High Risk of Hospitalization Following Release from Correctional Facilities in Medicare Beneficiaries. A Restrospective Matched Cohort Study, 2002 to 2010. *JAMA Intern Med*. 2013;173(17):1621-8.
21. Titeca P. Réalisation des 5 fonctions / missions développées dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale au niveau du trajet de soins pour internés de la zone d'action de Bruxelles et du Brabant wallon. Etat des lieux et propositions du Centre hospitalier Jean Titeca au SPF Santé Publique;2011.
22. Baetens G. L'Atelier au Cœur d'un Dispositif thérapeutique personnalisé dans le Réseau. Hôpital psychiatrique Saint Bernard, Manage;2013.

Correspondance

E. PEETERS
 Centre hospitalier Jean Titeca
 Rue de la Luzerne, 11
 1030 Bruxelles
 E-mail : evelyne.peeters@chjt.be

Travail reçu le 29 avril 2019 ; accepté dans sa version définitive le 6 juin 2019.