

Rapport nationale bevraging met betrekking tot diagnostiek en behandeling ADHD
Rapport d'enquête national en matière de diagnostic et de prise en charge du TDA/H

Mai 2017

Rapport corédigé par les experts TDA/H des réseaux provinciaux dans le cadre de l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale infanto-juvénile.

Pour Anvers, Lienke Scheerlinck

Pour le Brabant Flamand, Dagmar Van Liefferinge

Pour le Brabant Wallon, Dominique Potelle

Pour Bruxelles, Jean-François Wylock et Kristell Ackerman

Pour la Flandre Occidentale, Annelies Coetsier

Pour la Flandre Orientale, Ilse Dewitte

Pour le Hainaut, Laure Raymond

Pour Liège, Corinne Catale

Pour le Limbourg, Griet Vercaeren, Ilona Sauwen en Erwin Derks

Pour le Luxembourg, Helea Suleau

Pour Namur, Chantal Hattiez

Table des matières

1. Inleiding / Introduction	3
1.1. Contexte général	3
1.2. Projet TDA/H	3
2. Algemene bevraging hulpverleners / Questionnaire général médecins/thérapeutes	4
2.1 Methode / Méthode	4
2.1.1. Participanten / Participants	4
2.1.2. Vragenlijst / Questionnaire	5
2.2. Resultaten algemene bevraging hulpverleners / Résultats questionnaire général médecins et thérapeutes	7
2.2.1. Diagnostiek / Diagnostic	7
2.2.1.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	7
2.2.1.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	11
2.2.2. Behandeling - begeleiding / Prise en charge - orientation	16
2.2.2.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	16
2.2.2.2 Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	21
2.2.3. Netwerk / Réseau	27
2.2.3.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	27
2.2.3.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	29
2.2.4. Succesfactoren, moeilijkheden, noden en kwalitatieve resultaten / Facteurs de succès, difficultés, besoins et résultats qualitatifs	33
2.2.4.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	33
2.2.4.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	48
2.3. Conclusion / Conclusie	54
3. Bevraging CLB / Questionnaire PMS/PSE	57
3.1. Methode / Méthode	57
3.1.1. Participanten / Participants	57
3.1.2. Vragenlijst / Questionnaire	58
3.2 Resultaten bevraging CLB/ Résultats questionnaire PMS/PSE	59
3.2.1 Diagnostiek / Diagnostic	59
3.2.1.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	59
3.2.1.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	62
3.2.2 Behandeling - begeleiding / Prise en charge - orientation	64
3.2.2.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	64
3.2.2.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	68
3.2.3 Netwerk / réseau	70
3.2.3.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	70

3.2.3.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	71
3.2.4 Succesfactoren, moeilijkheden, noden en kwalitatieve resultaten / Facteurs de succès, difficultés, besoins et résultats qualitatifs	73
3.2.4.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions	73
3.2.4.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents	85
3.3. Conclusie CLB / Conclusion PMS	88
4. Algemene conclusie / Conclusion générale	89

1. Inleiding / Introduction

1.1. Contexte général

La nouvelle politique de soins en santé mentale approuvée en mars 2015 vise à améliorer la qualité de soin des enfants et des adolescents en soulignant l'importance de la collaboration et de la concertation entre tous les partenaires impliqués dans le secteur de la santé mentale mais également dans les autres secteurs (enseignement, aide à la jeunesse, ...).

L'objectif principal de cette nouvelle politique est de mettre l'accent sur les besoins de l'enfant et de sa famille en permettant (1) d'assurer des soins de qualité accessibles à tous, (2) de privilégier un traitement inclusif dans l'environnement de l'enfant et de (3) permettre une continuité dans les soins.

Pour ce faire, chaque province développe un réseau intersectoriel et met en place différents programmes d'actions dont un axe consacré au programme de consultation et de liaison intersectorielle.

Une attention particulière est portée à la problématique du Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDA/H).

1.2. Projet TDA/H

La consommation croissante de psychostimulants en Belgique a permis d'identifier une différence dans les taux de prescription en fonction des régions. Celle-ci peut être associée à une divergence de points de vue ou de pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge du TDA/H entre ces mêmes régions.

Selon le Conseil Supérieur de la Santé, il est nécessaire de partager les expertises entre les régions et de développer une approche cohérente au sein du pays en redéfinissant le rôle des partenaires impliqués dans le dépistage, le diagnostic et le traitement du TDA/H et en proposant des trajectoires de soins concrètes.

Compte tenu de ces objectifs, il est important de réaliser une cartographie de l'offre et d'effectuer une enquête sur les pratiques auprès des partenaires impliqués dans le diagnostic et la prise en charge du TDA/H. Pour ce faire, un questionnaire a été construit et diffusé au sein de chaque province afin

- (1) d'identifier les différences et points communs dans les pratiques entre les régions mais également entre les provinces ;
- (2) d'identifier les expertises présentes et leurs éventuelles collaborations ;
- (3) d'analyser les pratiques ; et
- (4) de repérer les besoins et les chevauchements dans les pratiques.

2. Algemene bevraging hulpverleners / Questionnaire général médecins/thérapeutes

2.1 Methode / Méthode

2.1.1. Participanten / Participants

Het totaal aantal respondenten bedraagt 754 personen. 48% van de respondenten is Vlaams, 46% Waals, en 6% komt van Brussel. 87,1% heeft contact met kinderen en/of jongeren met ADHD. De gemiddelde ervaring bedraagt 15,44 jaar. De respondenten hebben minimum 1 jaar en maximum 48 jaar ervaring.

Statistisch gezien is de steekproef voldoende groot om betrouwbare uitspraken te doen op Belgisch en regionaal niveau. Op Belgisch niveau bedraagt de betrouwbaarheid 95% en de nauwkeurigheid 3,7%. Op regionaal niveau bedraagt de betrouwbaarheid 95% en de nauwkeurigheid 5 à 7%.

Wat de representativiteit betreft is het belangrijk dat er een weerspiegeling is in de verdeling respondenten over provincies en beroepscategorieën, eerder dan een gelijke verdeling over de beroepen heen. Bepaalde beroepscategorieën zijn meer aanwezig aangezien ze in de realiteit ook een groter aandeel hebben in het aanbod van de zorg rond ADHD.

Alle provincies zijn in deze vragenlijst vertegenwoordigd. Concreet zijn er 11% respondenten uit Antwerpen, 6,1% uit Brussel, 13,3% uit Henegouwen, uit Limburg 4,9%, Luik 15,9%, Luxemburg 4,6%, Namen 4,6%, Oost-Vlaanderen 13,1%, Vlaams-Brabant 8,9%, Waals-Brabant 8%, en het aantal responsen uit West-Vlaanderen bedraagt 9,5%.

De meerderheid van de respondenten werkt in dienstverband. Er is sprake van kleine regionale verschillen. Het aantal respondenten dat in dienstverband werkt bedraagt in België 63,5%, in Brussel 58,7%, in Vlaanderen 67%, en in Wallonië 60,6%.

Het aantal respondenten dat als zelfstandige werkt bedraagt in België 36,5%, in Brussel 41,3%, in Vlaanderen 33%, en in Wallonië 39,4%.

Het grootste deel van de respondenten bestaat uit psychologen, kinderpsychiaters, logopedisten, neuropsychologen en huisartsen. Op het eerste zicht lijken er regionale verschillen, maar wanneer verschillende gelijkaardige beroepscategorieën gebundeld worden (bijvoorbeeld psychologen en neuropsychologen) verdwijnen de grootste verschillen. Enkel bij de logopedisten lijkt er een groot verschil te zijn, in Wallonië is de vertegenwoordiging van deze beroepscategorie veel groter dan in Vlaanderen. Ook het aantal kinderartsen lijkt in Vlaanderen lager te liggen.

Concreet bedraagt het aantal respondenten dat als psycholoog werkt in België 28,16%, in Brussel 19,5%, in Vlaanderen 41,5%, en in Wallonië 16,1%.

Het aantal respondenten dat als kinderpsychiater werkt bedraagt in België 19,18%, in Brussel 17,1%, in Vlaanderen 25,8%, en in Wallonië 12,9%.

Het aantal respondenten dat als logopedist werkt bedraagt in België 26,8%, in Brussel 26,8%, in Vlaanderen 3,6%, en in Wallonië 18,4%.

Het aantal respondenten dat als neuropsycholoog werkt bedraagt in België 10,05%, in Brussel 12,2%, in Vlaanderen 2%, en in Wallonië 17,7%.

Het aantal respondenten dat als kinderarts werkt bedraagt in België 3,04%, in Brussel 9,8%, in in Vlaanderen 0,7% en in Wallonië 4,5%.

Andere beroepen die door de zelfstandige respondenten worden uitgeoefend zijn: huisarts, maatschappelijk assistent, (kinder)arts, (ortho)pedagoog, neuropediater, opvoeder, kinesitherapeut, psychomotorische therapeut, sociaal verpleegkundige, ergotherapeut, en (kinder-)neuroloog.

Diegenen die de vragenlijst invullen vanuit een team zijn voornamelijk werkzaam als psycholoog, (kinder-)psychiater, maatschappelijk assistent, logopedist, neuropsycholoog, neuropediater, (ortho)pedagoog, kinesitherapeut en psychomotorisch therapeut. In mindere mate vulden ook ergotherapeuten, opvoeders, huisartsen, (kinder)artsen, psychologisch assistenten, (kinder-)neurologen, en sociaal verpleegkundigen de vragenlijst in.

Het aantal psychologen die antwoordden vanuit een team bedraagt in Brussel 65,9%, in Vlaanderen 78,4%, en in Wallonië 64,2%.

Het aantal (kinder-)psychiaters die antwoordden vanuit een team bedraagt in Brussel 46,3%, in Vlaanderen 66,7%, en in Wallonië 45,8%.

Het aantal maatschappelijk assistenten die de vragenlijst invullen vanuit een team bedraagt in Brussel 36,6%, in Vlaanderen 42,5%, en in Wallonië 34,8%.

Het aantal logopedisten die de vragenlijst invullen vanuit een team bedraagt in Brussel 61%, in Vlaanderen 41,2%, en in Wallonië 55,8%.

Het aantal neuropsychologen die de vragenlijst invullen vanuit een team bedraagt in Brussel 48,8%, in Vlaanderen 8,5%, en in Wallonië 51,6%.

Het aantal neuropediateren die de vragenlijst invullen vanuit een team bedraagt in Brussel 39%, in Vlaanderen 4,6%, en in Wallonië 36,5%.

Het aantal psychologen die de vragenlijst invullen vanuit een team bedraagt in Brussel 65,9%, in Vlaanderen 78,4%, en in Wallonië 64,2%.

2.1.2. Vragenlijst / questionnaire

Présentation de la méthode

Pour mener à bien cette enquête nationale, nous avons décidé d'utiliser un questionnaire. Notre approche était à la fois quantitative et qualitative.

Selon le public visé, l'élaboration de deux questionnaires a été entreprise. L'un était à destination des médecins et des thérapeutes indépendants ou employés. Le second était à destination des CPMS (Centres Psycho-Médico-Sociaux), des services PSE (Promotion de la santé à l'école) et des CLB (Centrum Voor Leerlingenbegeleiding). Le second questionnaire sera décrit dans la partie "Questionnaire PMS/PSE".

Construction des questionnaires

Les deux questionnaires ont été construits de manière similaire mais avec quelques différences de contenu selon le public visé afin de garder une certaine cohérence. Le fond est donc resté le même, seule la forme a été légèrement adaptée.

Les questionnaires ont été construits en **5 groupes thématiques de questions**. La première partie consiste à recueillir les **renseignements généraux**. Le deuxième et le troisième groupe de questions ont été dédiés au **diagnostic du TDA/H** et à **la prise en charge du TDA/H**. En ce qui concerne le quatrième groupe de questions, il s'agit des questions relatives au **réseau de soins TDA/H** : sa connaissance, son fonctionnement. Les questions ouvertes font partie du dernier volet de questions concernant les **difficultés et les besoins** des professionnels dans leur pratique et pour la coordination des soins.

En ce qui concerne le questionnaire à destination des médecins et des thérapeutes indépendants ou employés, la construction se décompose comme suit : En premier lieu, il est essentiel de savoir si le répondant ou son service côtoie des enfants avec TDA/H. S'il répond par l'affirmative le questionnaire continue, sinon, il s'arrête là. Ensuite est demandé le cadre de travail, la province où l'on exerce, sa profession, son nombre d'années d'expérience, la proportion d'enfants TDA/H au sein de sa patientèle et enfin la profession des collaborateurs au sein de l'éventuelle équipe. Une question concernant les données davantage administratives est quant à elle facultative (nom, prénom, adresse, email, téléphone,...). Au sein des deux parties suivantes, il s'agit de savoir si oui ou non le répondant ou son service fait partie de la procédure diagnostique et de la procédure de prise en charge. Si ce n'est pas le cas, une question apparaît afin qu'il puisse indiquer vers qui le patient est alors réorienté. Par contre, si la personne répond par l'affirmative, une série de questions apparaît pour comprendre précisément tout le cheminement et fonctionnement de ces procédures. Pour finir, nous retrouvons trois questions ouvertes sur la pratique du professionnel : Les facteurs de succès, les difficultés et les besoins dans les procédures de diagnostic et de prise en charge. En tout dernier lieu, il s'agit de voir s'il existe une personne qui coordonne la prise en charge et les difficultés et besoins qui se rapportent à cette coordination.

Notons que les versions néerlandophones et francophones diffèrent légèrement dans la partie relative à la prise en charge : l'entraînement des habiletés est en groupe dans la version francophone, et en individuel dans la version néerlandophone. Notons également la présence de bugs informatiques : il était par exemple impossible de cocher les réponses <5 ans ou >18 ans concernant la patientèle rencontrée.

Procédure de passation et traitement des données

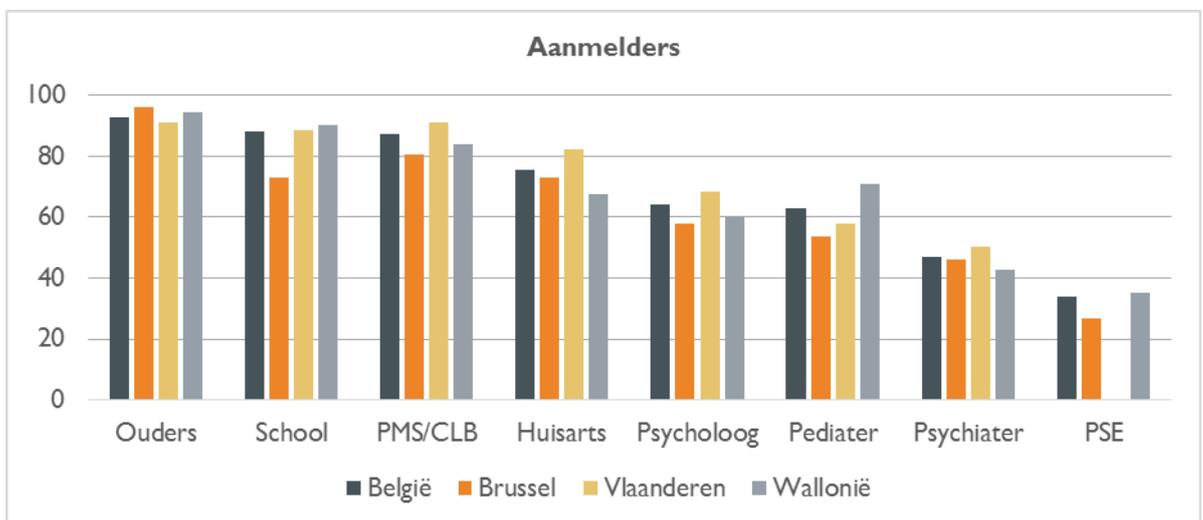
Les deux questionnaires ont été créés sur la plateforme LIMESURVEY par Dagmar Van Liefferinge, experte TDA/H du Brabant Flamand et ont été mis en ligne via ce même logiciel. Chaque expert a eu pour mission de prendre contact avec les professionnels exerçant au sein de sa province dans le monde du TDA/H afin qu'ils puissent participer à cette enquête nationale. Le questionnaire était disponible en français et en néerlandais selon la région de Belgique de provenance du participant. Le questionnaire médecins/thérapeutes a été mis en ligne le 3 octobre jusqu'à 25 novembre et celui destiné aux CPMS/PSE/CLB du 21 octobre au 25 janvier. Il est à noter que les deux questionnaires n'étaient pas anonymes. Les participants ont pu également sauvegarder un questionnaire partiellement complété pour y revenir plus tard. Toutes les notifications durant la passation ont été envoyées à l'adresse mail de Dagmar Van Liefferinge. Les résultats ont ensuite été analysés de façon quantitative par le programme statistique SPSS. Les réponses aux questions ouvertes ont quant à elles été analysées et des regroupements ont été effectués intercotateurs.

2.2. Resultaten algemene bevraging hulpverleners / Résultats questionnaire général médecins et thérapeutes

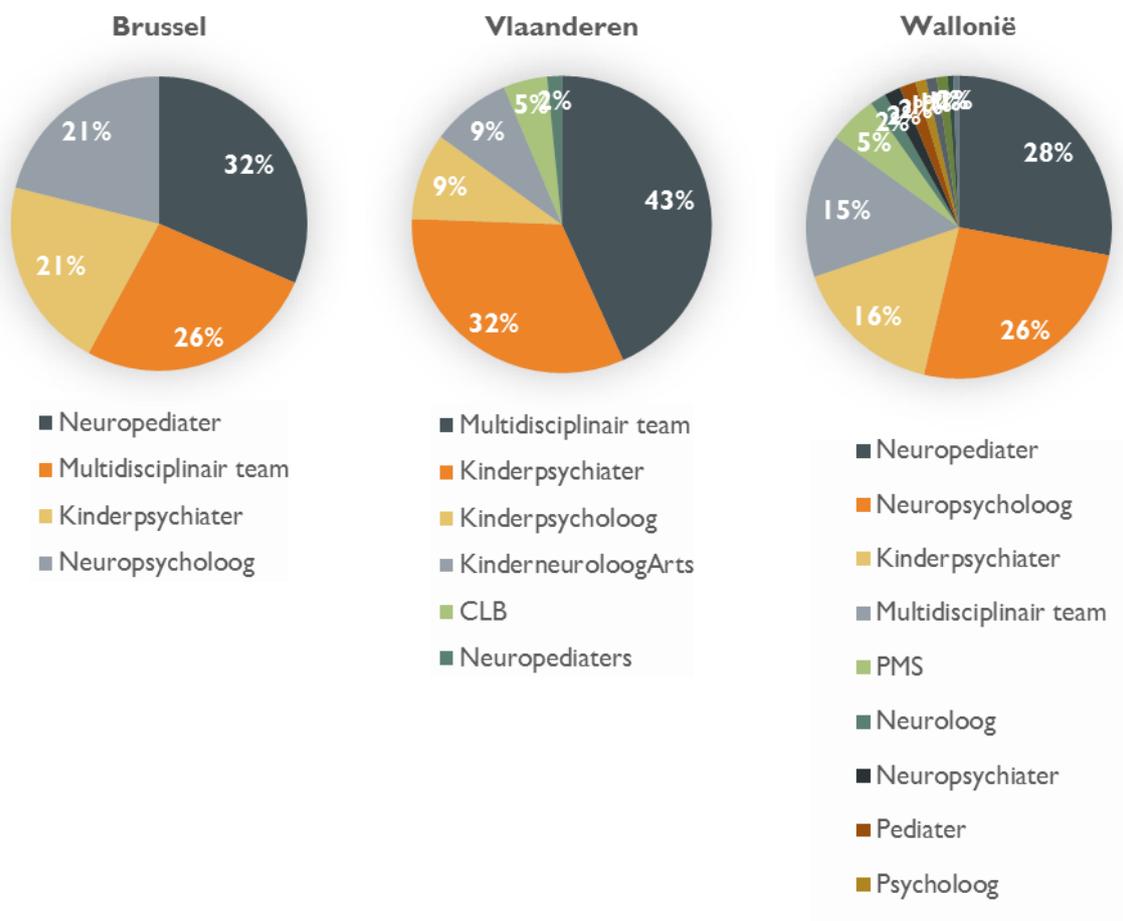
2.2.1. Diagnostiek / Diagnostic

2.2.1.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions

Van alle respondenten geeft 57% (Br. 63%, Vl. 63%, W. 51%) aan diagnostiek m.b.t. ADHD uit te voeren, waarbij 87% aangeeft diagnostiek te doen binnen de leeftijdscategorie 6 tot 9 jaar, 56% binnen de leeftijdscategorie van 10 tot 11 jaar, 34% van 12 tot 15 jaar, en 18% van 16 tot 18 jaar. Patiënten/ cliënten worden via verschillende wegen aangemeld voor diagnostiek ADHD, waarbij ouders, school, CLB/PMS/PSE en de huisarts de meest gangbare wegen zijn (zie figuur 1). De plaats waarnaar patiënten/ cliënten worden doorverwezen wanneer de hulpverlener geen diagnostiek ADHD doet, blijkt te verschillen tussen de gewesten. In Vlaanderen wordt er in eerste instantie verwezen naar een multidisciplinair team (CGG, CAR, K-dienst, ...) of naar een kinderpsychiater, terwijl in Wallonië het meest doorverwezen wordt naar een neuropediater of een neuropsycholoog (zie figuur 2). In Brussel gebeuren de meeste doorverwijzingen naar neuropediaters en multidisciplinaire teams (zie figuur 2).

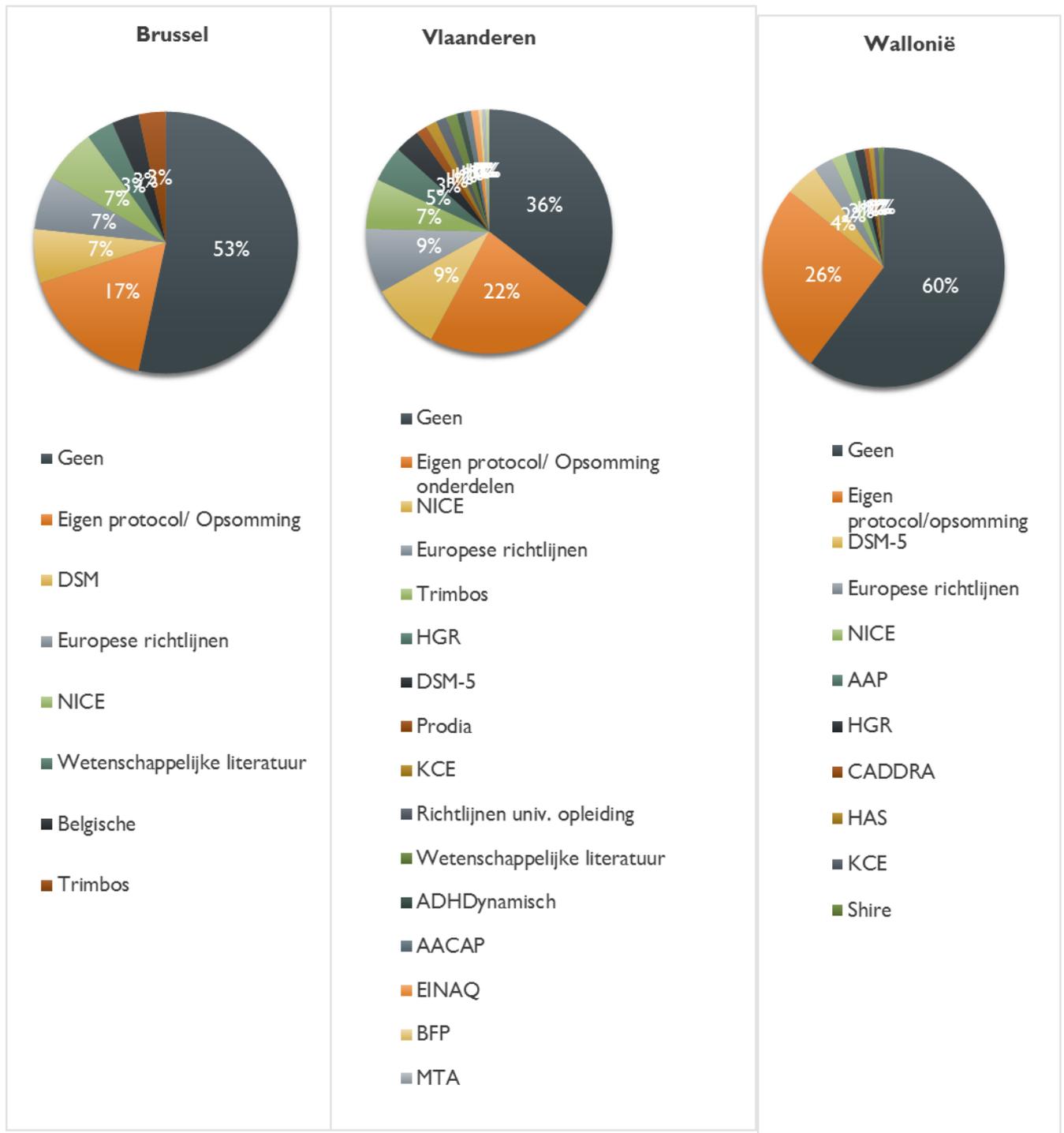


Figuur 1. Overzicht aanmelders diagnostiek ADHD



Figuur 2. Overzicht van de plaatsen of personen waarnaar ander hulpverleners cliënten/patiënten doorverwijzen voor diagnostiek m.b.t. ADHD per gewest.

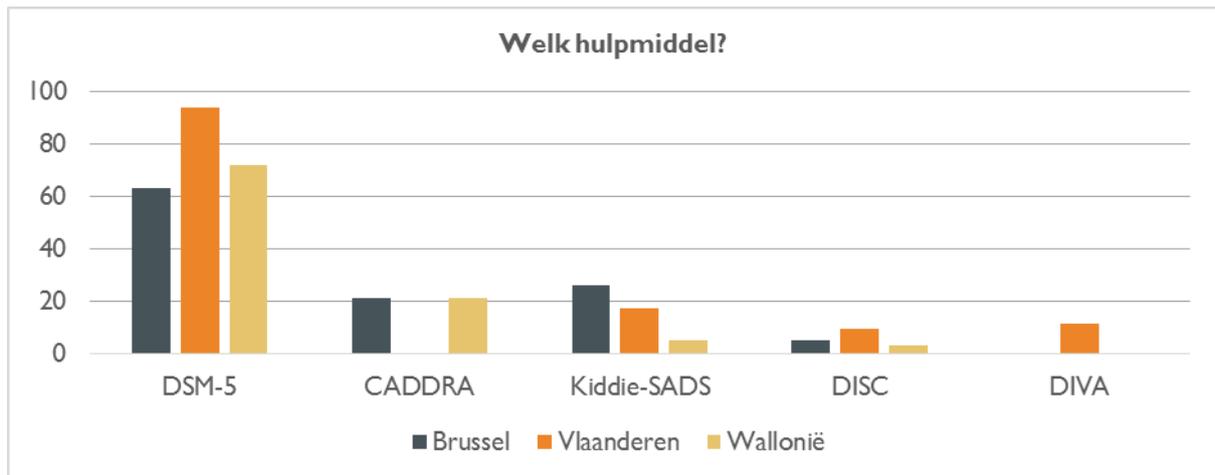
Van de respondenten die aangeven diagnostiek ADHD te doen, geeft 53% aan richtlijnen te volgen, waarbij duidelijke verschillen tussen gewesten gevonden worden (Br. 53%, Vl. 64%, W. 40%). Wanneer er gevraagd wordt welke richtlijnen gevolgd worden, blijkt er een grote verscheidenheid te zitten in de antwoorden. Opmerkelijk hierbij is dat slechts een kleine minderheid in elke gewest (Br. 0%, Vl. 5%, W. 1%) aangeeft gebruikt te maken van de richtlijn van de Hoge GezondheidsRaad (HGR).



Figuur 3. Gebruikte richtlijnen bij diagnostiek ADHD per gewest.

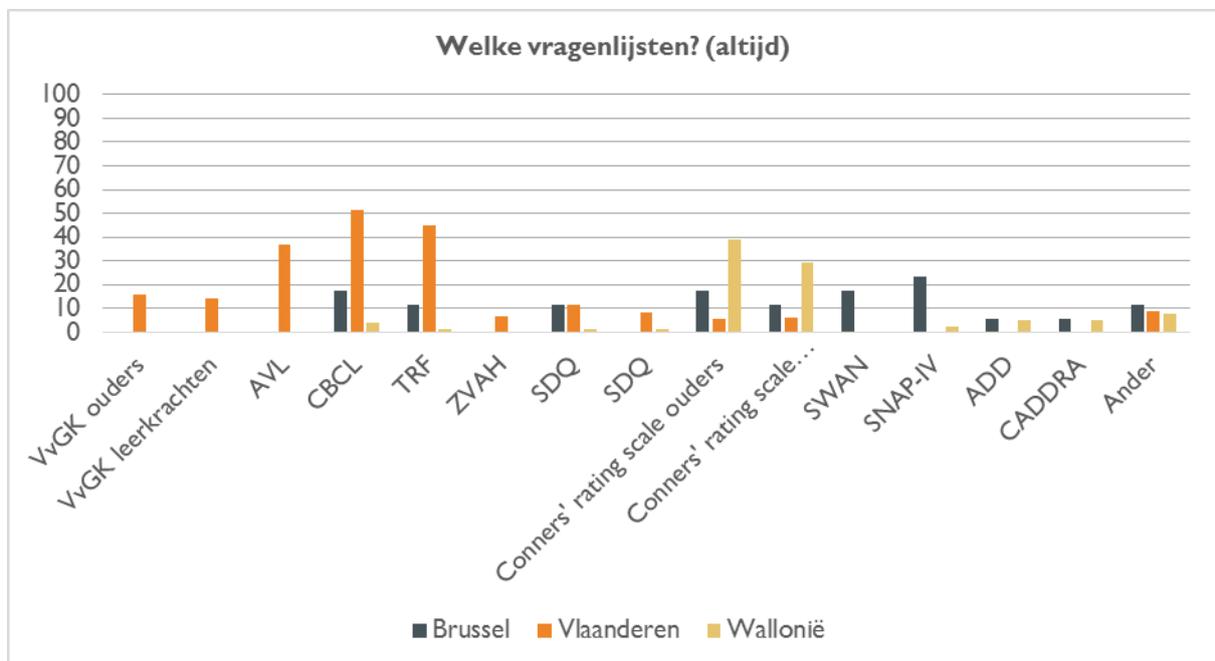
Onderdelen diagnostisch proces

De grote meerderheid van de respondenten geeft aan altijd een gesprek te voeren met de ouders (B.90%) en het kind 80%, terwijl slechts 34% ook altijd een gesprek heeft met de leerkracht. De meerderheid geeft aan bij deze gesprekken hulpmiddelen te gebruiken, waarvan de DSM-5 criteria het meest gebruikte hulpmiddel is. Slechts een minderheid geeft aan hierbij een (semi-) gestructureerd interview te gebruiken (zie figuur 4).



Figuur 4. Overzicht gebruikte hulpmiddelen bij gesprekken.

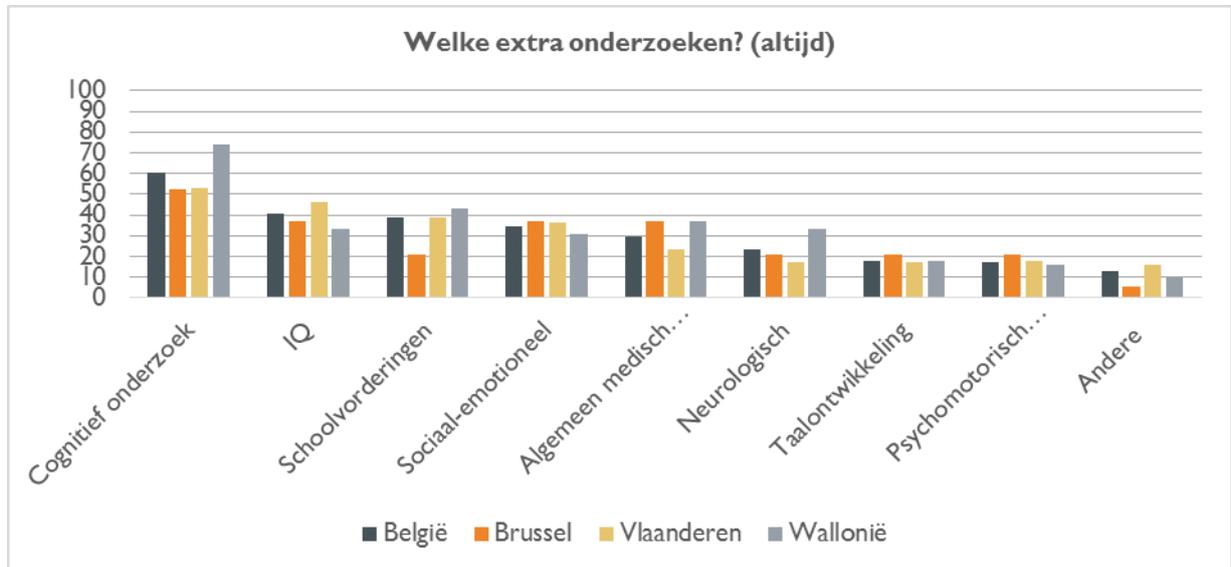
Het gebruik van vragenlijsten in het diagnostisch proces verschilt sterk afhankelijk van gewest. In Vlaanderen geven 92% van de respondenten aan gebruik te maken van vragenlijsten, in Brussel 65% en in Wallonië 50%. De meest gebruikte vragenlijsten die respondenten altijd gebruiken in Vlaanderen zijn bredebandscreeningsinstrumenten (zie figuur 5). Bij de specifieke vragenlijsten wordt ADHD-VragenLijst (AVL) in Vlaanderen vaker gebruikt dan de Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK). Ook in Wallonië wordt er in eerste instantie gebruik gemaakt van bredebandscreeningsinstrumenten en in mindere mate van specifieke vragenlijsten (zie figuur 5). In Brussel wordt er in eerste instantie gewerkt met specifieke vragenlijsten gevolgd door bredebandscreeningsinstrumenten (zie figuur 5).



Figuur 5. Overzicht vragenlijsten die altijd gebruikt worden door hulpverleners.

De meerderheid (B. 73%, Br. 73%, Vl. 79%, W. 64%) van de respondenten doet altijd bijkomende testen bij diagnostiek ADHD. Neuropsychologisch onderzoek is hierbij het meest voorkomende bijkomende onderzoek voor alle gewesten (Br. en Vl. 53%, Wal. 74%). Zie figuur 6 voor een overzicht van de

verscheidene onderzoeken die altijd bijkomende uitgevoerd worden. De observatie van de ouder-kind relatie maakt bij het grotendeel van de respondenten ook onderdeel uit van het diagnostisch proces (B. 89%, Br. 96%, Vl. 81%, W. 96%).



Figuur 6. Overzicht bijkomende onderzoeken die altijd uitgevoerd worden.

Meer dan 90% (Br. 100%, Vl. 93%, W. 95%) geeft aan dat er bij het stellen van een diagnose ADHD meerdere personen betrokken worden in het beslissingsproces.

2.2.1.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

West-Vlaanderen (WINGG)

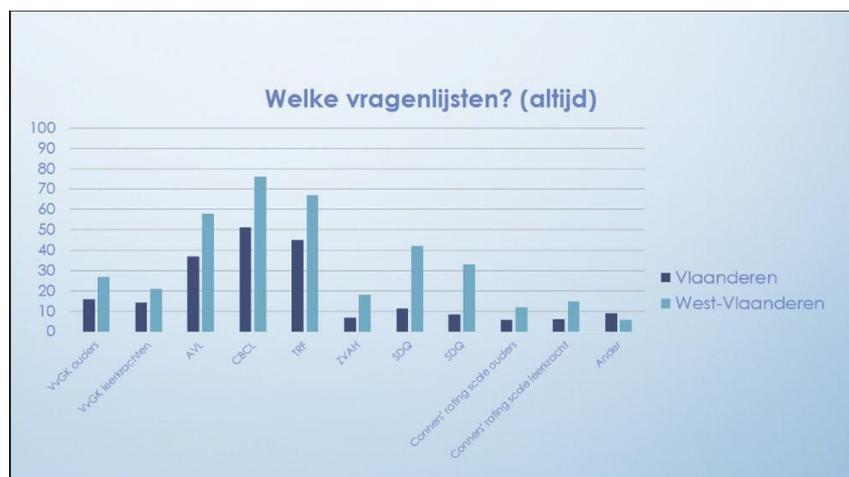
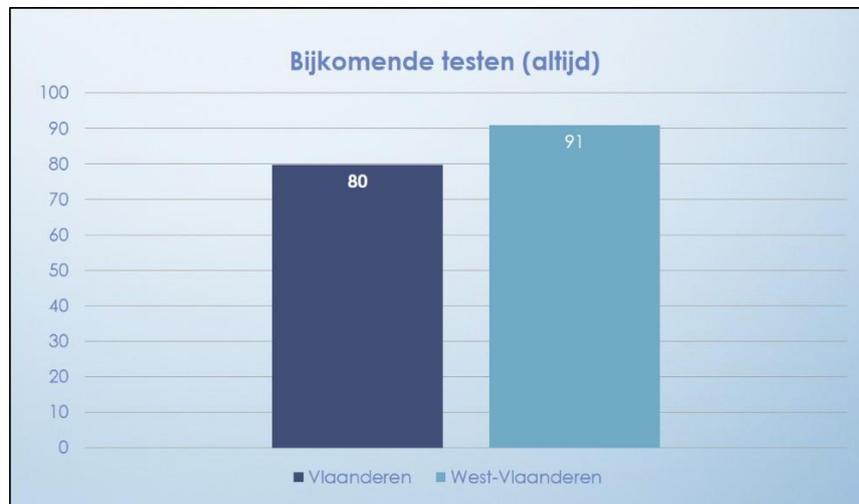
- Nog meer dan in andere Vlaamse provincies ontbreekt het aanbod aan diagnostiek voor +16j. Omwille van deze vaststelling wordt er in deel II van het project extra ingezet op deze doelgroep.



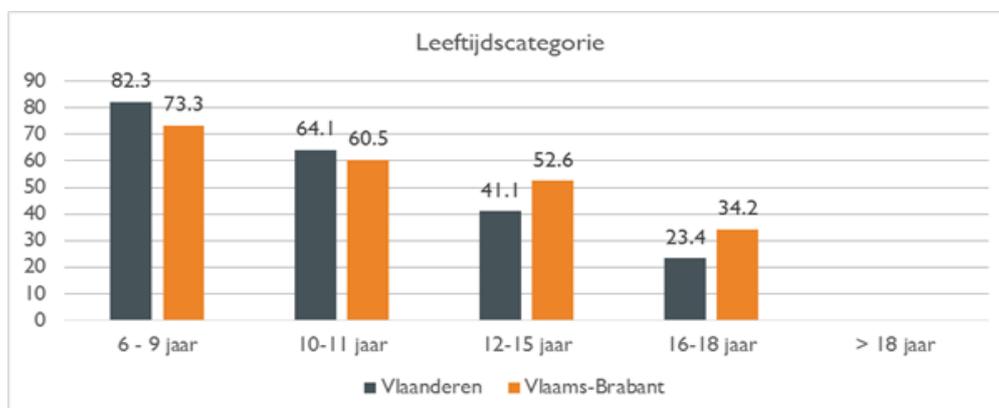
- Het gebruik van richtlijnen en protocollen bij diagnostiek ADHD ligt in West-Vlaanderen ivm

Vlaanderen hoger. We vermoeden dat dit het resultaat is van het “zorgpad ADHD West-Vlaanderen” en de inzet van de werkgroep “Drietrapsraket”.

- We zien een systematisch een hoger gebruik van vragenlijsten. **Opdracht:** De keuze van de vragenlijsten dient aangepast te worden volgens de Europese richtlijnen.

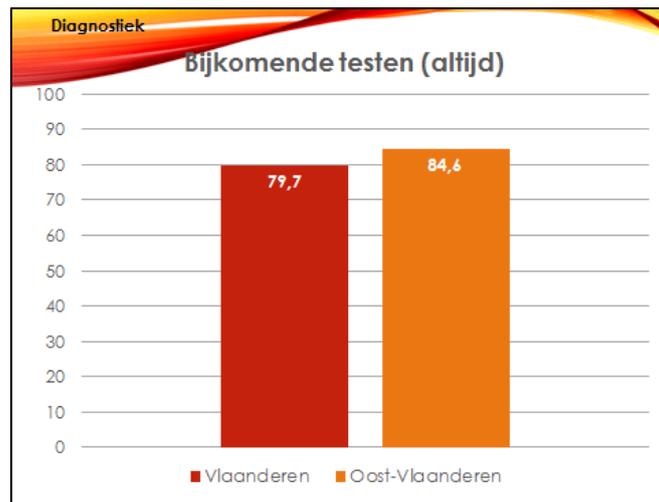


Vlaams Brabant (YUNECO)



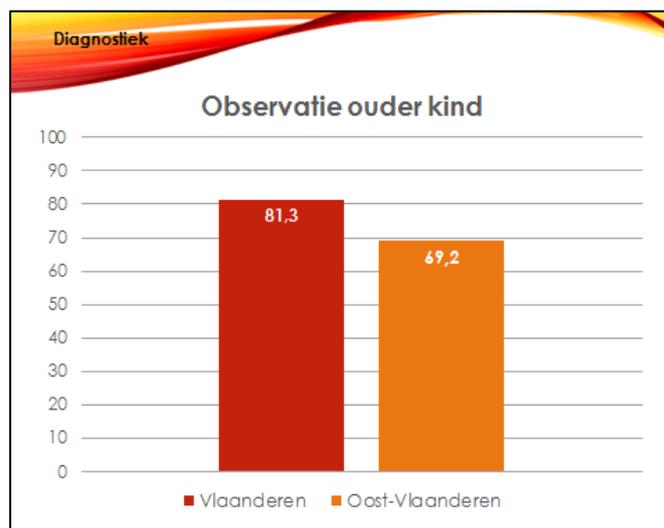
In vergelijking met Vlaanderen lijkt de diagnostiek in Vlaams-Brabant meer te gebeuren op wat oudere leeftijd.

Oost-Vlaanderen (RADAR)



- Meerderheid geeft aan altijd bijkomende testen af te nemen In Vlaanderen 79,7% in Oost-Vlaanderen 84,6%.

- O-VL Slechts 5,8% die aangeeft nooit extra testen af te nemen



-Maakt de observatie van de relatie tussen ouder en kind deel uit van het diagnostisch onderzoek? Voor grote meerderheid onderdeel diagnostisch proces maar toch minder dan op Vlaams niveau.

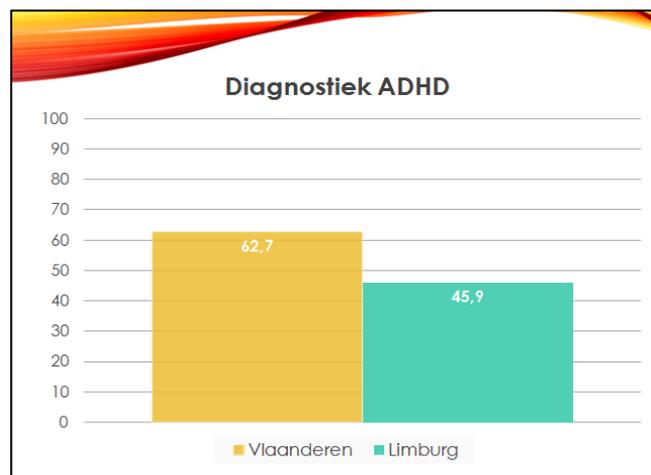
Antwerpen (PANGG)



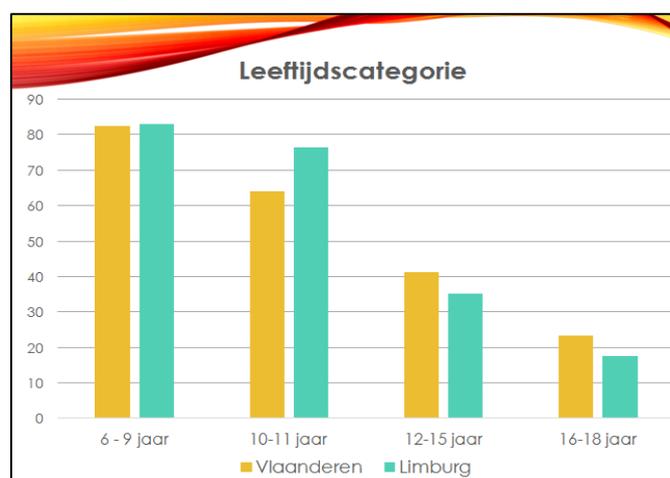
Er wordt in Antwerpen 8,5% meer ingezet op ouder-kind observaties dan het gemiddelde in Vlaanderen.

Limburg (LIGANT)

- In Limburg doet minder dan de helft (45,9%) aan diagnostiek. Tegenover 63,4% voor heel Vlaanderen.



- Bij de diagnose zien we een opvallende piek rond 10-11 jaar in Limburg.



Brabant Wallon

Dans le Brabant Wallon, la tendance est, comme en Wallonie, à ne pas beaucoup utiliser de guidelines et/ou de questionnaires. Par contre, en ce qui concerne la conduite de l'interview, proportionnellement, plus de personnes se basent sur le Kiddie-Sads.

Liège

Les résultats pour la province de Liège sont sensiblement les mêmes que ceux observés pour la Wallonie. Nous soulignons toutefois un taux de répondants significativement plus élevé en comparaison de la région wallonne en ce qui concerne les structures de type CRA, ce qui peut bien évidemment être expliqué, pour une grande partie, par le paysage institutionnel actuel en Wallonie. En ce qui concerne l'utilisation de guidelines dans le diagnostic, les résultats sont globalement comparables à la Wallonie. Il est toutefois à noter que dans le cadre de la démarche diagnostique, la plupart des structures utilisent le plus souvent une approche multidisciplinaire (qui, pour certaines de ces structures, a été réfléchi et élaborée en "interne").

Hainaut

L'orientation pour la réalisation du diagnostic se fait principalement vers un spécialiste neuropédiatre (29,4%) ou pédopsychiatre (27,9%), et un peu moins fréquemment vers un neuropsychologue (22,05%).

À la question concernant le suivi des guidelines, seul 2 répondants évoquent les recommandations du CSS, et 3 répondants évoquent les guidelines internationales. La majorité des répondants évoquent le bilan cognitif (34,3%), les questionnaires (25%), qui ne sont pas des guidelines, et les critères du DSM (15%).

Comme en Wallonie, il y a moins de répondants (par rapport aux résultats pour la Belgique) qui déclarent toujours contacter l'enseignant pour réaliser le diagnostic (environ 15%). Ils sont cependant plus nombreux à les contacter souvent (environ 30%) ou parfois (environ 32%). Cette pratique, bien que non ignorée, n'est donc pas systématique dans le Hainaut et en Wallonie. De plus, un peu plus de la moitié des répondants, et non la grande majorité, utilisent des outils (surtout les critères du DSM-V) pour mener ces entretiens.

En ce qui concerne les examens complémentaires réalisés, plus de 10% des répondants en Wallonie (25% dans le Hainaut) demandent toujours un examen psychomoteur, ce qui met en évidence l'importance de cette discipline dans l'évaluation du TDA/H.

Namur et Luxembourg

Les données pour la province de Namur et de Luxembourg sont globalement comparables à celles observées pour la Région Wallonne.

Région Bruxelloise

Les demandes de mise au point diagnostique pour une suspicion de TDA/H émanent principalement des parents, du CPMS et du médecin traitant. Il faut cependant noter que les demandes émanant du médecin traitant sont cependant moins nombreuses qu'en Flandre. On note également que les demandes émanant des écoles sont moins nombreuses que dans les autres régions.

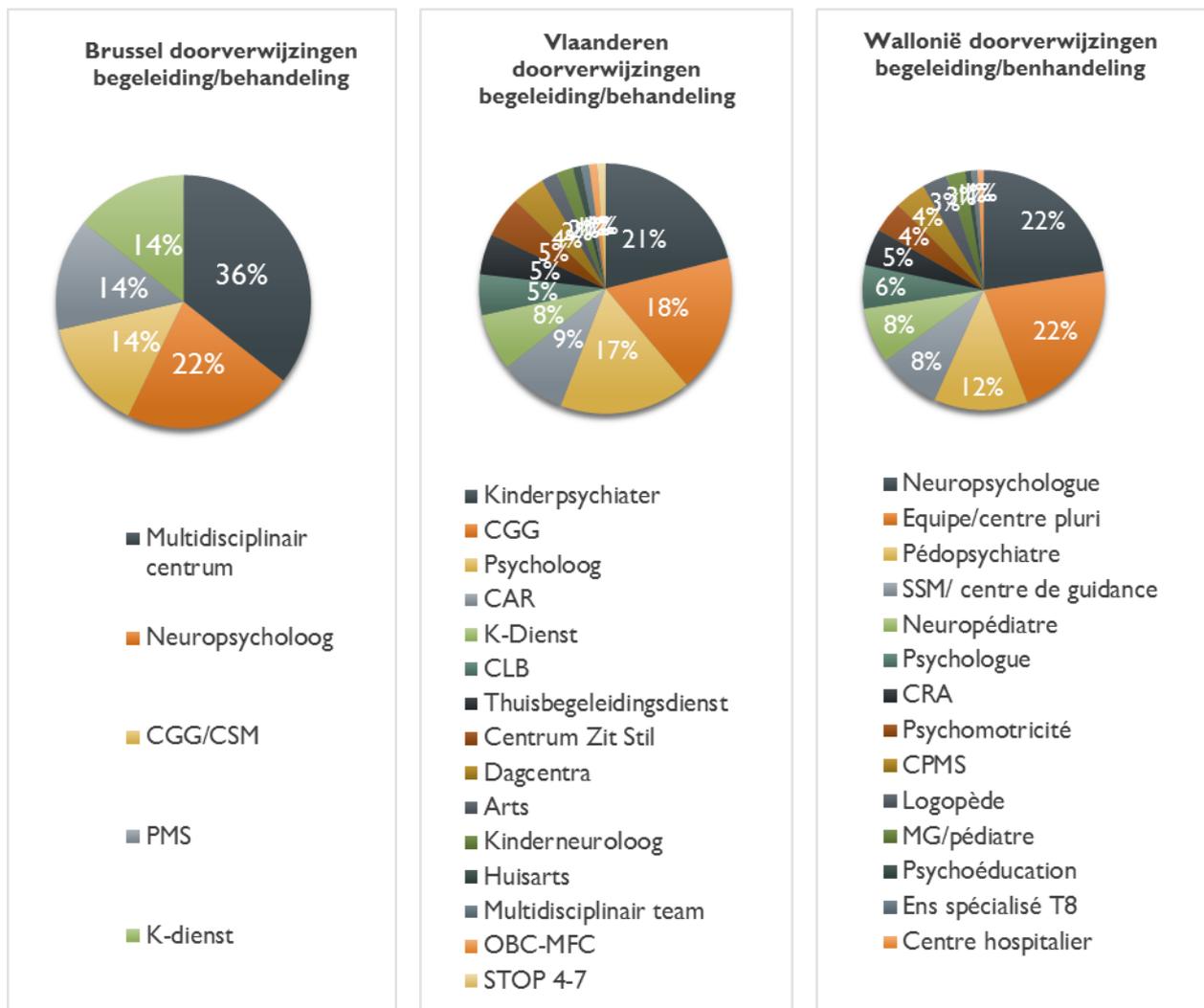
L'orientation pour la réalisation du diagnostic se fait principalement vers un neuropédiatre (32%) ou vers une équipe pluridisciplinaire (26%). Les demandes sont également orientées vers un pédopsychiatre ou un neuropsychologue (21% chacun). Contrairement aux autres régions, les praticiens ne mentionnent pas d'autres disciplines.

Pour la région Bruxelloise, on note des résultats intermédiaires entre la Flandre et la Wallonie dans l'utilisation des questionnaires (65%) et des guidelines (47%). Les critères du DSM-V semblent être moins utilisés à Bruxelles (62%) qu'en Flandre (90%) et en Wallonie (70%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que de nombreux intervenants paramédicaux ont répondu au questionnaire mais également par le fait que de nombreux praticiens ont mentionné l'utilisation du Kiddie-SADS.

2.2.2. Behandeling - begeleiding / Prise en charge - orientation

2.2.2.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions

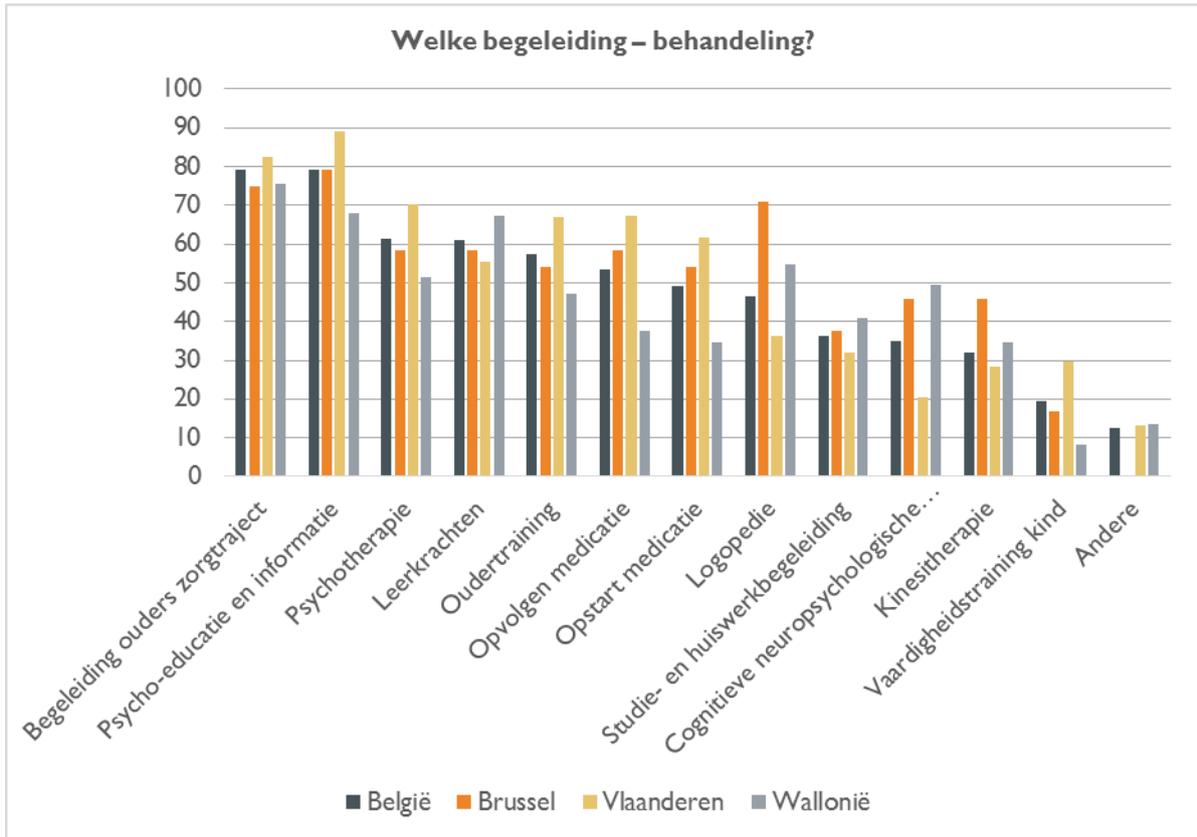
Van alle respondenten geeft 70% (Br. 59%, Vl. 75%, W. 67%) aan behandeling/begeleiding m.b.t. ADHD bij kinderen en jongeren aan te bieden. Indien respondenten zelf geen behandeling/begeleiding aanbieden verwijzen ze in Brussel cliënten/patiënten in eerste instantie door naar een multidisciplinair centrum of neuropsycholoog. In Vlaanderen worden cliënten/patiënten in eerste instantie naar een kinderpsychiater, multidisciplinair team (CGG, CAR, K-Dienst...) of psycholoog doorverwezen. In Wallonië wordt in eerste instantie doorverwezen naar een neuropsycholoog, multidisciplinair team of kinderpsychiater. Zie Figuur 7 voor een gedetailleerd overzicht van doorverwijzers per gewest. Van de respondenten die aangeven begeleiding of behandeling voor ADHD aan te bieden, geeft 29.3% (Br. 29.3%, Vl. 37.6%, W. 20.2%) aan richtlijnen te gebruiken.



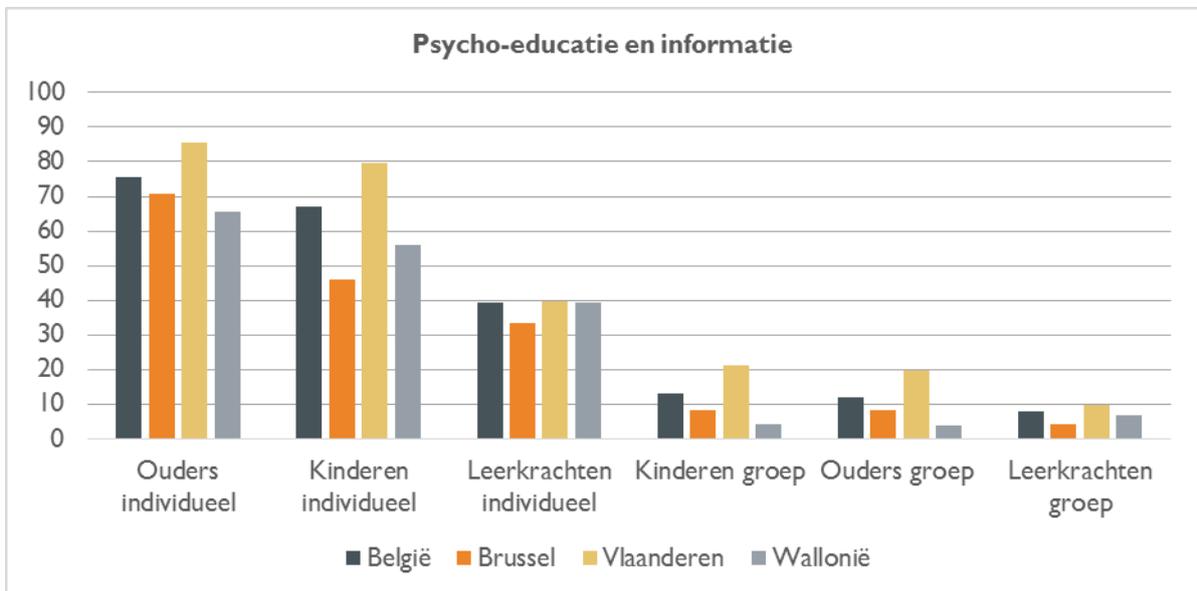
Figuur 7. Overzicht doorverwijzingen begeleiding/behandeling ADHD per gewest.

De respondenten die begeleiding/behandeling aanbieden in België blijken een verscheidenheid aan interventies aan te bieden (zie figuur 8), waarbij begeleiding ouders bij het zorgtraject, psycho-educatie en informatie, en psychotherapie het meest frequent aangeboden worden. Respondenten die psycho-educatie aanbieden doen dit in eerste instantie individueel aan ouders, kinderen en in mindere mate ook aan leerkrachten of in groep (zie figuur 9). Verscheidene vaardigheidstrainingen worden in gelijke mate aangeboden aan kinderen (zie figuur 10). Op vlak van medicamenteuze interventies wordt in lijn met de richtlijnen in eerste instantie methylfenidaat voorgeschreven, gevolgd door Atomoxetine (zie figuur 11).

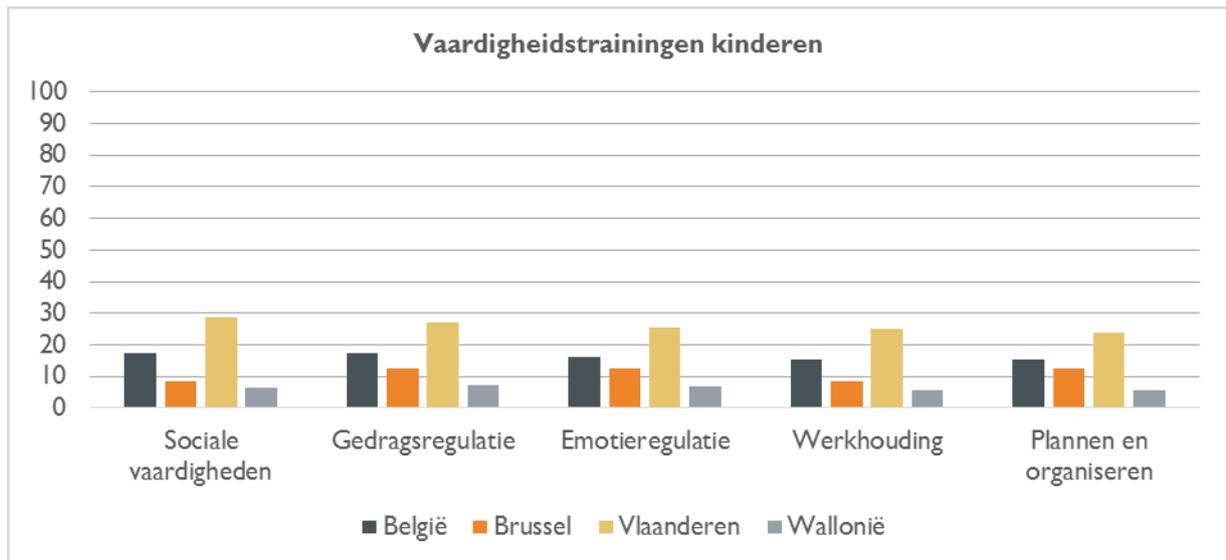
De meerderheid van de respondenten (B. 73%, Br. 75%, Vl. 75%, W. 72%) geeft aan soms tot regelmatig contact te hebben met de school, waarbij de meerderheid van de respondenten (B. 85%, Br. 83%, Vl. 82%, W. 89%) aangeeft zelf het initiatief tot samenwerking met de school te nemen (zie figuur 12). Wat interventies op school betreft, geeft 57% (Br. 58%, Vl. 51%, W. 64%) aan overleg te plegen met de leerkrachten, 48% (Br. 46%, Vl. 48%, W. 48%) overleg met CLB/PMS/PSE, en 25% (Br. 17%, Vl. 38%, W. 11%) advies aan leerkrachten.



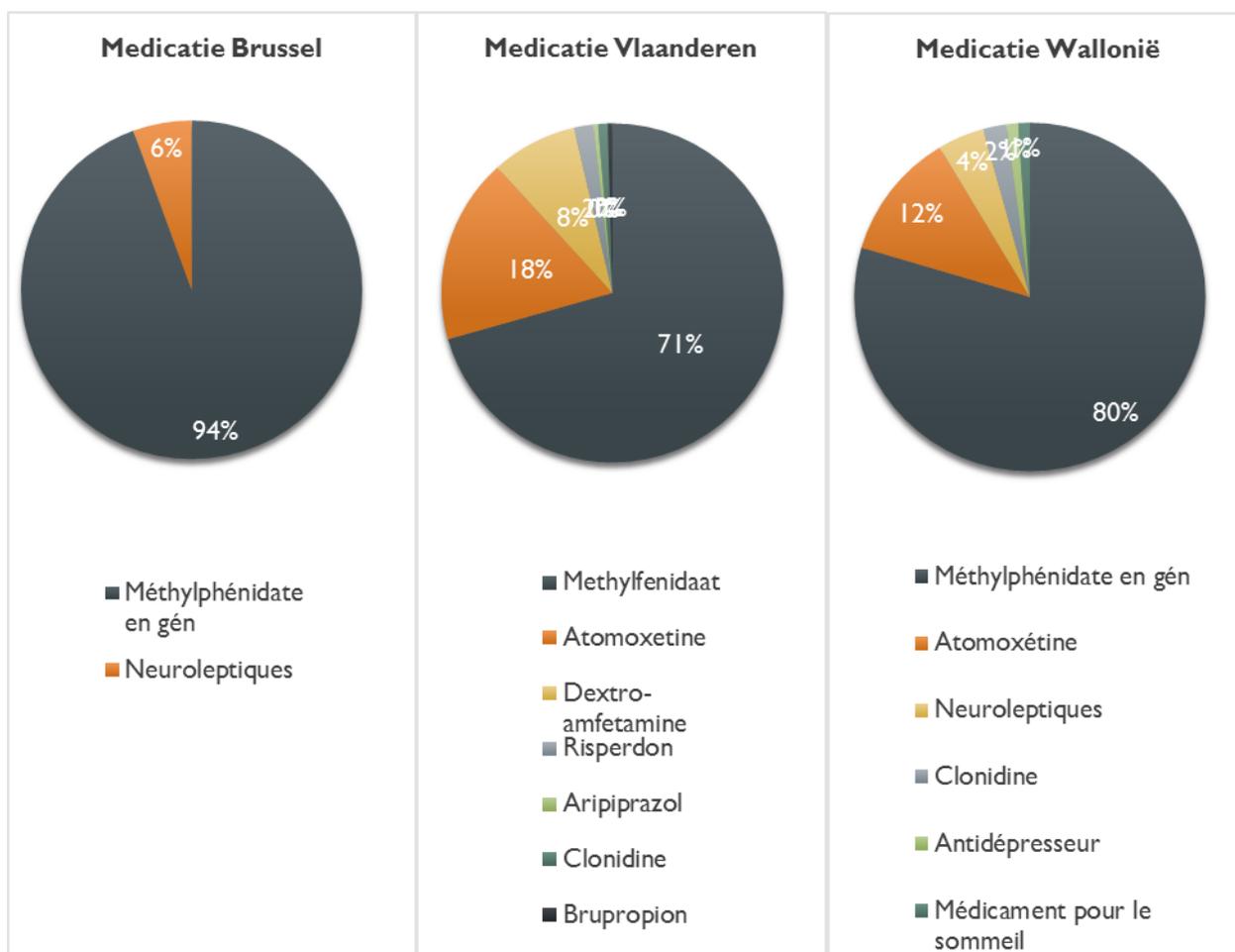
Figuur 8. Overzicht aangeboden interventies ADHD



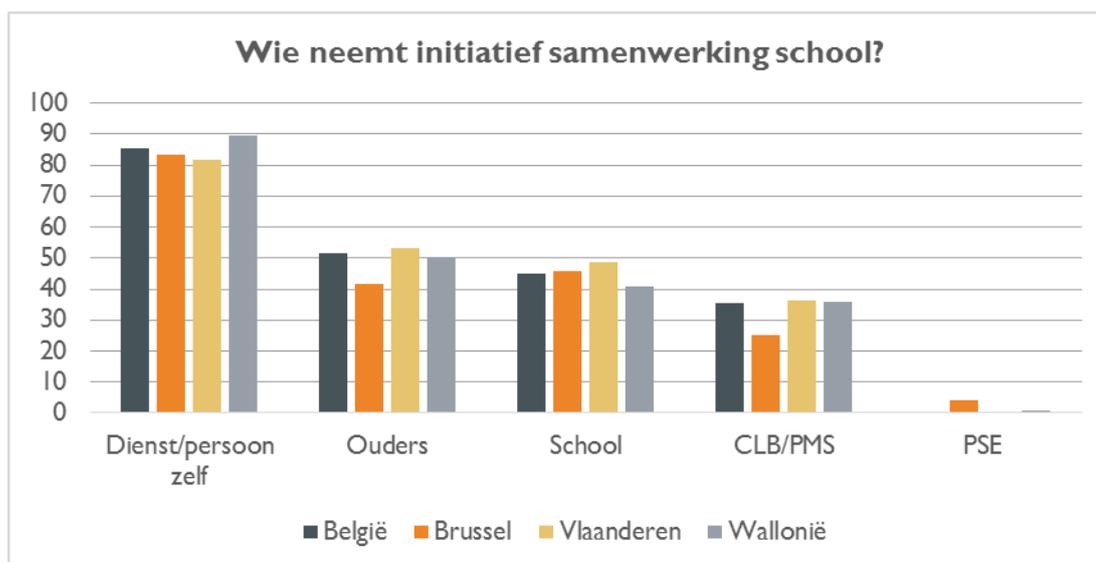
Figuur 9. Overzicht aanbod psycho-educatie en informatie m.b.t. ADHD



Figuur 10. Overzicht aangeboden vaardigheidstrainingen aan kinderen en jongeren (in groep voor Wallonië) met ADHD.



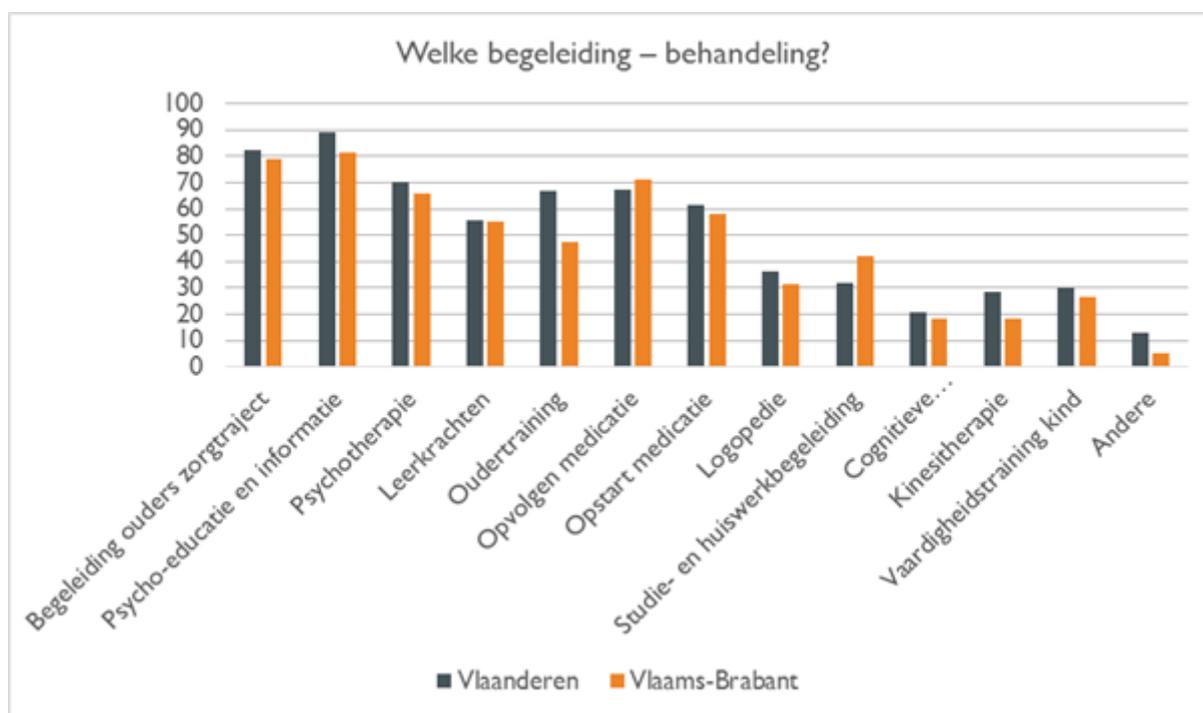
Figuur 11. Overzicht voorgeschreven medicatie ADHD bij kinderen en jongeren per gewest.



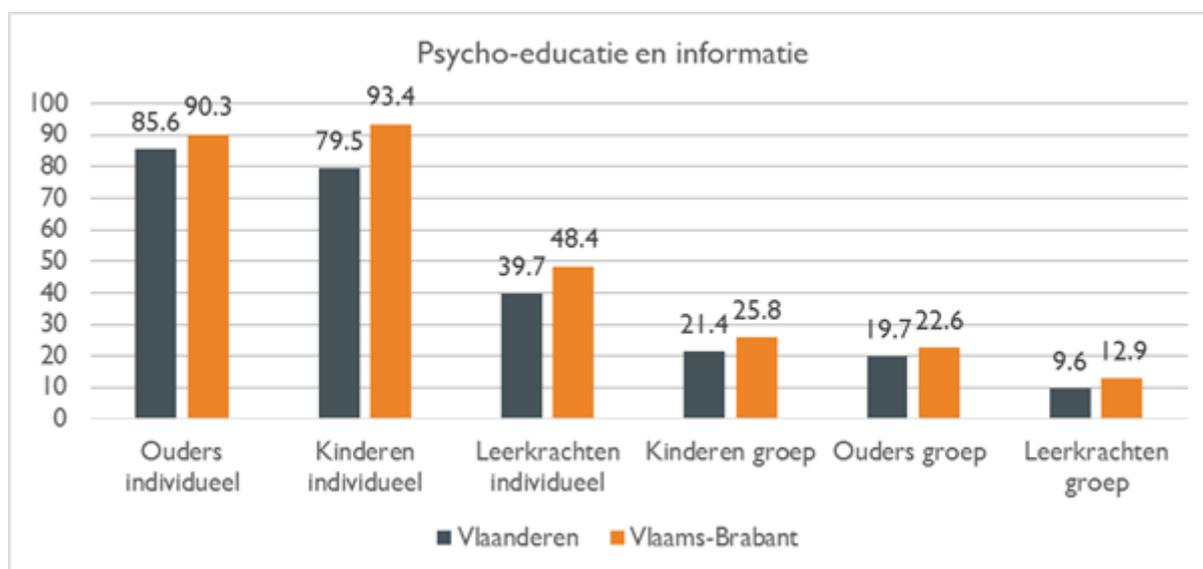
Figuur 12. Overzicht initiatiefnemer samenwerking school

2.2.2 Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

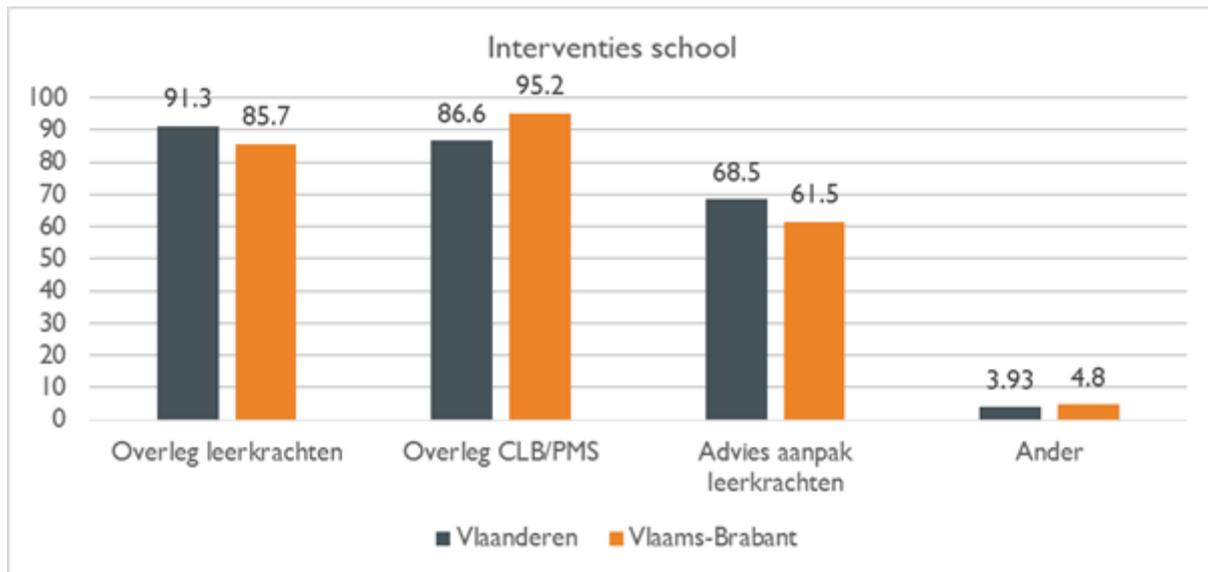
Vlaams-Brabant (YUNECO)



Op vlak van begeleiding zien we dat de respondenten in Vlaams-Brabant minder oudertraining en meer studie- en huiswerkbegeleiding geven t.o.v. Vlaanderen in het algemeen.



In Vlaams-Brabant wordt er opvallend meer psycho-educatie aan kinderen individueel gegeven t.o.v. Vlaanderen. Dit hangt mogelijks samen met het stellen van de diagnose op latere leeftijd.



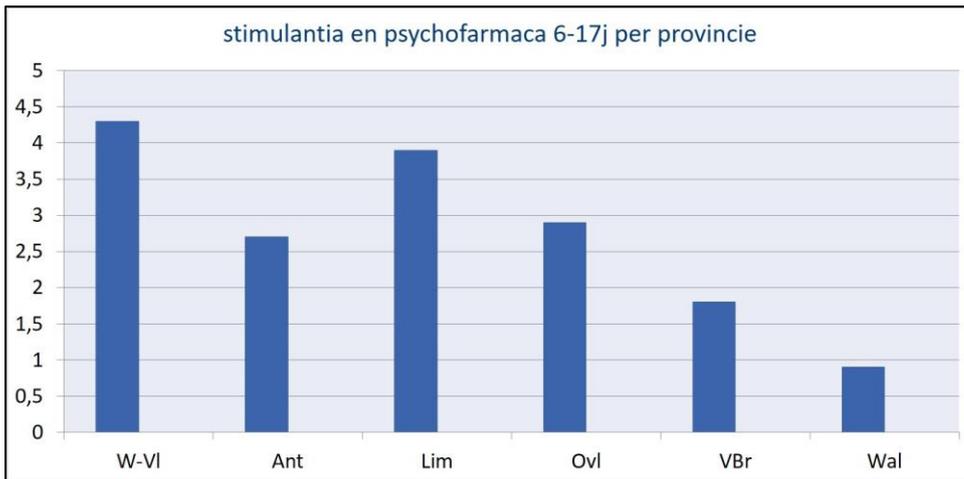
In vergelijking met Vlaanderen in het algemeen, lijken de interventies op school in Vlaams-Brabant iets meer te gebeuren via het CLB dan rechtstreeks via de leerkracht.

West-Vlaanderen (WINGG)

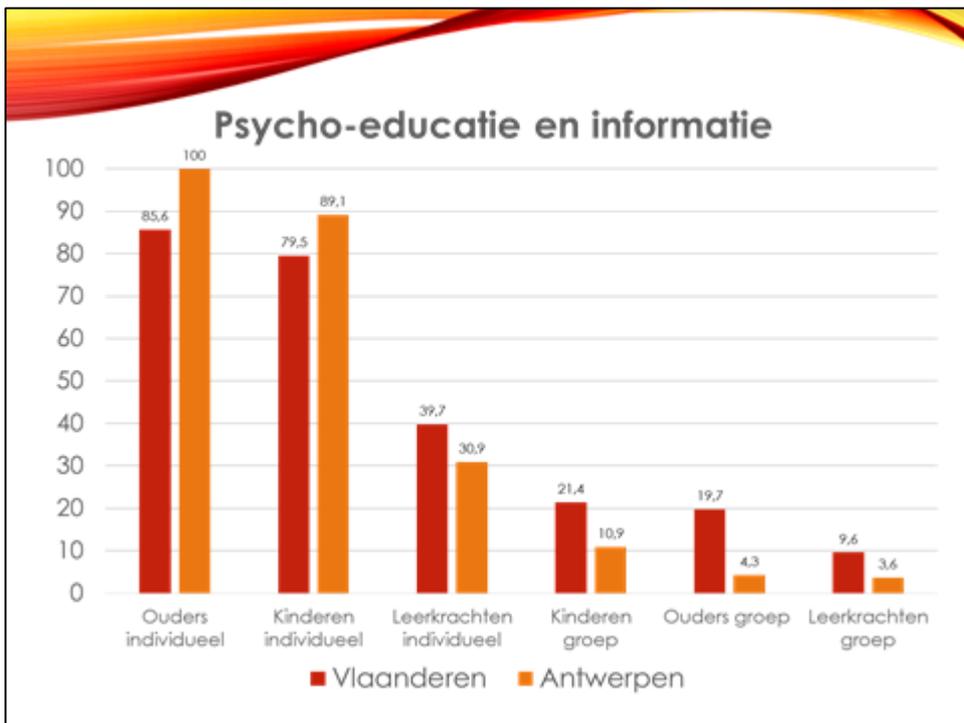
- We stellen opnieuw vast dat het gebruik van richtlijnen in West-Vlaanderen hoger ligt dan in de andere Vlaamse provincies. Hypotheses cfr diagnostiek.
- De overige resultaten zijn conform Vlaanderen.



- **STERK AANDACHTSPUNT West-Vlaanderen:** ondanks het beter gekend zijn en gebruik van de richtlijnen rond de behandeling van ADHD, wordt er nog steeds MEER medicatie voorgeschreven in vergelijking tot de andere provincies. Dit lijkt in tegenspraak. Het voorschrijfgedrag lijkt al iets gedaald te zijn de laatste jaren maar nog steeds is dit te hoog.



Antwerpen (PANGG)



In vergelijking met het gemiddelde in Vlaanderen wordt psycho-educatie, zowel voor ouders individueel als voor kinderen individueel vaker aangeboden in de provincie Antwerpen. Voor leerkrachten individueel en kinderen in groep liggen de cijfers dan weer iets lager dan gemiddeld.



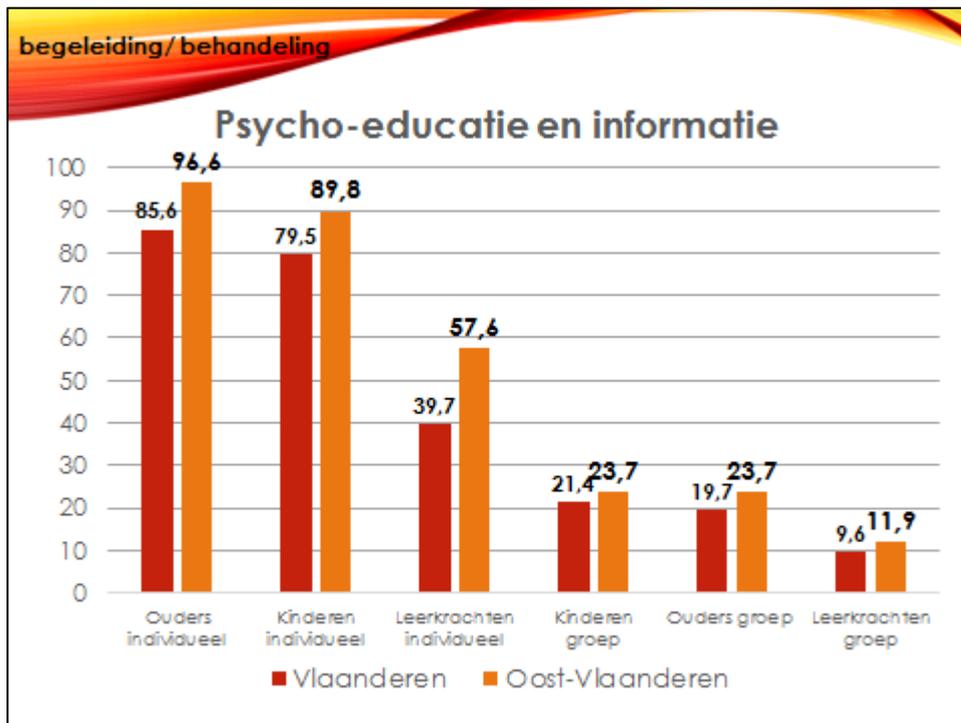
In de provincie Antwerpen zien we dat er minder op werkhouding en plannen en organiseren wordt ingezet dan in Vlaanderen gemiddeld. Sociale vaardigheden, en emotieregulatie worden dan weer relatief iets meer getraind.

Oost-Vlaanderen (RADAR)



Opvallend hierbij 23% wordt doorgestuurd naar een K-dienst op Vlaams niveau is dit 9%. Psycholoog in Oost-Vlaanderen 38% op Vlaams niveau 18%.

Multidisciplinair privé in Oost-Vlaanderen is 15% Multidisciplinair CAR en CGG 23%.

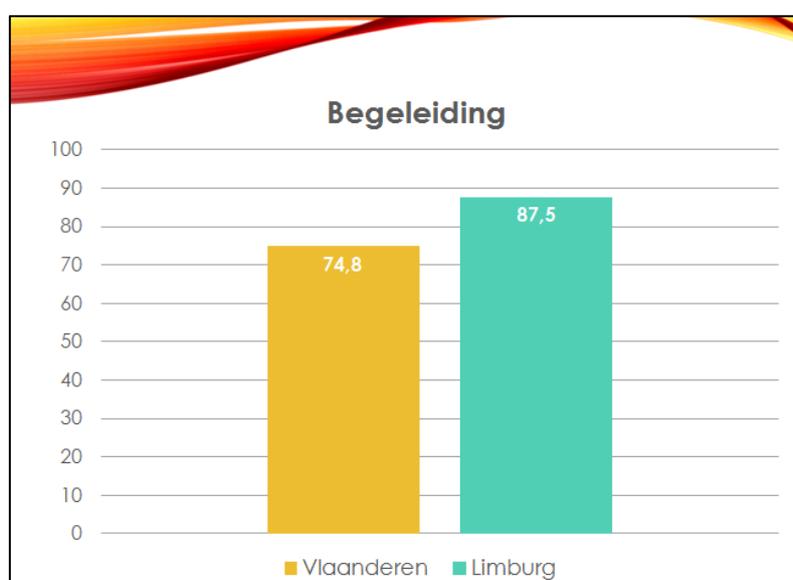


Aanbod vooral individueel en in veel mindere mate in groep.

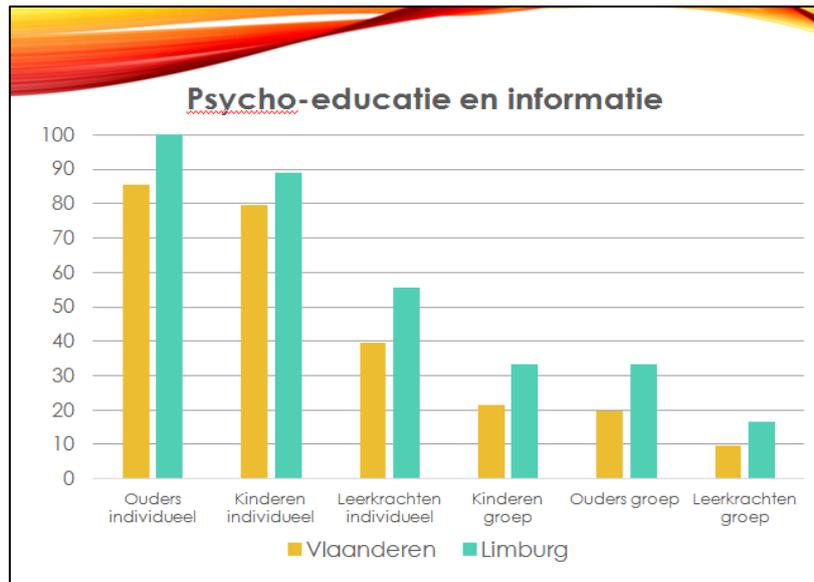
11% meer individuele psycho-educatie in Oost-Vlaanderen voor ouders en 10% meer voor kinderen individueel in O-VL.

Limburg (LIGANT)

- Ten opzichte van Vlaanderen (74,8%) zijn de respondenten uit Limburg (87,5%) veel meer bezig met begeleiding.



- Zij bieden ook vaker dan gemiddeld psycho-educatie en informatie, zowel individueel als in groep.



Brabant Wallon

Les tendances pour le Brabant Wallon sont similaires à celles de la Wallonie. Une différence est que les professionnels ne citent pas les SSM de façon spécifique pour l'orientation des prises en charge. Néanmoins, l'ensemble des réponses aux questions montrent que les SSM font partie du réseau de soins et sont acteurs dans les collaborations.

Hainaut

Pour les guidelines suivies, ce sont surtout les résultats de bilans, qui ne sont pas des guidelines, qui sont évoqués. Seuls deux participants évoquent les guidelines internationales ou les résultats de recherche en neuropsychologie.

Dans le Hainaut, tout comme en Wallonie en général, l'accompagnement des parents, l'information de base sur le trouble et le soutien aux professeurs (plus qu'en Flandre, avec principalement la concertation avec l'enseignant ou le PMS) sont les prises en charges les plus évoquées. La psychoéducation, la logopédie (plus qu'en Flandre), la psychothérapie et la rééducation cognitive (plus qu'en Flandre) sont un peu moins mais néanmoins souvent évoquées. Les prises en charge suivantes sont par contre peu évoquées : l'entraînement des compétences en groupe (moins qu'en Flandre, où la question était posée en individuel) et les autres thérapies (neurofeedback, méditation, sophrologie, nutrithérapie). Enfin, les séances d'information et de psychoéducation sont très rarement pratiquées en groupe (moins qu'en Flandre), mais presque autant avec les enseignants qu'avec les parents et l'enfant dans le Hainaut et en Wallonie.

Liège et Namur

Les données pour les provinces de Liège et de Namur sont similaires à celles observées pour la Région Wallonne. A noter toutefois, pour Liège, une concertation plus importante entre les structures spécialisées et le PSE dans le soutien aux professeurs autour de la prise en charge des élèves avec TDA/H.

Région bruxelloise

Comme pour les évaluations, les professionnels citent de façon majoritaire les centres pluridisciplinaires (36%) et les neuropsychologues (22%) pour les orientations de prise en charge. Les SSM, CPMS et services pédopsychiatriques (K-dienst) sont chacun mentionnés à 14%. Les autres professions et centres ne sont pas spécifiquement mentionnés contrairement à ce qui est observé dans

les autres provinces.

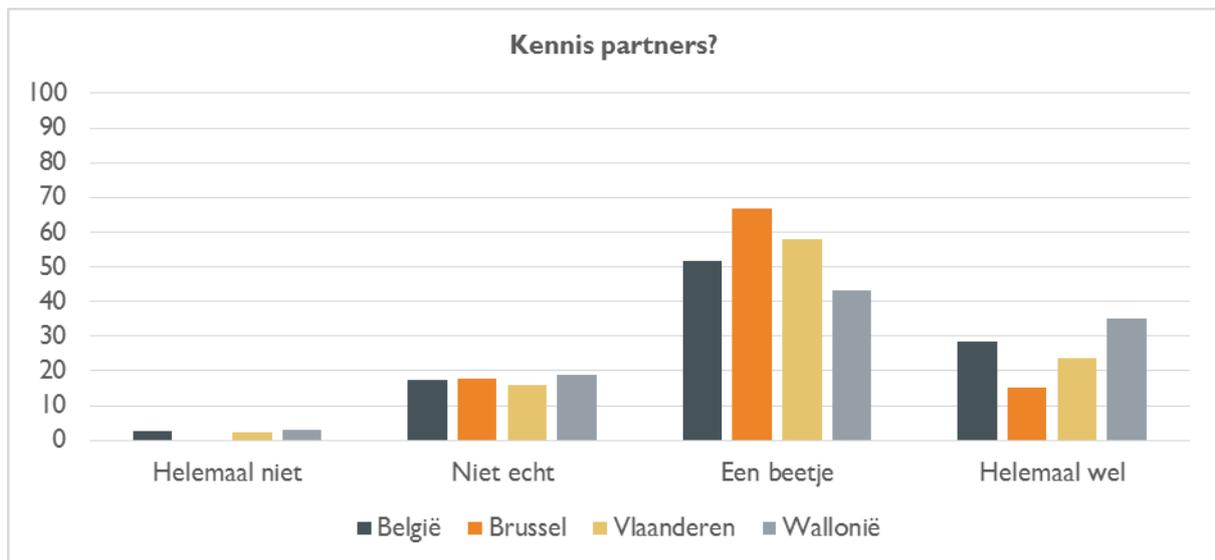
Par rapport aux prises en charge médicamenteuse, la molécule qui est majoritairement citée est le méthylphénidate. On note une utilisation « occasionnelle » de neuroleptiques. Les autres classes de médication ne sont pas mentionnées.

Par rapport aux prises en charge non médicamenteuses, on note que les enfants de la région bruxelloise qui présente un TDA/H sont très souvent orientés vers des logopèdes (Bruxelles > 70%) ou des kinésithérapeutes (46%) (voir figure 8). Pour les autres types de prise en charge (psycho-éducation, psychothérapie), on note des résultats similaires aux résultats pour l'ensemble de la Belgique. Pour la prise en charge neuropsychologique, on note des résultats similaires à ceux obtenus dans la Wallonie.

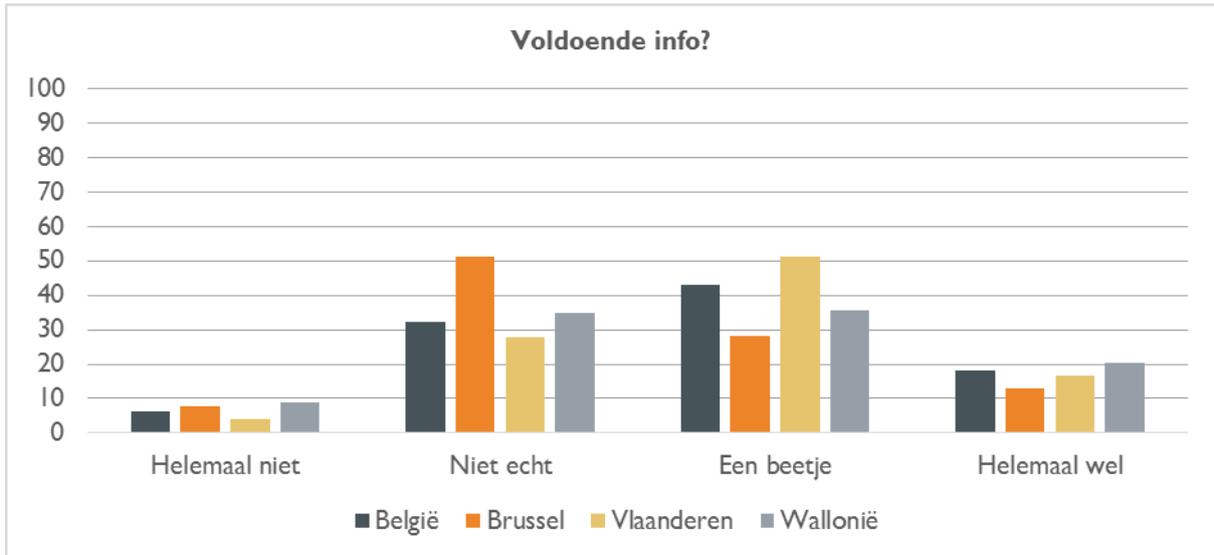
2.2.3. Netwerk / Réseau

2.2.3.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions

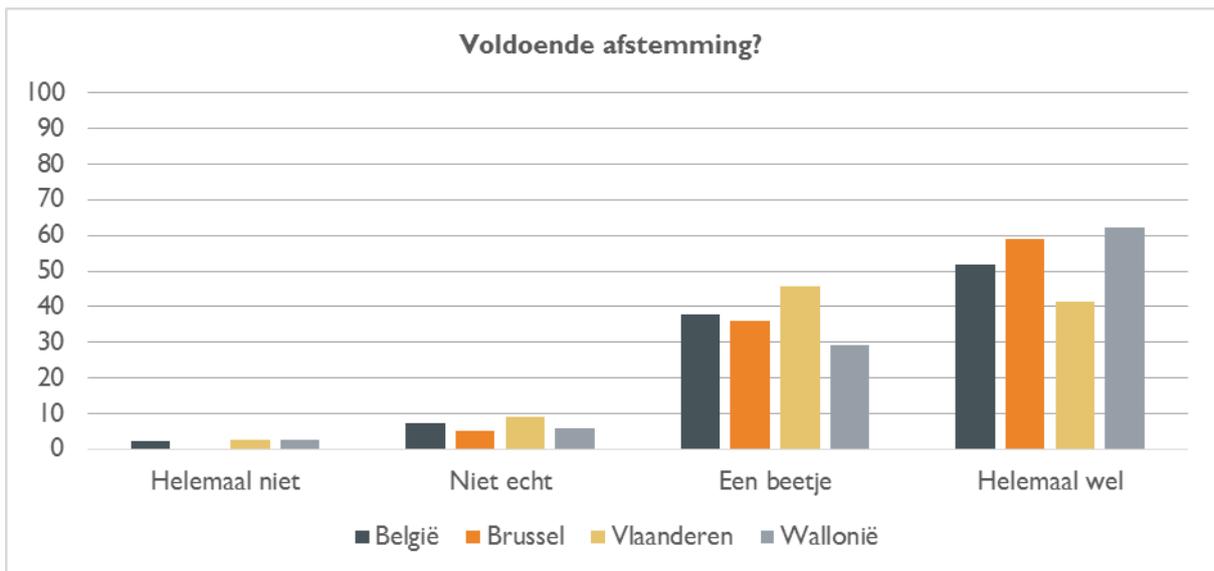
De meerderheid van de respondenten (B. 81%, Br. 82%, Vl. 81%, W. 78%) geeft aan de partners bij diagnostiek en/of begeleiding/behandeling van ADHD een beetje tot helemaal wel te kennen, waarbij 32% (Br. 51%, Vl. 28%, W. 35%) aangeeft een beetje en 43% (Br. 28%, Vl. 51%, W. 36%) aangeeft niet echt voldoende informatie van de partners te krijgen (zie figuur 13 en 14). De meerderheid van de respondenten (B. 90%, Br. 95%, Vl. 87%, W. 91%) zegt zijn eigen werking een beetje tot helemaal af te stemmen op de andere partners (zie figuur 15.) Het grootste deel van de respondenten (B. 38%, Br. 36%, Vl. 46%, W. 29%) is een beetje op de hoogte van de zorg op school (zie figuur 16). Van alle respondenten geeft 43% (Br. 38%, Vl. 53%, W. 33%) aan de huisarts systematisch te informeren bij diagnostiek en/of begeleiding van een kind of jongere met ADHD. Tot slot heeft 43% (Br. 43%; Vl. 49%, W. 35%) van de respondenten een coördinator voor de diagnostiek en/of begeleiding/behandeling ADHD binnen het team.



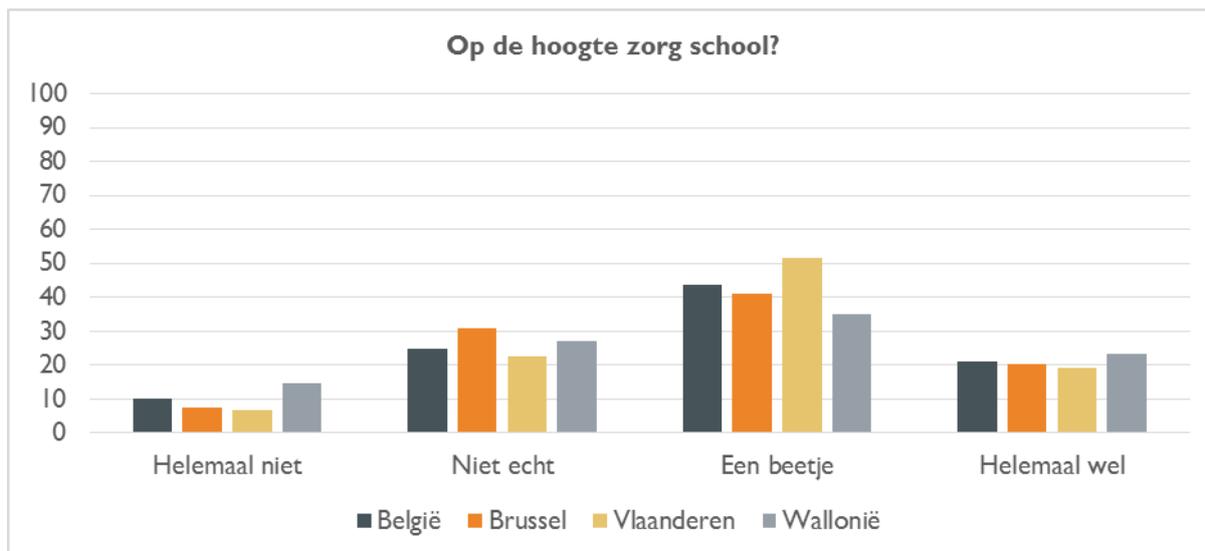
Figuur 13. Overzicht kennis partners in het netwerk van diagnostiek en/of begeleiding/behandeling ADHD.



Figuur 14. Overzicht mate waarin respondenten aangeven voldoende informatie te krijgen van partners.



Figuur 15. Overzicht in welke mate respondenten aangeven hun werking af te stemmen op de andere partners.

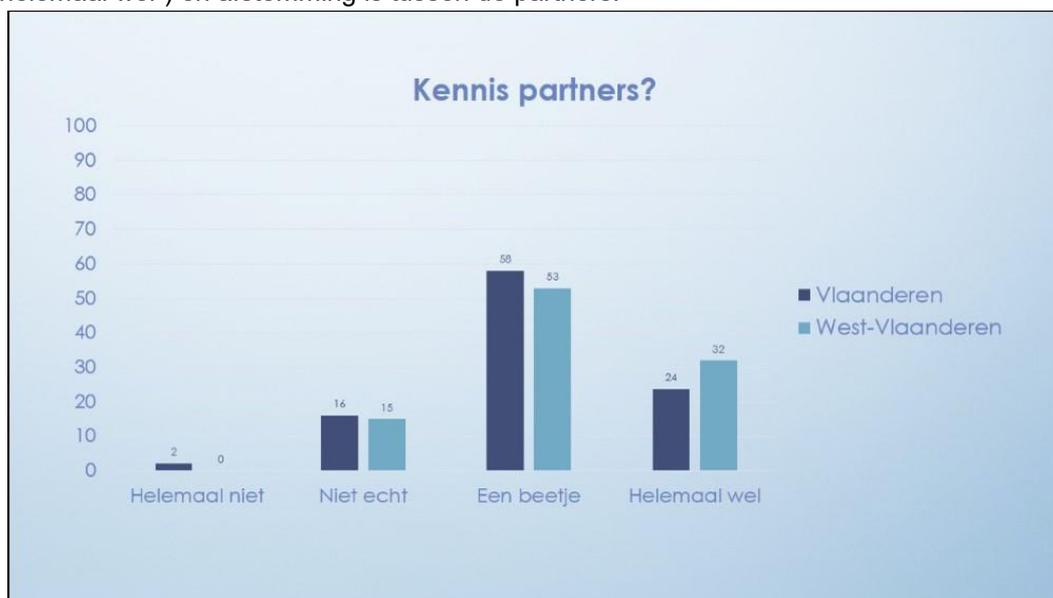


Figuur 16. Overzicht mate waarin respondenten aangeven op de hoogte te zijn van zorg op school.

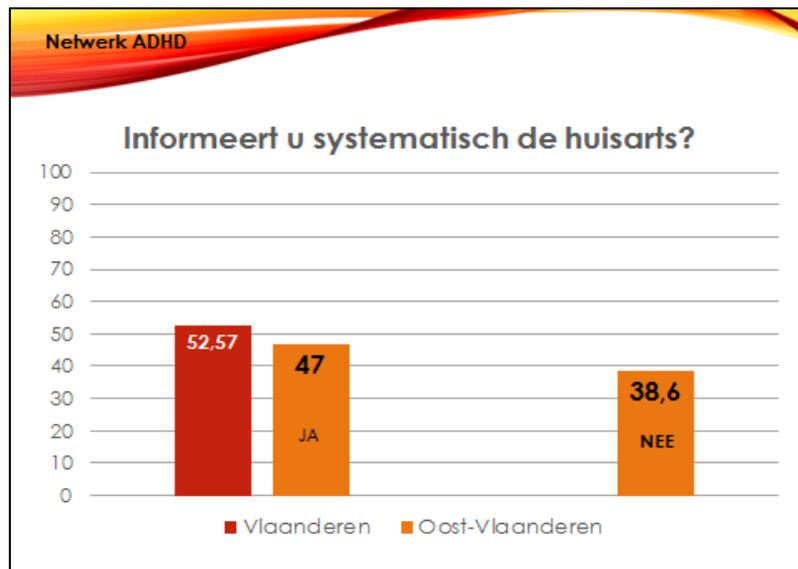
2.2.3.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

West-Vlaanderen

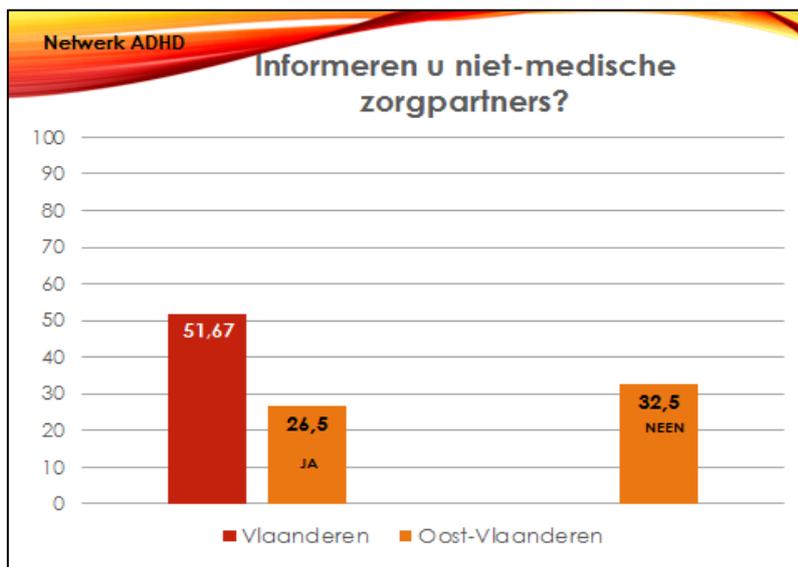
- De kennis van de partners binnen het ADHD-netwerk is zeer goed. De talrijke overlegmomenten tussen de verschillende partners die reeds jarenlang worden georganiseerd hebben duidelijk hun effect.
- Ze geven ook meer dan in Vlaanderen algemeen aan dat er voldoende informatie-uitwisseling (“helemaal wel”) en afstemming is tussen de partners.



Oost-Vlaanderen (RADAR)

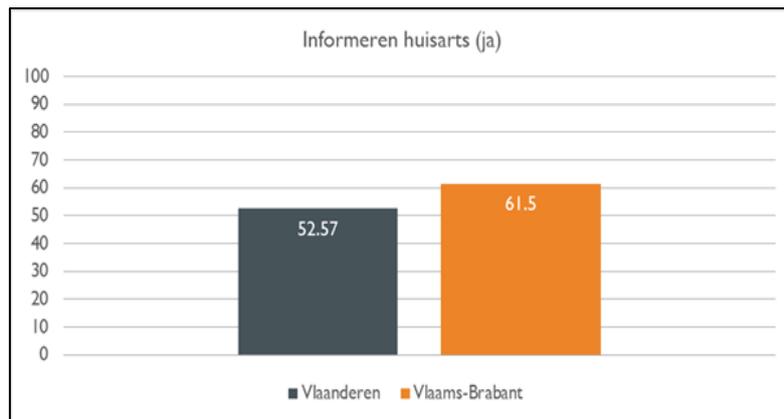


-MEERDERHEID INFORMEERT HUISARTS in Oost-Vlaanderen maar in Oost-Vlaanderen 38,6% zegt expliciet dit niet te doen.



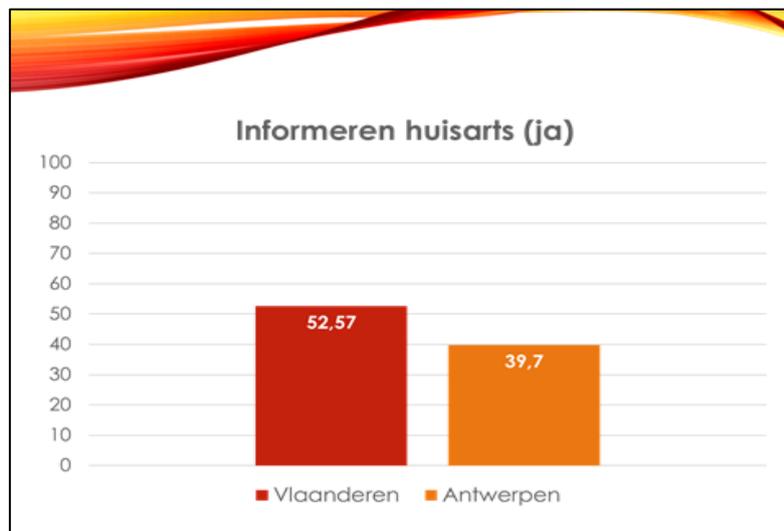
Er is minder communicatie naar niet-medische zorgpartners in Oost-Vlaanderen.

Vlaams-Brabant (YUNECO)

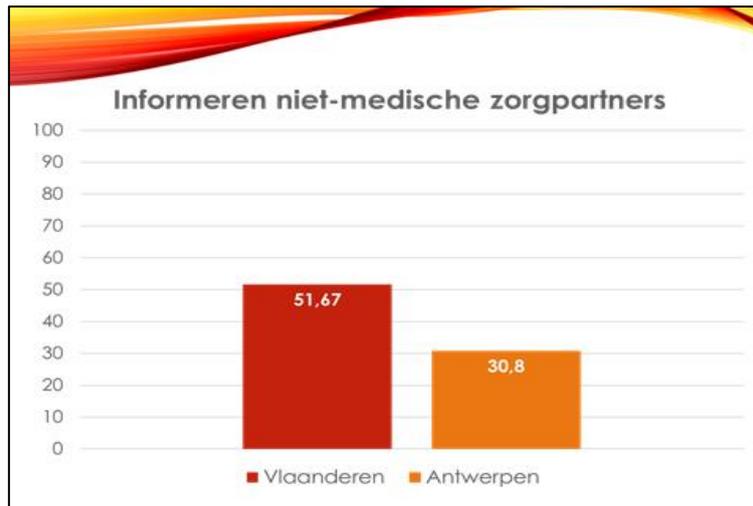


In Vlaams-Brabant geven meer respondenten dan in Vlaanderen aan de huisarts systematisch te informeren bij diagnostiek of begeleiding van een kind of jongere met ADHD.

Antwerpen (PANGG)



Meerderheid informeert de huisarts niet, terwijl huisartsen aangeven hier vragende partij voor te zijn. Dit is een actiepunt in de provincie Antwerpen. 50% geeft zelfs expliciet aan huisartsen nooit te informeren over diagnostiek ADHD.

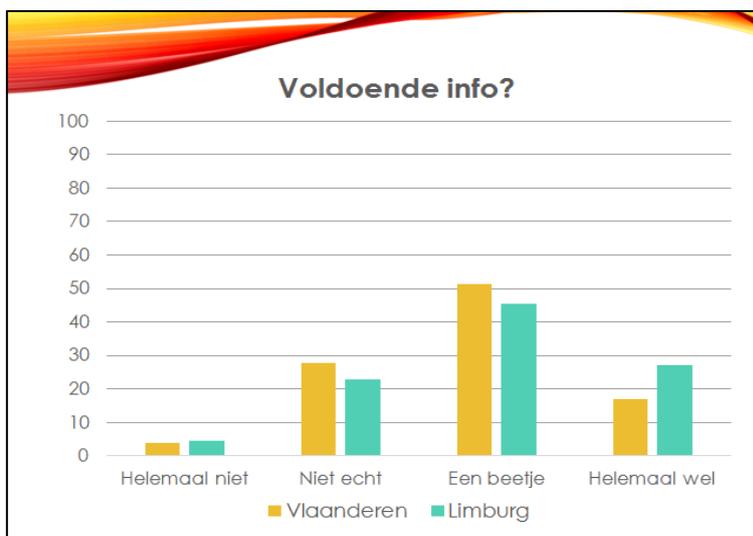


Er is minder communicatie naar niet-medische zorgpartners in provincie Antwerpen dan gemiddeld in Vlaanderen.

Limburg (LIGANT)

De resultaten in Limburg wijken niet erg af. Enkel valt op dat bij deze antwoorden dat ze iets extremer zijn dan gemiddeld in Vlaanderen. Dus iets meer bij 'helemaal niet' en iets meer bij 'helemaal wel'.

Dit is zichtbaar in deze tabel.



Brabant Wallon, Liège, et Namur

Les données pour les provinces du Brabant Wallon, de Liège et de Namur sont similaires à celles observées pour la Région Wallonne.

Hainaut

La moitié des répondants déclarent ne pas vraiment être informés ou ne pas être du tout informés des aménagements proposés à l'école, ce qui est un peu plus que la moyenne Wallonne.

Région Bruxelloise

Les données pour la région de Bruxelles sont assez similaires à celles observées pour la Région Wallonne.

- En Wallonie

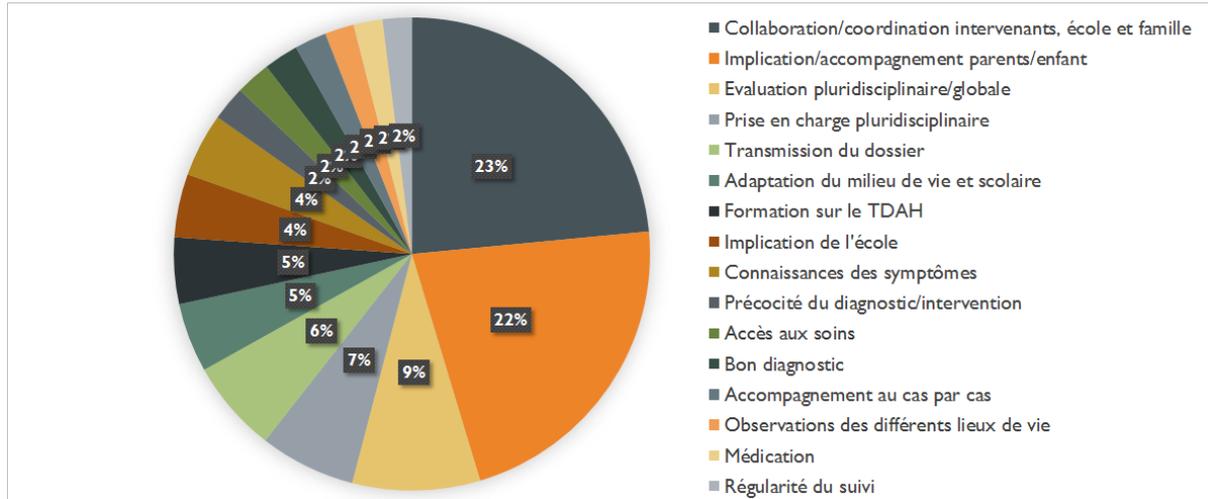


Figure 18. Facteurs de succès en Wallonie.

En Wallonie, la collaboration et la coordination entre les différents intervenants, l'école et la famille, ainsi que l'implication et l'accompagnement de l'enfant et de la famille, sont les facteurs de succès les plus cités par les participants.

Pour la collaboration et la coordination, est évoquée l'importance :

- Des concertations entre intervenants et des réunions pluridisciplinaires ;
- De la coordination des équipes pluridisciplinaires ;
- De l'implication de l'école, des familles et des partenaires extra-scolaires ;
- Du travail en réseau avec un référencement des partenaires.

Pour l'implication de l'enfant et de la famille, est évoquée l'importance :

- De la prise de conscience et compréhension du trouble par l'enfant et les parents ;
- De la motivation et de la compliance de l'enfant et des parents ;
- Et donc de la psychoéducation ainsi que des séances de soutien à la parentalité.

Les facteurs de succès suivants, cités moins fréquemment, sont dans l'ordre :

- L'évaluation pluridisciplinaire : l'importance de l'évaluation psychoaffective et de la réalisation d'une anamnèse fouillée est soulignée, l'évaluation pluridisciplinaire doit également comprendre un examen neurologique ;
- La prise en charge pluridisciplinaire : l'importance d'une ouverture aux prises en charge non médicamenteuses et de la combinaison des prises en charge (médication, neuropsychologie, thérapies cognitivo-comportementales) est soulignée ;
- La transmission du dossier avec des contacts plus aisés entre les partenaires ;
- L'adaptation du milieu de vie et du milieu scolaire : mise en place d'aménagements à la maison et à l'école, et transfert des stratégies acquises vers l'école ;
- La formation sur le TDA/H : l'importance de l'expertise des professionnels est soulignée, l'organisation de formations pratiques à destination des professionnels est évoquée ;
- L'implication de l'école : l'importance de la motivation et de la psychoéducation/sensibilisation des enseignants est soulignée ;
- La connaissance des symptômes par les familles et les enseignants : l'importance de la psychoéducation et de la sensibilisation adressée à l'entourage de l'enfant et à l'enseignant est soulignée.

Enfin, les facteurs de succès suivants sont les moins cités :

- La précocité du diagnostic et de l'intervention ;
- L'accès au soins : proximité, remboursements, délais rapides, conditions psychosociales favorables (ressources financières, compliance);
- L'établissement d'un bon diagnostic au départ ;
- L'accompagnement individualisé, au cas par cas, avec une adaptation aux difficultés propres à l'enfant pour orienter la prise en charge ;
- La réalisation d'observations dans les différents lieux de vie, avec une estimation du retentissement du trouble sur la vie quotidienne ;
- La médication ;
- La régularité du suivi, de la part des parents, pour la prise en charge.

- Région bruxelloise

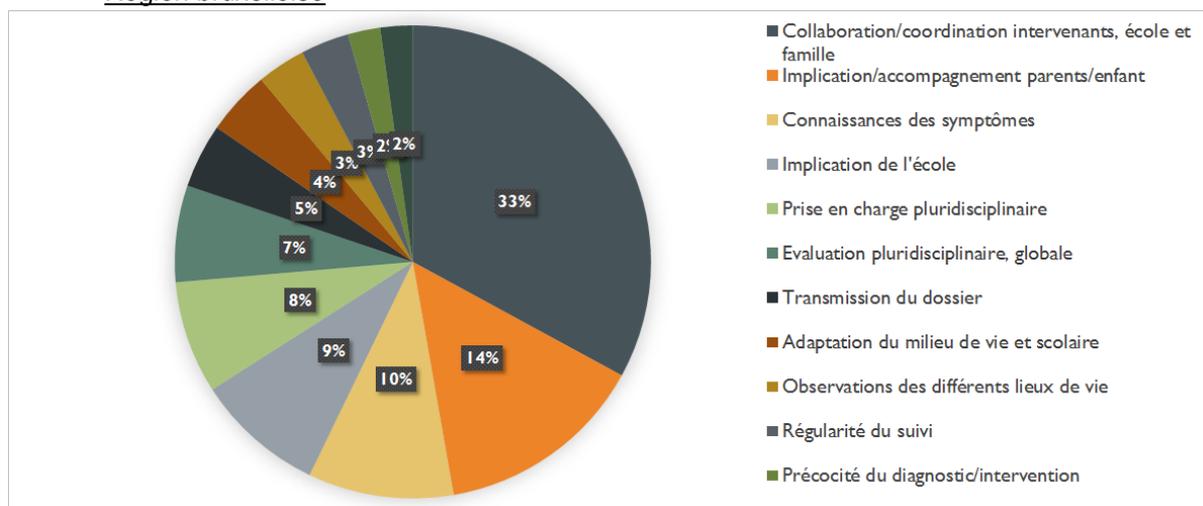


Figure 19. Facteurs de Succès en Région Bruxelloise.

En Région Bruxelloise, les facteurs de succès les plus fréquemment cités sont :

- Collaboration entre les intervenants, l'école et la famille (33%)
- L'implication/accompagnement parents/enfants (14%)
- La connaissance des symptômes (10%)

Les facteurs de succès modérément évoqués sont :

- L'implication de l'école et de l'enseignant (9%)
- La prise en charge pluridisciplinaire (8%)
- L'évaluation pluridisciplinaire globale (7%)

Les **difficultés** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillées ci-dessous.

- En Flandre

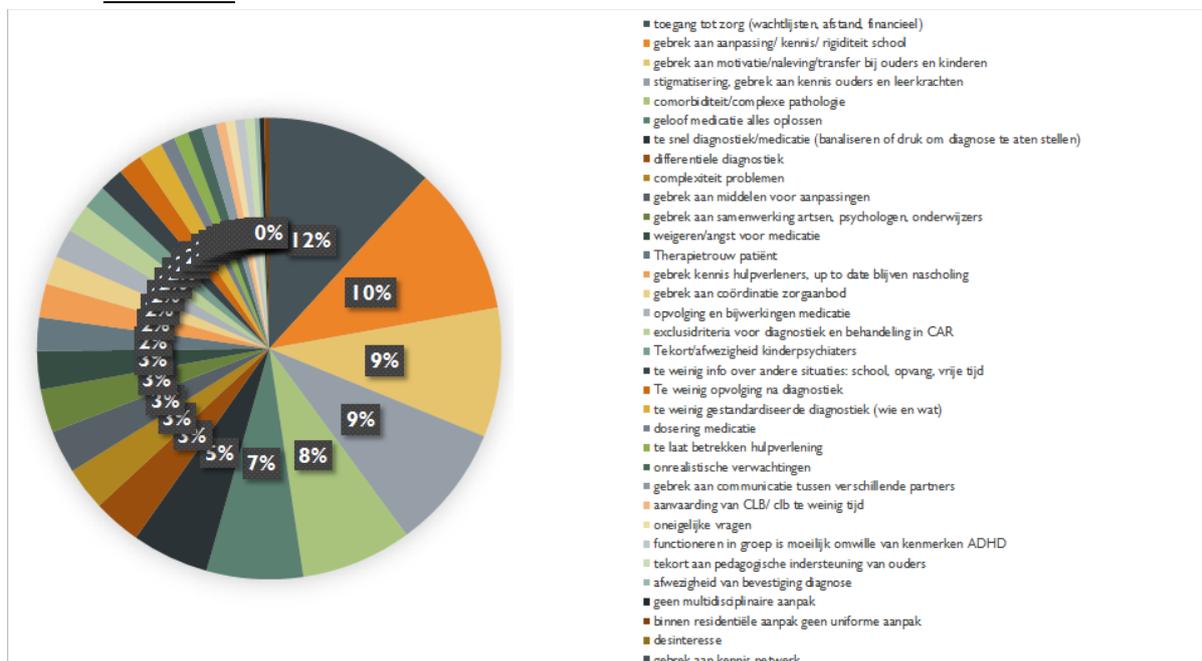


Figure 20. Difficultés en Flandre.

En Flandre, les difficultés les plus fréquemment évoquées sont:

- L'accès aux soins (délais, distances, finances) ;
- La rigidité et le manque de connaissances de l'école ;
- La motivation, complianc e et le transfert des parents et de l'enfant ;
- La stigmatisation du trouble ;
- Les comorbidités et la complexité de la pathologie ;
- La croyance que la médication va tout solutionner.

- En Wallonie

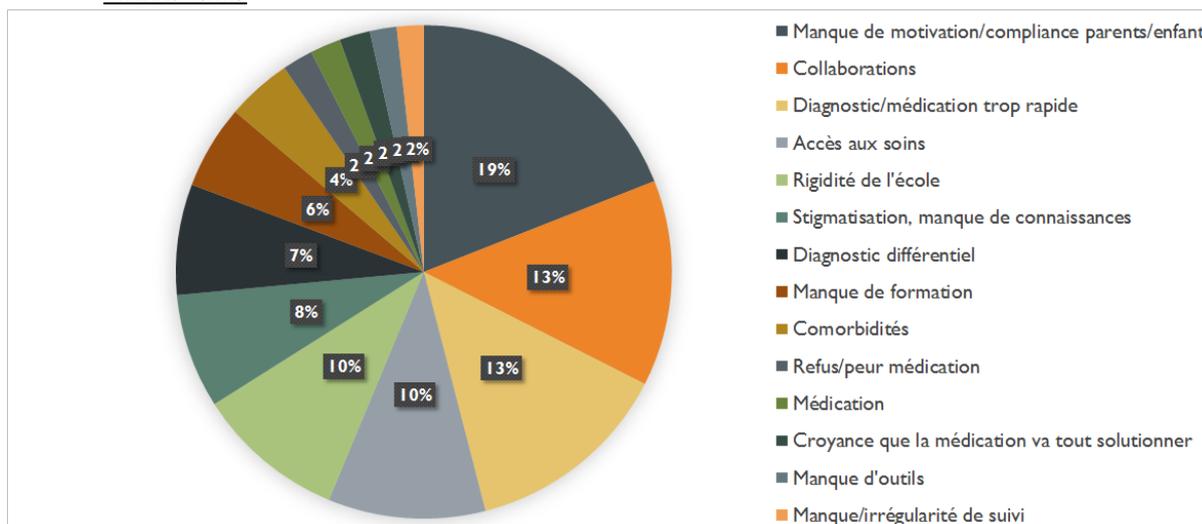


Figure 21. Difficultés en Wallonie.

En Wallonie, le manque de motivation et de complianc e chez l'enfant et les parents, la collaboration, et le diagnostic/ la médication trop rapides, sont les difficultés les plus souvent citées.

- Le manque de motivation/compliance de l'enfant et des parents: le manque de compréhension et d'acceptation du trouble, le manque de compliance et de motivation, le manque de transfert des stratégies au domicile (par angoisse ou refus) sont évoqués, ainsi que l'épuisement et l'incohérence éducative des parents. L'attente d'un résultat miracle par les parents est aussi évoquée.
- Les collaborations difficiles entre intervenants : la multiplicité des difficultés de l'enfant et des partenaires impliqués autour de l'enfant rend la collaboration et l'organisation de concertations difficile. La difficulté à mettre en place un réseau, à comprendre les rapports (par ex : rapports neuropsychologiques), et le manque de temps sont également évoqués.
- Le diagnostic et la médication trop rapides : l'absence d'évaluation pluridisciplinaire (par ex : uniquement une évaluation neurologique/neuropsychologique) et la banalisation du trouble sont soulignés. Le fait que les parents ne souhaitent pas prendre le temps pour réaliser un bilan pluridisciplinaire qui leur semble complexe est évoqué.

Les difficultés suivantes sont également citées fréquemment :

- L'accès difficile aux soins : longs délais pour les consultations spécialisées, non-remboursement des prises en charges psychosociales et de certains médicaments.
- La rigidité de l'école : le refus ou la peur des enseignants de collaborer, le manque de soutien des directions d'école et des intervenants pour accompagner les enseignants, la pression à la médication par les enseignants.
- La stigmatisation du trouble et le manque de connaissances : vulgarisation inadaptée et banalisation du trouble dans les médias.
- La difficulté du diagnostic différentiel : les problèmes éducatifs (limites parentales) parfois associés au contexte de précarité sociale ; le seuil de tolérance aux comportements différent d'une personne à l'autre ; les troubles "dys", psychoaffectifs et neurologiques.

Moins citées, les difficultés suivantes sont également évoquées :

- Le manque de formation des enseignants, des médecins généralistes, des logopèdes qui rééduquent les fonctions attentionnelles et exécutives.
- La présence de comorbidités.
- Le refus ou la peur de la médication.
- La médication : les effets secondaires, la difficulté du dosage, la surmédication, le vécu négatif par les patients et la culpabilisation des parents par rapport à la médication.
- La croyance que la médication va tout solutionner occasionnant l'absence de prise en charge psychosociale ou le manque de compliance pour ces prises en charge non médicamenteuses.
- Le manque d'outils notamment pour les enseignants, adaptés à un contexte de groupe classe.
- Le manque de régularité du suivi : abandon, difficultés d'organisation des rendez-vous.

- Région Bruxelloise

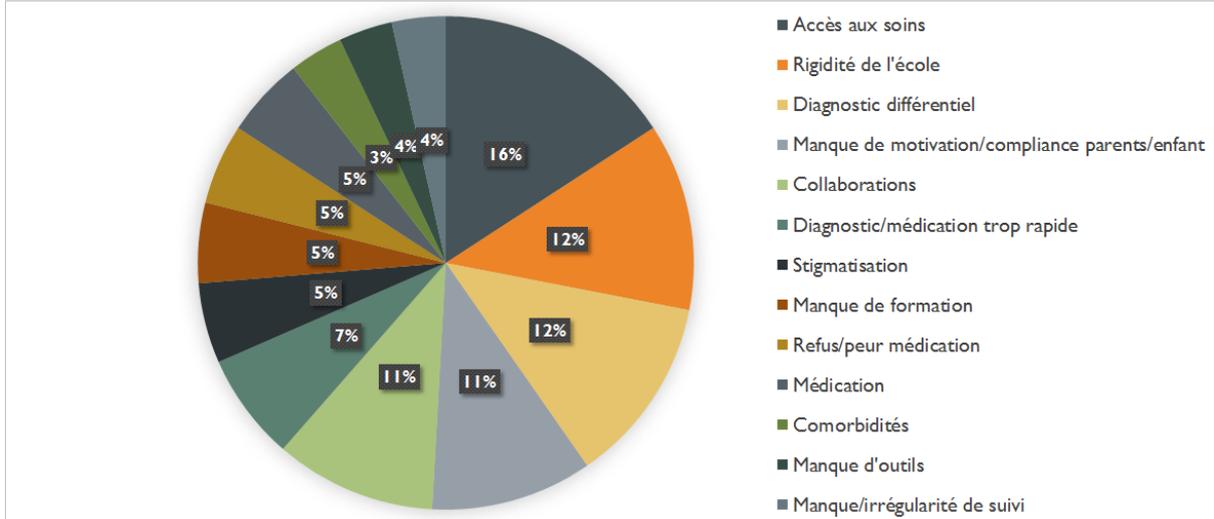


Figure 22. Difficultés en Région Bruxelloise.

En Région Bruxelloise, les difficultés les plus fréquemment évoquées sont :

- L'accès aux soins (délais, distances, finances) (16%)
- La rigidité et le manque de connaissances de l'école (12%)
- Le diagnostic différentiel (12%)
- Le manque de motivation/compliance parents/enfant (11%)
- Les difficultés de collaboration (11%)

Les difficultés modérément évoquées sont :

- Le diagnostic/médication trop rapide (7%)
- La stigmatisation (5%)

Les **besoins** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillés ci-dessous.

- En Flandre

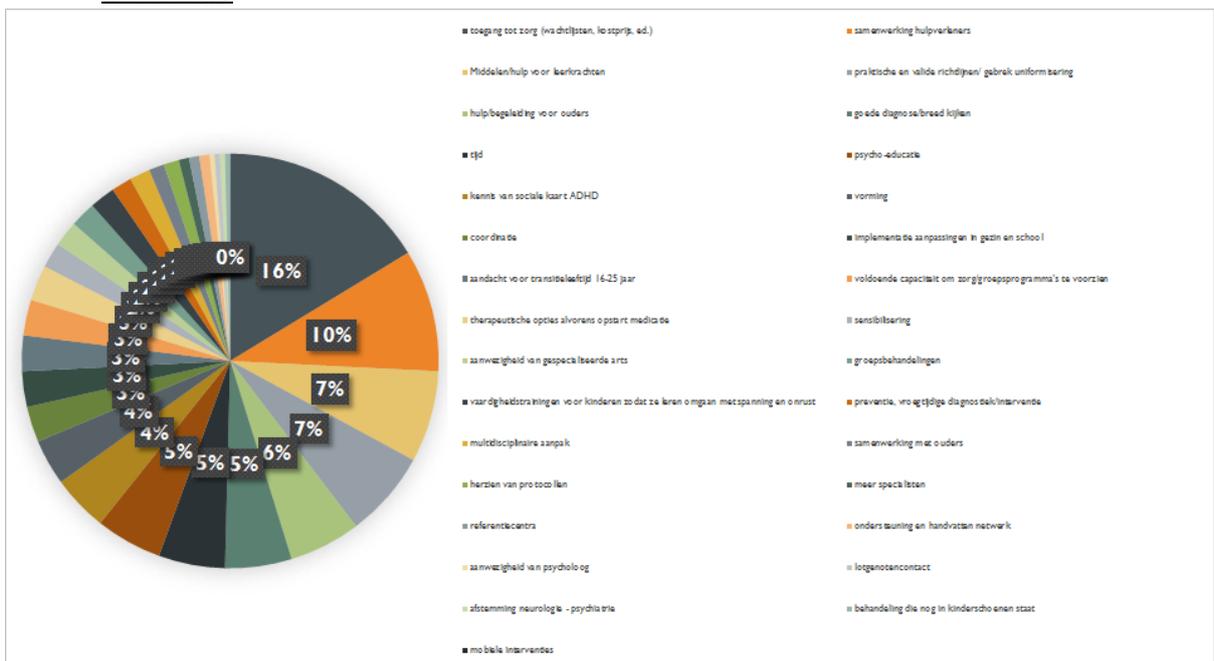


Figure 23. Besoins en Flandre.

En Flandre, les besoins les plus fréquemment évoqués sont :

- L'accès aux soins ;
- La collaboration entre les intervenants ;
- Des outils et aides pour les enseignants ;
- Des guidelines pratiques ;
- Des aides pour les parents ;
- Un bon diagnostic ;
- Du temps ;
- La psychoéducation.

- En Wallonie

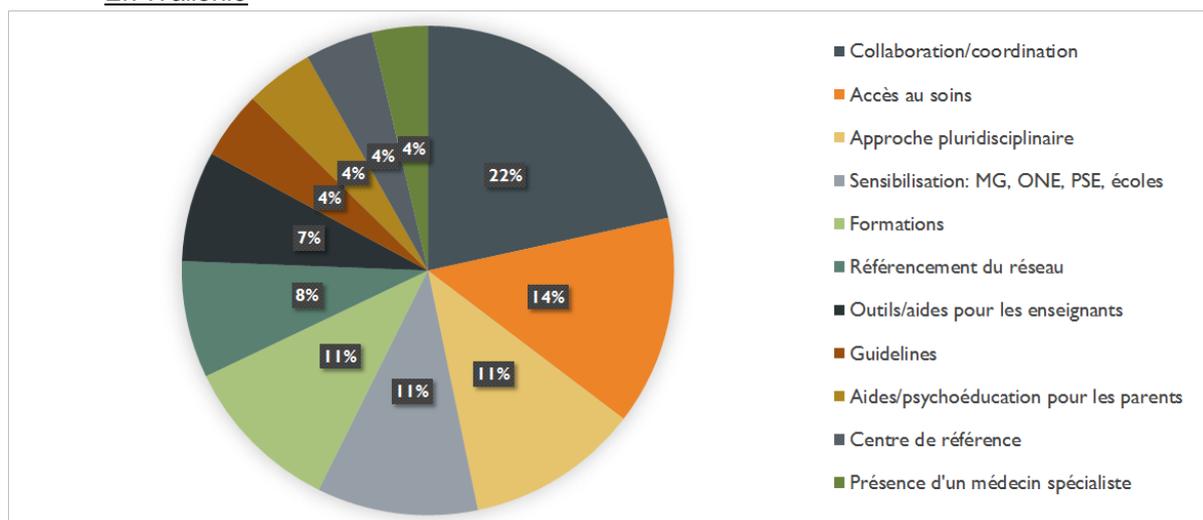


Figure 24. Besoins en Wallonie.

En Wallonie, les besoins les plus fréquemment cités par les participants sont une meilleure collaboration entre intervenants et un meilleur accès aux soins :

- Collaboration et coordination des intervenants : travail en équipe au sein d'un même centre, temps pour les échanges, retour de la part des médecins spécialistes, personne relais pour la coordination (PMS, autre ?), respect des disciplines de chacun.
- Accès aux soins : remboursement des prises en charge psychosociales, davantage de spécialistes pour réduire les délais d'attente, diminution du coût du matériel.

Les besoins suivants sont également fréquemment cités :

- Une approche pluridisciplinaire pour la prise en charge et le diagnostic : réalisation de bilans complets avec l'accent mis sur le diagnostic différentiel.
- La sensibilisation des médecins généralistes, des travailleurs de l'ONE, du personnel des services PSE, des enseignants.
- L'organisation de formations de qualité, plus pointue sur le diagnostic et les méthodes d'intervention ainsi que sur les dégâts en cas de mauvais diagnostic, à destination des professionnels.
- Un référencement du réseau spécialisé pour le TDA/H et des ressources.
- Des outils et un accompagnement pour les enseignants, avec davantage de moyens au niveau des écoles (personnels éducatifs plus nombreux, fonctionnement scolaire, temps dégagé pour les élèves à besoins spécifiques).

Enfin, les besoins suivants sont moins fréquemment cités :

- Des guidelines pratiques et des outils pour guider le diagnostic (différentiel) et la prescription ;
- Psychoéducation avec des aides pour les parents ;

- Centre de référence pour la centralisation et la communication des informations sur le TDA/H, ainsi que l'organisation de réunions ;
- Présence d'un médecin spécialiste pour le diagnostic et la prise en charge (surtout évoqués : pédopsychiatre, psychiatre).

- Région Bruxelloise

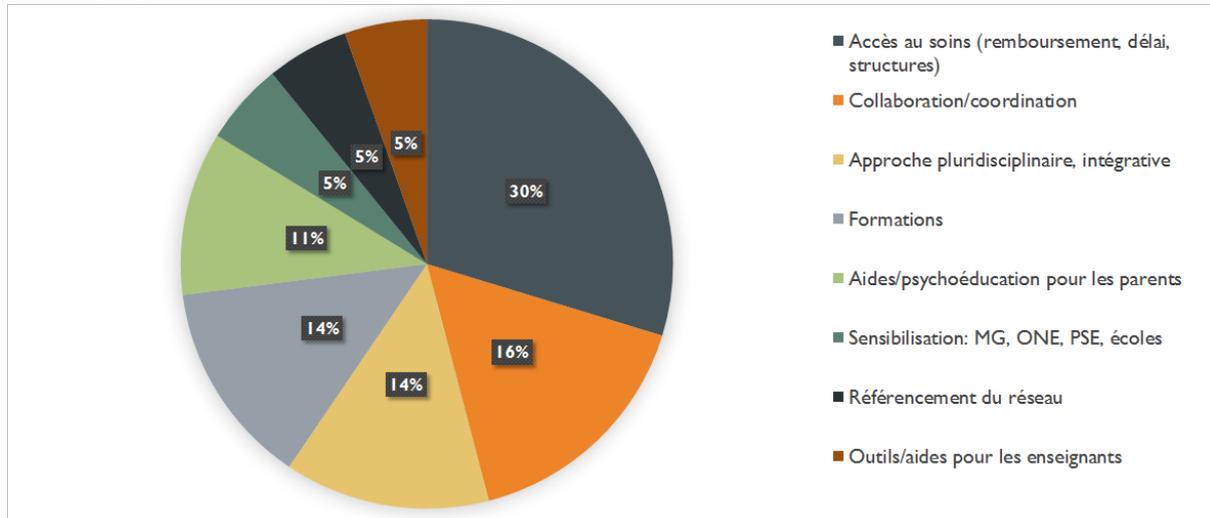


Figure 25. Besoins en Région Bruxelloise.

En Région Bruxelloise, les besoins les plus fréquemment évoqués sont :

- Un meilleur accès aux soins (30%)
- Un renforcement des collaborations entre tous et une meilleure coordination (16%)
- Une approche pluridisciplinaire, intégrative (14%)
- Une meilleure formation des praticiens pour le TDA/H (14%)
- La mise en place d'aides psycho-éducatives pour les parents (11%)

Les **difficultés en matière de coordination** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillées ci-dessous.

- En Flandre

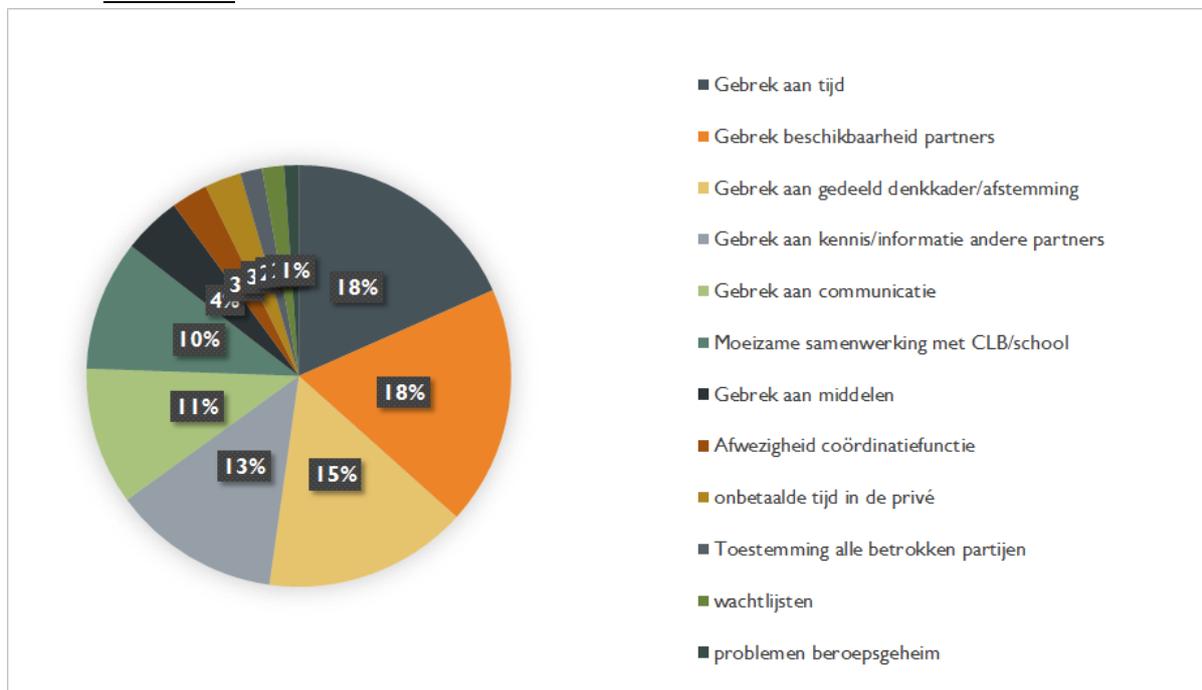


Figure 26. Difficultés en matière de coordination en Flandre.

En Flandre, les difficultés en matière de collaboration principalement évoquées sont :

- Le manque de temps ;
- Le manque de disponibilité des partenaires ;
- Le manque de coordination ;
- Le manque de connaissance et d'informations des autres partenaires ;
- Le manque de communication ;
- La collaboration difficile avec les écoles.

- En Wallonie

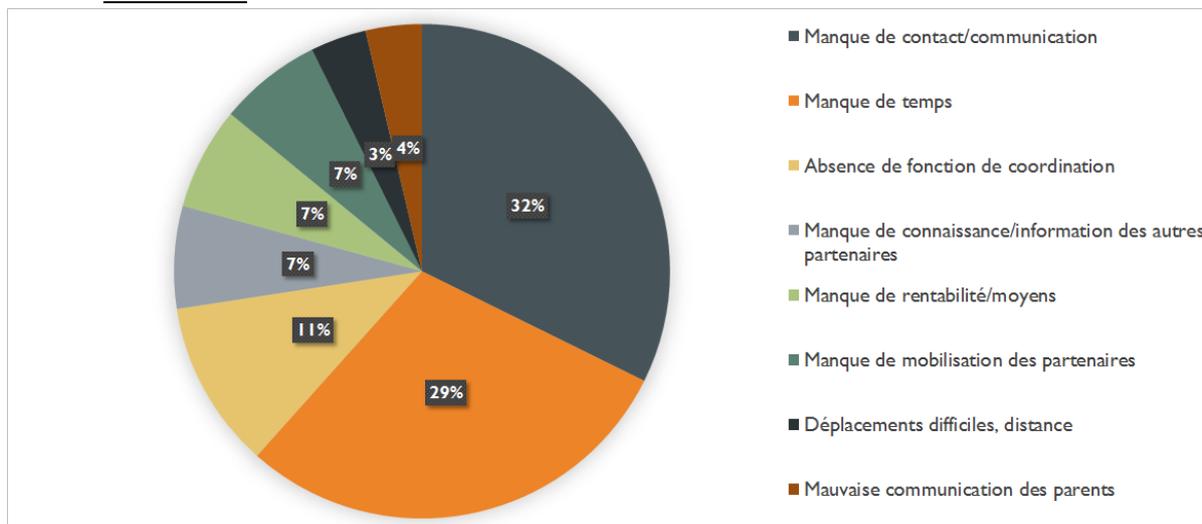


Figure 27. Difficultés en matière de coordination en Wallonie.

Pour la coordination, les difficultés les plus citées en Wallonie sont :

- Le manque de contact et de communication entre les partenaires : difficultés pour joindre les partenaires ou avoir un retour, échanges peu réguliers, manque de transfert des informations, notamment rendus difficiles par la multiplicité des intervenants.
- Le manque de temps : manque de disponibilité des intervenants pour réunir tout le monde en même temps.

Les difficultés de coordination moins fréquemment évoquées sont :

- L'absence d'une fonction de coordination, d'une personne dédiée à cette fonction ;
- Le manque de connaissance des autres partenaires ;
- Le manque de rentabilité de la concertation, de moyens pour la concertation ;
- Le manque de mobilisation des partenaires pour qui la concertation demande un investissement parfois important et non valorisé.

Les difficultés de coordination peu citées sont :

- Les difficultés de déplacement, notamment au vu des distances parfois grandes ;
- La mauvaise communication des parents.

- Région Bruxelloise

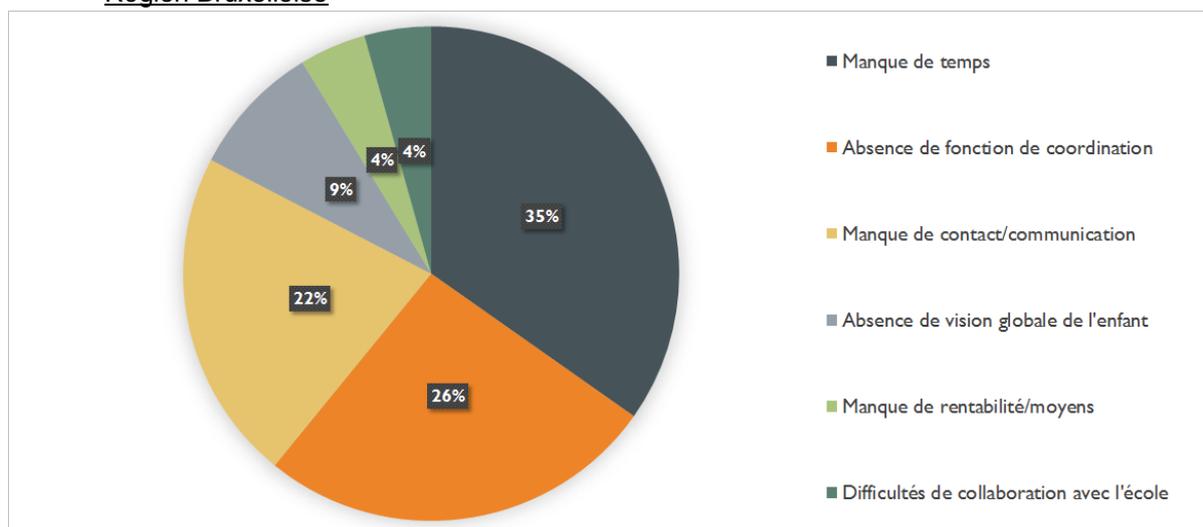


Figure 28. Difficultés en matière de coordination en Région Bruxelloise.

En Région Bruxelloise, les difficultés en matière de collaboration principalement évoquées sont:

- Le manque temps des praticiens (35%)
- L'absence de fonction de coordinateur désigné (26%)
- Le manque de contact/communication entre tous (22%).

Les **besoins en matière de coordination** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillés ci-dessous.

- En Flandre

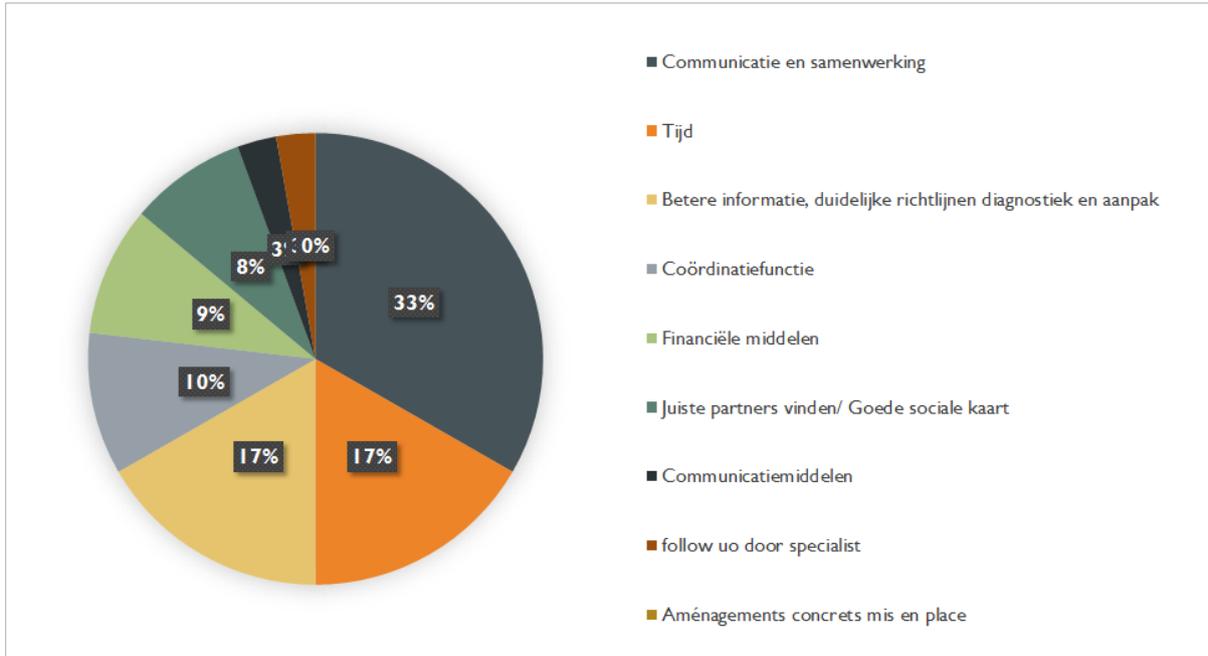


Figure 29. Besoins en matière de coordination en Flandre.

En Flandre, les besoins de coordination principalement évoqués sont :

- La communication et la collaboration ;
- Le temps ;
- Meilleure information et suivi des lignes directrices pour le diagnostic et le traitement ;
- Fonction de coordination ;
- Moyens financiers ;
- Carte sociale et trouver les bons partenaires.

- En Wallonie

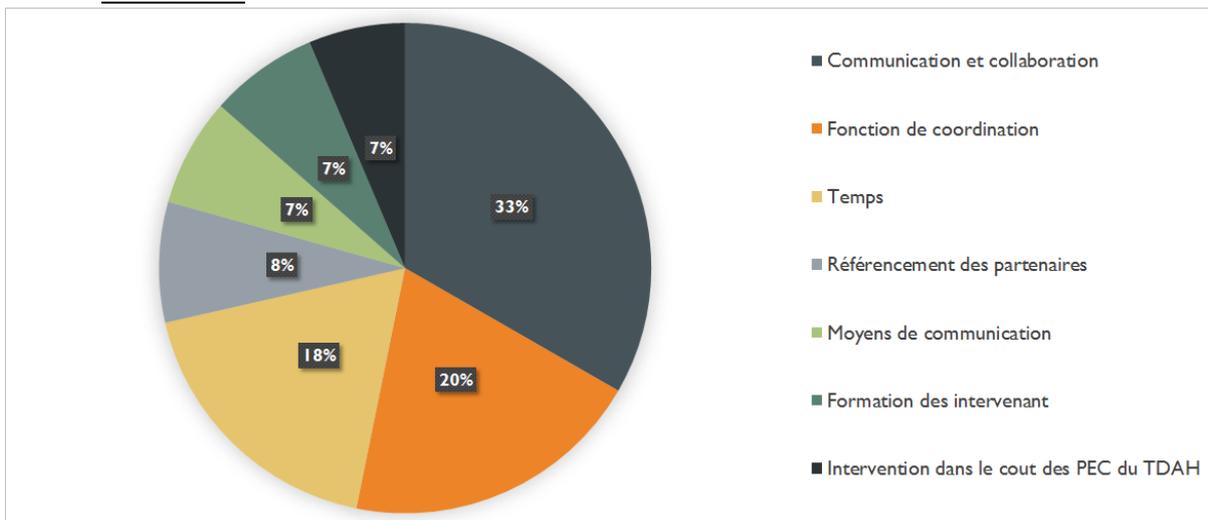


Figure 30. Besoins en matière de coordination en Wallonie.

Les besoins en matière de coordination les plus fréquemment cités en Wallonie sont :

- Une meilleure communication : communiquer sur "qui fait quoi", faciliter les échanges via une meilleure implication des partenaires;
- Une fonction de coordination avec une personne de référence pour chaque enfant/jeune, qui peut être l'agent PMS ou le coordinateur du centre.

- Plus de temps dégagé pour assurer la concertation et la coordination du dossier des patients.

Moins cités :

- Le référencement des partenaires pour avoir une meilleure connaissance du réseau.
- Des moyens de communication : cahier de communication, lieux d'échanges.
- Formation des intervenants et des équipes éducatives ;
- Une intervention financière dans le coût des prises en charge du TDA/H, et surtout de la concertation et de la fonction de coordination.

- Région Bruxelloise

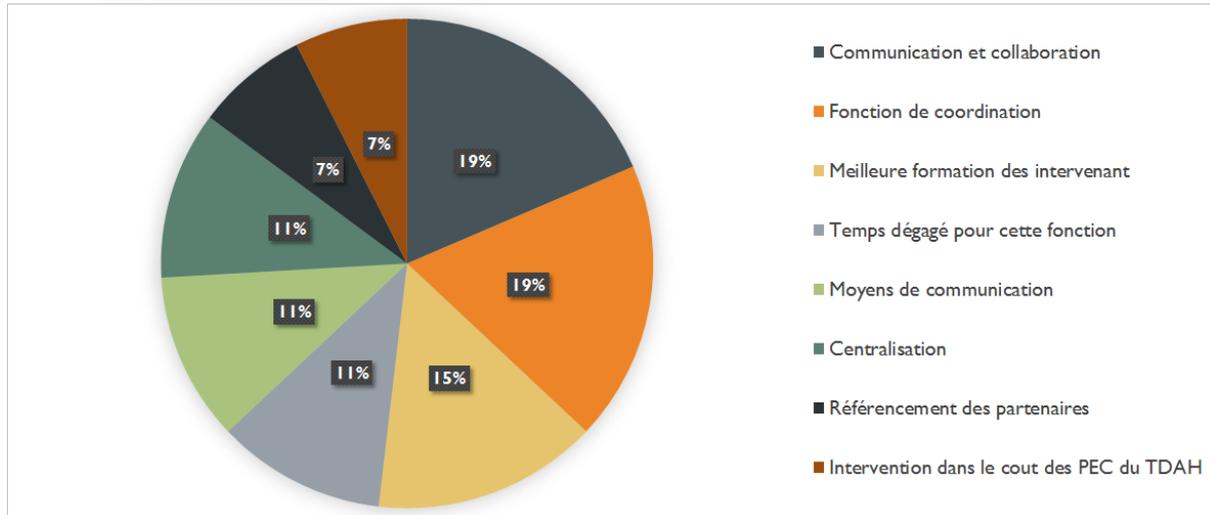


Figure 31. Besoins en matière de coordination en Région Bruxelloise.

En Région Bruxelloise, les besoins de coordination principalement évoqués sont :

- Une amélioration de la communication et des collaborations (19%)
- La création d'une fonction de coordination (19%)
- Une meilleure formation des intervenants (15%)
- Un temps dégagé spécialement pour cette fonction (11%)
- Une amélioration des moyens de communication (11%)
- Une centralisation des informations (évaluation, prise en charge) relatives à l'enfant (11%)

Les facteurs en faveur du diagnostic du TDA/H sont détaillés ci-dessous.

- En Flandre:

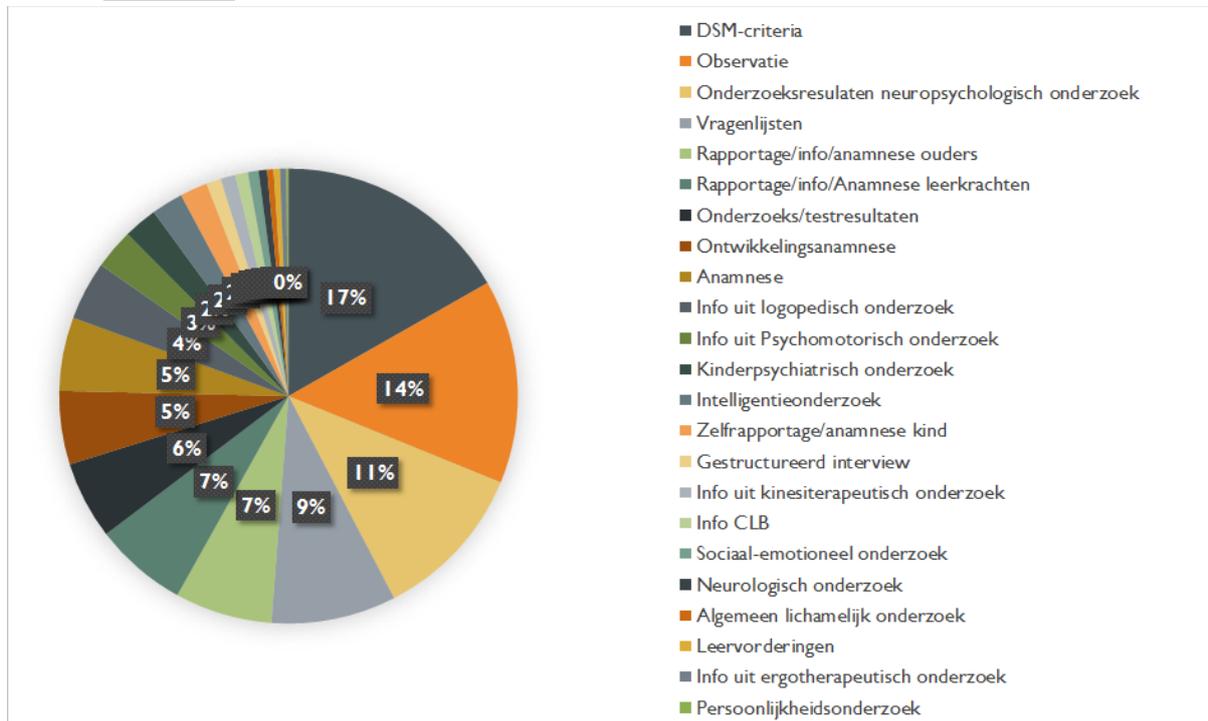


Figure 32. Facteurs en faveur du diagnostic en Flandre.

En Flandre, les facteurs en faveur du diagnostic principalement évoqués sont :

- Les critères du DSM ;
- Les observations ;
- Les résultats des examens neuropsychologiques ;
- Les questionnaires ;
- L'anamnèse avec les parents ;
- L'anamnèse avec l'enseignant ;
- Les résultats des tests/évaluations.

- En Wallonie

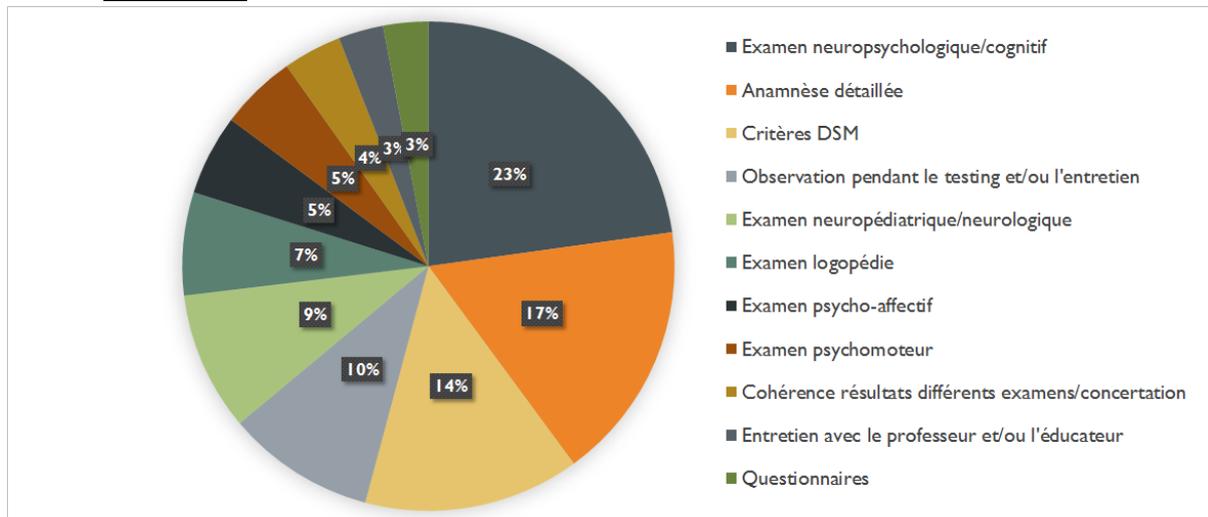


Figure 33. Facteurs en faveur du diagnostic en Wallonie.

En Wallonie, les éléments en faveur du diagnostic sont principalement :

- L'examen neuropsychologique/cognitif avec une évaluation des troubles attentionnels et exécutifs ;
- La réalisation d'une anamnèse détaillée incluant un contact avec les parents et les enseignants, la passation de questionnaires, la prise en compte des antécédents familiaux et du vécu de l'enfant ;
- La présence des critères du DSM ;
- La cohérence des observations pendant l'évaluation, et si possible dans le milieu de vie ;
- La réalisation d'examen pour déterminer l'origine des difficultés : neurologie, logopédie, psychologie, psychomotricité.

- Région Bruxelloise:

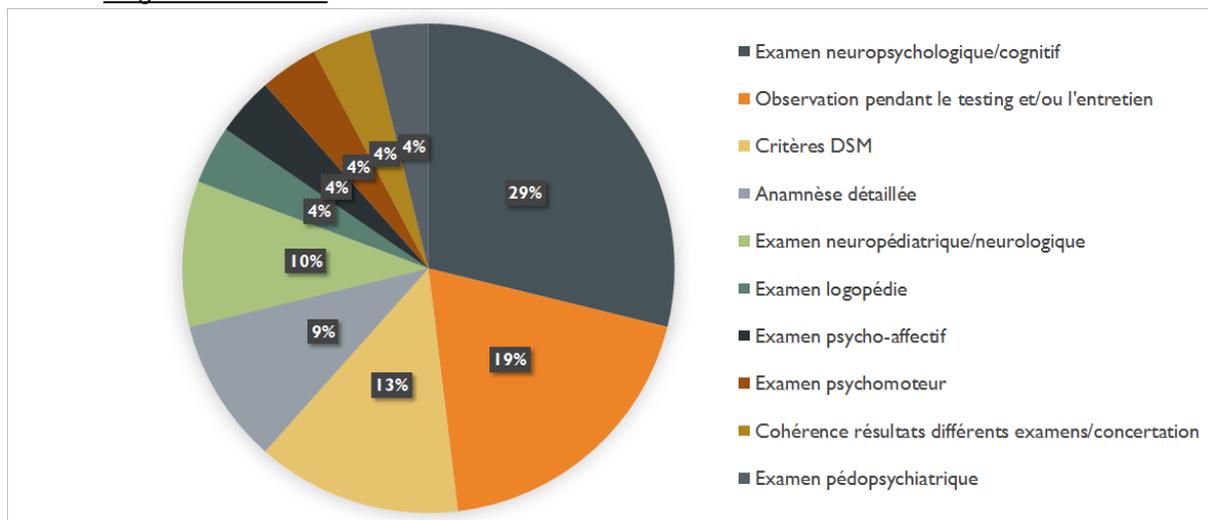


Figure 34. Facteurs en faveur du diagnostic en Région Bruxelloise.

En Région Bruxelloise, les facteurs en faveur du diagnostic principalement évoqués sont:

- Les résultats de l'évaluation neuropsychologique/cognitive (29%)
- Les observations cliniques de l'enfants pendant les entretiens (19%)
- Les critères du DSM-V (13%)
- L'examen neuropédiatrique/neurologique (10%)

Les **facteurs à l'encontre du diagnostic** du TDA/H sont détaillés ci-dessous.

- En Flandre:

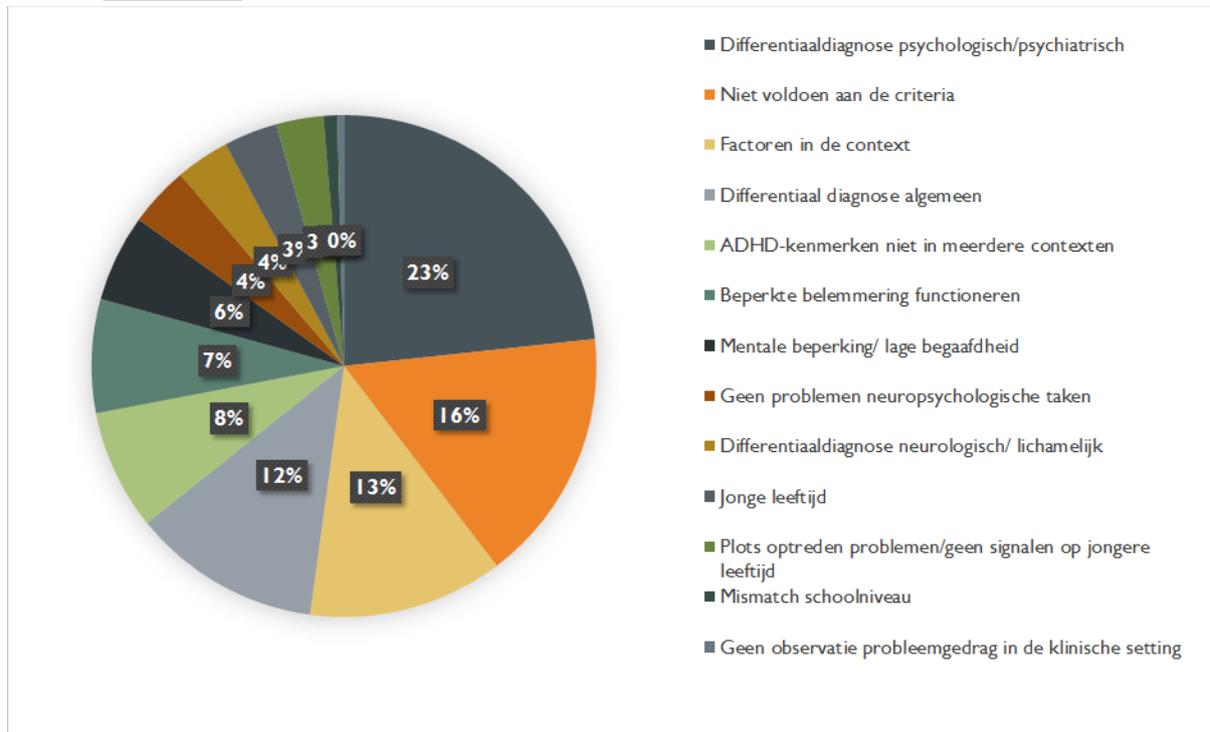


Figure 35. Facteurs à l'encontre du diagnostic en Flandre.

En Flandre, les facteurs contre le diagnostic principalement évoqués sont :

- La présence d'un diagnostic différentiel au niveau psychoaffectif ou psychiatrique ;
- Le fait de ne pas suivre les critères ;
- Les facteurs contextuels ;
- Le diagnostic différentiel en général ;
- Le fait que les symptômes de TDA/H ne soient pas présents dans plusieurs domaines.

- En Wallonie

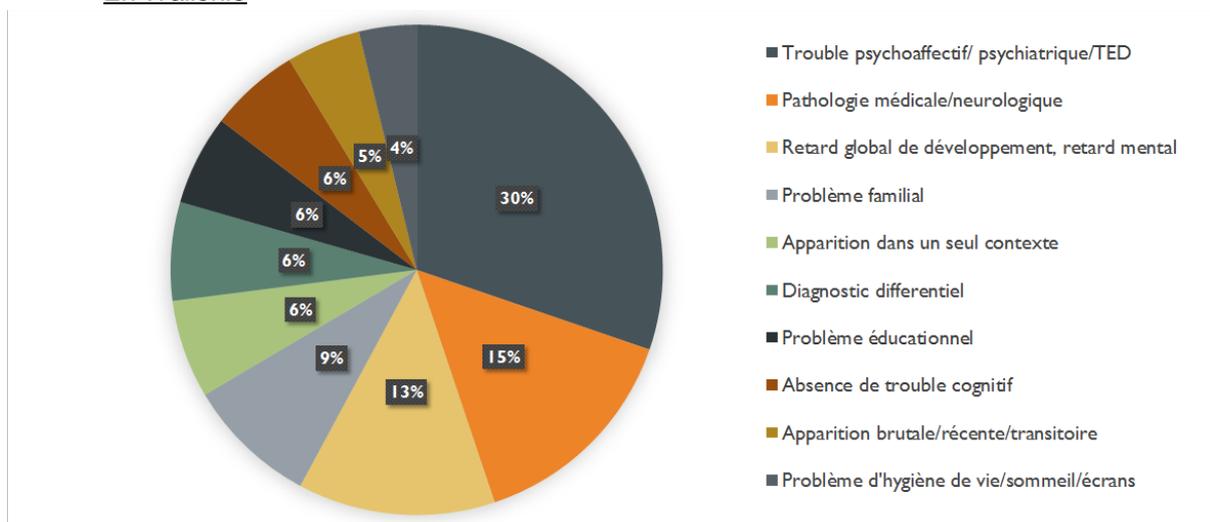


Figure 36. Facteurs à l'encontre du diagnostic en Wallonie.

En Wallonie, les facteurs contre le diagnostic sont principalement la présence d'un diagnostic différentiel :

- Trouble psychoaffectif, psychiatrique, ou d'un trouble envahissant du développement ;
- Trouble neurologique ou médical ;
- Retard de développement ou retard mental ;
- Problématique familiale.

L'apparition dans un seul contexte ou une apparition brutale et transitoire des symptômes sont moins fréquemment évoquées.

- Région Bruxelloise

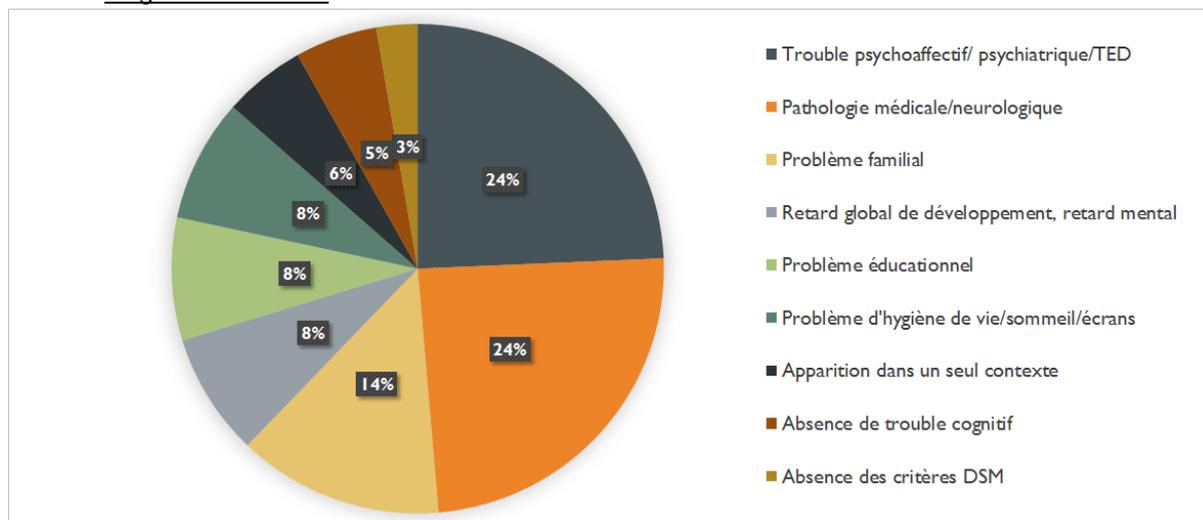


Figure 37. Facteurs à l'encontre du diagnostic en région Bruxelloise.

En Région Bruxelloise, les facteurs contre le diagnostic principalement évoqués sont :

- La présence d'un trouble psychoaffectif/psychiatrique/TED (24%)
- La présence d'une pathologie médicale/neurologique (24%)
- La présence d'un problème familial (14%)

Les facteurs modérément cités sont :

- La présence d'un retard global de développement (8%)
- La présence d'un problème éducationnel (8%)
- La présence d'un problème d'hygiène de vie/sommeil, écrans (8%)

2.2.4.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

Hainaut

Les facteurs de succès, les difficultés, les besoins pour le diagnostic et la prise en charge, ainsi que les difficultés et besoins pour la coordination ou les facteurs pour et contre le diagnostic de TDA/H, sont similaires aux résultats pour la Région Wallonne. Cependant, l'ordre d'importance varie parfois quelque peu.

- Pour les facteurs de succès : l'implication de l'école apparaît plus importante, et la transmission du dossier un peu moins importante. De plus, au niveau des adaptations du milieu de vie, ce sont principalement des adaptations du milieu scolaire qui sont rapportées.
- Pour les difficultés : l'accès au soin et la rigidité de l'école sont des difficultés un peu plus fréquemment citées, et la collaboration difficile entre intervenants est un peu moins citée.
- Pour les besoins : les aides pour les enseignants sont un peu plus fréquemment citées.
- Pour les difficultés liées à la coordination : l'accent est mis sur le manque de temps et de disponibilité des partenaires pour la concertation.

- Pour les besoins de coordination : l'accent est à nouveau mis sur le besoin d'un temps dégagé pour la coordination en premier lieu.

Brabant Wallon

Les difficultés, les besoins pour le diagnostic et la prise en charge, les difficultés pour la coordination ainsi que les facteurs contre le diagnostic de TDA/H sont similaires aux résultats pour la Région Wallonne. L'ordre d'importance varie parfois légèrement :

Quelques spécificités sont relevées pour les points suivants :

- En ce qui concerne les facteurs de succès, la collaboration et la coordination ne sont citées qu'une seule fois en tant que telles. Par contre, les acteurs de terrain insistent beaucoup sur la transmission du dossier entre les partenaires ainsi que sur l'adaptation du milieu de vie et du milieu scolaire, ce qui, indirectement, implique une collaboration entre les différents partenaires. D'autre part, si l'évaluation pluridisciplinaire paraît très importante (avec la dimension psycho-affective), personne ne souligne l'importance de la prise en charge multidisciplinaire.
- En ce qui concerne les besoins en matière de coordination, il y a peu de réponses dans le Brabant Wallon (seulement 28 personnes ont répondu). La demande de référencement des partenaires et d'une meilleure connaissance réciproque semble un peu plus importante que dans les autres provinces. D'autre part, la demande d'une intervention dans les coûts des prises en charge ainsi que pour les rencontres interdisciplinaires est plus élevée que le besoin de temps. Actuellement, les contacts pris entre professionnels se font bénévolement en plus du travail !
- En ce qui concerne les éléments pour le diagnostic, l'examen psycho-affectif obtient une position un peu plus élevée dans le Brabant Wallon, ce qui peut être lié, entre-autres, à la présence de nombreux centres multidisciplinaires. Par contre, seules deux personnes disent se référer au DSM. S'il semble évident que les acteurs de terrain connaissent les critères du DSM, ils ne le considèrent pas comme un outil.

Liège

Les facteurs de succès, les difficultés, les besoins pour le diagnostic et la prise en charge, ainsi que les difficultés et besoins pour la coordination ou les facteurs pour et contre le diagnostic de TDA/H, sont globalement similaires aux résultats pour la Région Wallonne. Quelques légères divergences existent toutefois dans l'ordre d'importance.

- Ainsi, en ce qui concerne les facteurs de succès, les professionnels vont en effet souligner l'importance de la coordination ainsi que de l'implication et l'accompagnement de la famille (et particulièrement par la mise en place d'actions de soutien à la parentalité). Parallèlement à cela, ils vont également mettre l'accent sur l'importance de la nature pluridisciplinaire dans la prise en charge ainsi que dans la transmission du dossier entre partenaires impliqués.
- Pour les difficultés, la complexité du diagnostic différentiel est également un peu plus fréquemment relevée.
- En ce qui concerne les éléments favorables au diagnostic, les résultats sont sensiblement les mêmes que ceux observés pour la Région Wallonne. Notons toutefois que l'importance de l'examen neuropsychologique est rapportée par les professionnels au même titre que l'utilisation des critères du DSM.
- En ce qui concerne les besoins, l'organisation de formation ainsi que l'accès à des guidelines pratiques sont plus fréquemment rapportés.

Namur :

Pour les différents critères, les résultats sont globalement comparables. Cependant, la prise en charge pluridisciplinaire est un facteur de succès plus marqué dans la province namuroise. Au niveau des difficultés, ce sont les difficultés de collaboration entre les intervenants ainsi que la rigidité de l'école qui sont pointés massivement. Le manque de formation est également souligné de façon significative.

Enfin, au niveau des besoins, outre la coordination, la collaboration et un accès aux soins plus aisé, on observe un désir d'interventions mobiles ainsi qu'une meilleure information pour les enseignants.

Région Bruxelloise

- Pour les **facteurs de succès pour le diagnostic et la prise en charge**: les professionnels soulignent tout d'abord l'importance de la collaboration entre les intervenants, l'école et la famille. Ce qui renvoie à la question de la coordination. Ils mentionnent l'implication/accompagnement parents/enfants et la connaissance des symptômes. Ces derniers éléments témoignent de l'importance de prendre du temps avec les parents et l'enfant, par la psycho-éducation notamment, afin de les rendre pleinement acteurs.
- Pour les difficultés pour le diagnostic et la prise en charge : l'accès aux soins (délais, distances, finances) est le facteur le plus souvent évoqué. Plusieurs commentaires ont surtout souligné le fait que de nombreux parents vivent dans une certaine précarité, compromettant ainsi la possibilité pour l'enfant d'accéder aux soins appropriés. La rigidité et le manque de connaissances de l'école sont également mentionnés. Ceci pose la question de la formation des enseignants face aux enfants présentant un TDA/H ou des troubles d'apprentissage mais également le fait qu'en raison du nombre important d'enfants dans certaines classes, il est difficile de mettre en place des adaptations. Le diagnostic différentiel est également mentionné.
- Pour les besoins pour le diagnostic et la prise en charge : contrairement aux autres régions, les praticiens soulignent surtout l'importance d'un meilleur accès aux soins. Ils évoquent ensuite un renforcement des collaborations entre tous et une meilleure coordination, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, intégrative, une meilleure formation des praticiens pour le TDA/H, la mise en place d'aides psycho-éducatives pour les parents.
- Pour les difficultés liées à la coordination : ce qui ressort est essentiellement le manque de temps des praticiens mais également l'absence de fonction de coordinateur désigné et le manque de contact/communication entre tous.
- Pour les besoins de coordination : les praticiens soulignent la nécessité d'amélioration de la communication et des collaborations qui pourraient notamment passer par la création d'une fonction de coordinateur pour assurer une centralisation des informations (évaluation, prise en charge) relatives à l'enfant.
- Pour les facteurs en faveur du diagnostic, les praticiens évoquent principalement, les résultats de l'évaluation neuropsychologique/cognitive, ce qui souligne l'importance de cette discipline comme en Région Wallonne. Cependant, d'après les différentes guidelines internationales la démarche neuropsychologique ne suffit pas pour poser le diagnostic. Les praticiens évoquent ensuite les observations cliniques de l'enfant pendant les entretiens sur base des critères du DSM-V. De façon surprenante, l'examen neuropédiatrique/neurologique est mentionné en 4^e position. La présence d'un trouble psychoaffectif/psychiatrique/TED est d'abord évoquée. Pourtant selon le DSM-V la présence d'un TED n'exclut pas la présence d'un diagnostic de TDA/H. De plus, la présence de comorbidités émotionnelles (ex : dépression, anxiété) n'est pas rare dans le cadre du TDA/H. Parmi les autres facteurs à l'encontre du diagnostic de TDA/H, les praticiens évoquent la présence d'une pathologie médicale/neurologique, ce qui montre que les praticiens sont sensibilisés aux facteurs somatiques qui viendraient expliquer une symptomatologie de type TDA/H. La présence d'un problème familial majeur est également évoquée.

Succesfactoren met betrekking tot diagnostiek en behandeling

SUCCESSFACTOREN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Succesfactoren totaal Vlaanderen	Succesfactoren Antwerpen	Succesfactoren Oost-Vlaanderen	Succesfactoren Vlaams Brabant	Succesfactoren West-Vlaanderen
1. 29% betrokkenheid motivatie kind en ouders	1. 14% betrokkenheid motivatie kind en ouders	1. 10% betrokkenheid school	1. 26% Samenwerken tussen alle hulpverleners	1. 23% Samenwerking tussen alle hulpverleners
2. 8% samenwerking hulpverleners	2. 9% goede diagnostiek	2. 10% Betrokkenheid motivatie kind en ouders	2. 15% Goede psychoeducatie	2. 12% Goede diagnostiek
3. 7% Verzamelen info observatie	3. 9% vorming ADHD	3. 8% Contextgericht werken	3. 8% Goede diagnostiek	3. 8% Betrokkenheid school
4. 6% betrokkenheid school en leerkracht	4. 8% multidisciplinair overleg	4. 7% Samenwerken tussen alle hulpverleners	4. 6% Betrokkenheid motivatie kind en ouders	4. 8% Betrokkenheid en motivatie kind en ouders
5. 6% multidisciplinair onderzoek	5. 8% verzamelen van observatie/ info	5. 7% verzamelen van observatie/ info	5. 6% gestandaardiseerd onderzoek	5. 6% Kennis van de symptomen bij de bevolking en leerkrachten

Zoals in de andere provincies komen dezelfde aspecten aan bod. De volgorde van belang verschilt. Betrokkenheid motivatie van kind en ouder zit zowel in Antwerpen Oost-Vlaanderen Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen in de top vijf. In Antwerpen, West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant staat goede diagnostiek in de top vier. In Antwerpen staat multidisciplinair overleg in de top vier maar in de andere provincies staat samenwerking tussen hulpverleners voorop. In Oost- en West-Vlaanderen wordt in tegenstelling tot de andere provincies veel belang gehecht aan contextgericht werken. In Vlaams-Brabant staat goede psycho-educatie voorop. In West-Vlaanderen komt specifiek de kennis van symptomen bij de bevolking en leerkrachten.

Moelijkheden in het kader van diagnostiek en behandeling

MOEILIKHEDEN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING				
Moelijkheden totaal Vlaanderen	Moelijkheden Antwerpen	Moelijkheden Oost-Vlaanderen	Moelijkheden Vlaams Brabant	Moelijkheden West-Vlaanderen
1. 12% Toegang tot zorg	1. 16% therapietrouw patiënt	1. 11% gebrek middelen voor aanpassing	1. 16% therapietrouw patiënt	1. 14% gebrek aan kennis/aanpassingen/rigiditeit school
2. 10% gebrek aan aanpassing kennis rigiditeit school	2. 10% comorbiditeit en complexe pathologie	2. 10% opvolging en bijwerkingen medicatie	2. 10% gebrek aan aanpassing kennis rigiditeit school	2. 13% Geloof in medicatie als oplossing
3. 9% gebrek aan motivatie naleving transfer bij de ouders	3. 10% gebrek aan aanpassing kennis rigiditeit school	3. 9% therapietrouw patiënt	3. 8% comorbiditeit en complexe pathologie	3. 9% Toegang tot de zorg
4. 9% stigmatisering	4. 10% gebrek middelen voor aanpassing	4. 8% comorbiditeit en complexe pathologie	4. 8% opvolging en bijwerkingen medicatie	4. 8% Gebrek aan middelen voor aanpassingen
5. 8% comorbiditeit en complexe pathologie	5. 9% gebrek aan motivatie naleving transfer bij de ouders	5. 8% geen multidisciplinaire aanpak	5. 8% te laat betrekken hulpverlening	5. 8% Complexiteit van de problemen

Zoals in de andere provincies komen dezelfde aspecten aan bod bij de moeilijkheden. De volgorde van belang verschilt. Hieronder geven we telkens de top-5 weer van de kwalitatieve analyses binnen Oost-Vlaanderen, Antwerpen, Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen. Deze dienen dan ook als uitgangspunten/werkpunten voor de verdere implementatie van de diagnostiek en behandeling.

Noden met betrekking tot diagnostiek en behandeling

NODEN DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Noden totaal Vlaanderen	Noden Antwerpen	Noden Oost-Vlaanderen	Noden Vlaams Brabant	Noden West-Vlaanderen
<ol style="list-style-type: none"> 16% Toegang tot zorg 10% samenwerking hulpverlener 7% middelen hulp voor leerkrachten 7% praktische en valide richtlijnen 6% hulp begeleiding voor ouders 	<ol style="list-style-type: none"> 14% Samenwerking hulpverleners 14% Toegang tot zorg 9% middelen hulp voor leerkrachten 7% goede diagnostiek breed kijken 6% kennis sociale kaart ADHD 	<ol style="list-style-type: none"> 19% Toegang tot zorg 10% Psychoeducatie 8% goede diagnostiek breed kijken 8% praktische en valide richtlijnen 7% samenwerking hulpverleners 	<ol style="list-style-type: none"> 21% Toegang tot zorg 15% praktische en valide richtlijnen 9% Aanwezigheid gespecialiseerde arts 9% kennis sociale kaart ADHD 9% meer tijd 	<ol style="list-style-type: none"> 18% Samenwerking tussen hulpverleners 15% Toegang tot goede zorg (groeps)behandelingen voor ouders leerkrachten 9% Hulp & middelen vr leerkrachten 9% Preventie

Moeilijkheden in de coördinatie

MOEILIKHEDEN COÖRDINATIE

Moeilijkheden coördinatie Totaal Vlaanderen	Moeilijkheden coördinatie Antwerpen	Moeilijkheden coördinatie Oost-Vlaanderen	Moeilijkheden coördinatie Vlaams Brabant	Moeilijkheden coördinatie West-Vlaanderen
<ol style="list-style-type: none"> 18% gebrek tijd 18% gebrek beschikbaarheid partners 15% gebrek gedeeld denkkader 13% Gebrek aan kennis 11% gebrek aan communicatie 	<ol style="list-style-type: none"> 33% gebrek gedeeld denkkader 16% gebrek beschikbaarheid partners 9% gebrek communicatie 9% gebrek kennis 9% gebrek tijd 	<ol style="list-style-type: none"> 17% gebrek beschikbaarheid partners 16% gebrek kennis 16% moeizame samenwerking school/ clb 15% gebrek tijd 11% gebrek gedeeld denkkader 	<ol style="list-style-type: none"> 27% Gebrek aan communicatie 27% gebrek beschikbaarheid partners 19% gebrek tijd 8% gebrek middelen 8% moeizame samenwerking school/ clb 	<ol style="list-style-type: none"> 26% tijdsgebrek 22% gebrek communicatie 17% gebrek beschikbaarheid partners 11% gebrek gedeeld denkkader 9% gebrek kennis

Limburg (LIGANT)

De antwoorden op de deze vragen waren zeer uiteenlopend. Toch worden enkele antwoorden iets vaker gegeven dan andere. Mede op basis van deze antwoorden werden de prioriteiten opgesteld binnen het netwerk.

Succesfactoren binnen diagnostiek en behandeling

1. Betrokkenheid/begrip/opvoeding/motivatie kind of ouders
2. Multidisciplinair onderzoek
3. Samenwerking tussen alle hulpverleners, school en familie

Moelijkheden binnen de diagnostiek en behandeling

1. Toegang tot zorg (wachlijsten, afstand, financieel)
2. Stigmatisering, gebrek aan kennis

Moelijkheden met betrekking tot samenwerking en coördinatie van de zorg

1. Gebrek aan tijd

Noden met betrekking tot samenwerking en coördinatie van de zorg

1. Betere informatie

2.3. Conclusion / Conclusie

La collecte d'informations auprès des médecins et thérapeutes gravitant autour du TDA-H a permis de recueillir 754 questionnaires complets. Le nombre de répondants varie d'une région à l'autre. Ainsi, 48% des questionnaires ont été complétés en Flandre, 46% en Wallonie et 6% à Bruxelles (principalement par des francophones). Certaines professions semblent davantage représentées : pédopsychiatres, (neuro)psychologues, logopèdes. On peut s'étonner que certaines professions pourtant considérées comme acteurs privilégiés dans le cadre du trajet de soin (wallon surtout) du TDA/H aient peu répondu au questionnaire (ex : neuropédiatres).

L'analyse des résultats met en évidence les éléments suivants :

- **Au niveau du diagnostic**

Les personnes qui orientent vers les structures et les spécialistes, tant en Wallonie qu'en Flandre, sont variés. Ce sont les parents, l'école, les CPMS-PSE/ CLB, les médecins généralistes, les (neuro)psychologues, les pédiatres et les pédopsychiatres. On note cependant qu'en Flandre les médecins généralistes sont davantage représentés. Une meilleure sensibilisation des médecins généralistes apparaît donc comme un premier axe de travail.

En Flandre, lorsqu'il y a suspicion de TDA/H, le patient est orienté principalement vers des équipes pluridisciplinaires ou vers les pédopsychiatres. Alors qu'en Wallonie, l'orientation se fait vers les neuropédiatres et les neuropsychologues de façon majoritaire et vers les pédopsychiatres dans une moindre mesure. Pour la Région Bruxelloise, les orientations se font principalement vers les neuropédiatres et les équipes pluridisciplinaires. Les pédopsychiatres et les neuropsychologues sont également fortement représentés. Une attention particulière pourra être portée à la présence et au développement de centres pluridisciplinaires dans certaines provinces wallonnes.

En Flandre, les praticiens se réfèrent davantage aux guidelines (Nice, directives européennes, trimbos, ...) qu'en Wallonie ou à Bruxelles. Les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé de 2013 ne sont suivies que par une minorité des spécialistes et ce, toutes régions confondues. La meilleure diffusion de ce guide de recommandations auprès des praticiens pourrait donc constituer un deuxième axe de travail.

Dans le processus de diagnostic, les examens complémentaires et l'observation de la relation parent-enfant sont des critères importants quelle que soit la région. Cependant, nous notons une utilisation plus massive des questionnaires en Flandre par rapport à la Wallonie et à Bruxelles. Une autre

différence majeure entre les régions est la place importante de l'évaluation neuropsychologique en Wallonie et en Région Bruxelloise. Le fait de recourir de façon plus importante à l'évaluation neuropsychologique en Wallonie et en Région Bruxelloise par rapport à la Flandre pourrait rendre compte de certaines différences dans les pratiques de diagnostic et de prise en charge des enfants avec TDA/H entre les différentes régions du pays. Ainsi, une réflexion sur la place de l'évaluation neuropsychologique dans le cadre de la mise au point diagnostique et de la prise en charge pourrait constituer un troisième axe de travail.

- **Au niveau de la prise en charge**

Diverses interventions sont proposées en Belgique. Ce sont le plus souvent de la guidance parentale, de la psychoéducation, de la psychothérapie et l'accompagnement des enseignants. Des suivis neuropsychologiques et/ou logopédiques sont plus fréquents en Wallonie et à Bruxelles. En Région Bruxelloise, les prises en charge en logopédie et en psychomotricité sont plus fortement représentées que dans les autres régions. En Flandre, la prescription et le suivi de la médication sont plus fréquemment évoqués. Le méthylphénidate est prescrit en première intention suivi par l'atomoxétine dans les différentes régions du pays.

Les interventions, et en particulier la psychoéducation ou guidance parentale, sont très peu réalisées en groupe. Cela peut refléter un manque dans l'offre de soin qui pourrait pourtant permettre un accès plus aisé à ces pratiques pour certains patients défavorisés. Le développement des pratiques de groupe pourrait donc constituer un axe de travail sur le terrain.

- **Au niveau du réseau**

La majorité des répondants indique connaître suffisamment les partenaires gravitant autour du TDA/H mais souligne un manque de transmission d'informations et ce, plus spécifiquement en Région Bruxelloise.

D'autre part, en Flandre, les médecins généralistes sont informés de façon plus systématique qu'en Wallonie et à Bruxelles.

- **Au niveau des facteurs de succès, des difficultés et des besoins pour le diagnostic et la prise en charge**

Les facteurs de succès dans le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont liés, d'après les répondants, en grande partie à la collaboration et à la coordination entre les différents intervenants ainsi qu'à l'implication de l'enfant et de sa famille. D'autres facteurs sont mis en avant mais dans une moindre mesure. Ces derniers éléments témoignent de l'importance de prendre du temps avec les parents et l'enfant, par la psychoéducation notamment, afin de les rendre pleinement acteurs.

Les difficultés principalement mises en avant sont l'accès aux soins, le manque de compliance et/ou de motivation chez l'enfant et sa famille et des collaborations difficiles entre les intervenants. En Wallonie, le diagnostic et la médication trop rapide sont également soulignés alors qu'en Flandre, on souligne davantage une stigmatisation et un manque de connaissance de la part de l'école.

Les besoins principaux exprimés, pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sur le territoire belge, sont d'abord un meilleur accès aux soins via notamment le remboursement des prises en charge psychosociales et davantage de spécialistes pour réduire les délais d'attente ainsi qu'une diminution du coût du matériel mais également une meilleure collaboration entre les intervenants via une éventuelle création d'une fonction de coordination.

D'autres besoins sont formulés dans une moindre mesure : des outils et aides pour les enseignants, des aides pour les parents notamment par la psychoéducation, une approche davantage pluridisciplinaire et une meilleure formation des praticiens pour le TDA/H.

- **Au niveau de la coordination**

En matière de coordination, pour les différentes régions, il est relevé un manque de temps et de

disponibilité des partenaires entraînant dès lors un manque de contact entre ceux-ci. Les besoins attendus sont donc liés à ces manquements. Plusieurs praticiens ont dès lors proposé la création d'un rôle de coordinateur des évaluations et prises en charge de l'enfant.

3. Bevraging CLB / Questionnaire PMS/PSE

3.1. Methode / Méthode

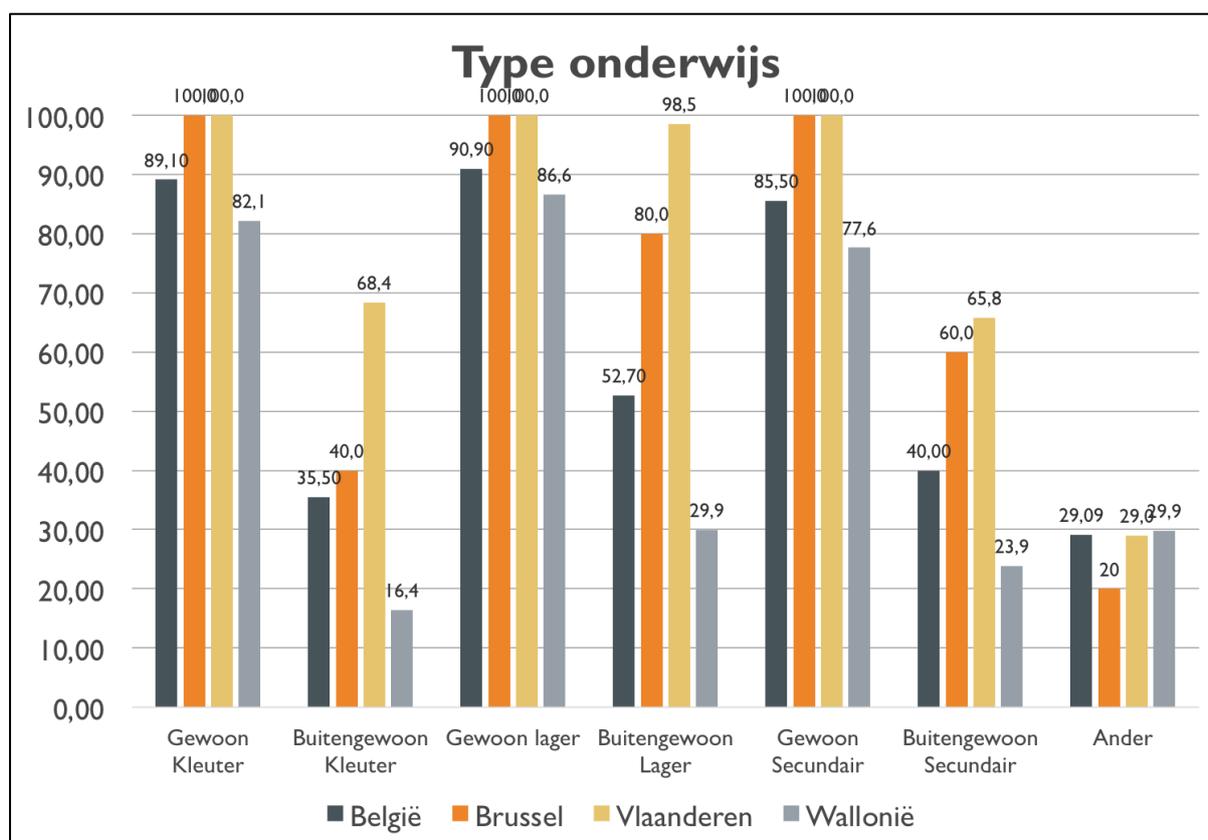
3.1.1. Participanten / Participants

Het totaal aantal respondenten bedraagt 110 CLB-PMS/PSE, waarvan 96,4% meldt in contact te komen met kinderen of jongeren met ADHD. 4% komt uit Brussel, 35% uit Vlaanderen, en 61% uit Wallonië.

De respondenten zijn als volgt over de verschillende provincies verdeeld: 10% uit Antwerpen, 4,5% uit Brussel, 16,4% uit Henegouwen, 6,4% uit Limburg, 29,1% uit Luik, 5,5% uit Luxemburg, 4,5% uit Namen, 7,3% uit Oost-Vlaanderen, 1% uit Vlaams-Brabant, 5,5% uit Waals-Brabant, 10% uit West-Vlaanderen.

Het type onderwijs waarover de CLB's verdeeld zijn, zijn Gewoon Kleuter onderwijs, Buitengewoon Kleuter onderwijs, Gewoon Lager onderwijs, Buitengewoon Lager onderwijs, Gewoon Secundair, Buitengewoon Secundair, en andere onderwijsvormen.

De respondenten komen vooral uit het gewoon onderwijs, minder uit het buitengewoon onderwijs. We zien vooral grote regionale verschillen tussen de respondenten uit het buitengewoon onderwijs, waarbij de respondenten van dit type onderwijs vooral door CLB's in Vlaanderen vertegenwoordigd zijn. Andere vormen van onderwijs zijn: hoger onderwijs, deeltijds onderwijs, avondonderwijs, methodescholen (CEFA), privéscholen en OKAN-onderwijs.



De betrokken medewerkers in België betreffen voornamelijk de psycho-pedagogisch consulenten (81,8%), gevolgd door de maatschappelijk werkers (66,4%), de paramedische werkers (51,8%), CLB-artsen (35,5%) en in mindere mate de intercultureel bemiddelaars (1,8%). In Vlaanderen zijn de

betrokken medewerkers in de eerste plaats de psycho-pedagogisch consulenten (97,4%), de maatschappelijk werkers (73,7%), de CLB-artsen (57,9%), en de paramedische werkers (39,5%). Voor Wallonië eveneens vooral de psycho-pedagogische consulenten (71,6%) en maatschappelijk werkers (61,2%), dan de paramedische werkers (56,7%) en de CLB-arts (25,4%).

In de meeste landdelen ligt de prevalentie tussen 5 en 15%: 60,5% in Vlaanderen, 42,7% in België, 40% in Brussel, en 32,8% in Wallonië. 56,7% in Wallonië meldt een prevalentie onder de 5%, tegenover 39,1% in België, en 13,2% in Vlaanderen. 60% in Brussel meldt een prevalentie tussen de 15 en 30%, tegenover 23,7% in Vlaanderen, 16,4% in België, en 9% in Wallonië. Er wordt minimaal melding gemaakt van een prevalentie tussen 30 en 50%: 2,6% in Vlaanderen, 1,8% in België en 1,5% in Wallonië. Er wordt geen melding gemaakt van een prevalentie boven 50%.

3.1.2. Vragenlijst / Questionnaire

Pour le questionnaire des PMS/PSE/CLB, le contenu global reste sensiblement identique à du questionnaire pour les médecins et les thérapeutes explicité au point 2.1.2. Au sein des différents groupes de questions le contenu peut varier afin de correspondre davantage à la réalité de terrain de ces infrastructures.

En premier lieu, il est essentiel de savoir si le répondant ou son service côtoie des enfants avec TDA/H. S'il répond par l'affirmative le questionnaire continue, sinon, il s'arrête là. Ensuite est demandé le cadre de travail, la province où l'on exerce, sa profession, le type d'écoles et le nombre d'écoles rattachées au PMS/PSE/CLB dans lequel exerce le répondant, la prévalence d'enfants TDA/H au sein de leur population et enfin la profession des membres de l'équipe. Une question concernant les données davantage administratives est quant à elle facultative (nom, prénom, adresse, email, téléphone...). Au sein des deux parties suivantes, il s'agit de savoir si oui ou non le répondant ou son service fait partie de la procédure diagnostique et de la procédure de prise en charge. Si ça n'est pas le cas, une question apparaît afin qu'il puisse indiquer vers qui le patient est alors réorienté. Par contre, si la personne répond par l'affirmative, une série de questions apparaît pour comprendre précisément tout le cheminement et fonctionnement de ces procédures. Pour finir, nous retrouvons les trois même questions ouvertes sur la pratique du professionnel : Les facteurs de succès, les difficultés et les besoins dans les procédures de diagnostic et de prise en charge. En tout dernier lieu, il s'agit de voir s'il existe une personne qui coordonne la prise en charge et les difficultés et besoins qui se rapportent à cette coordination.

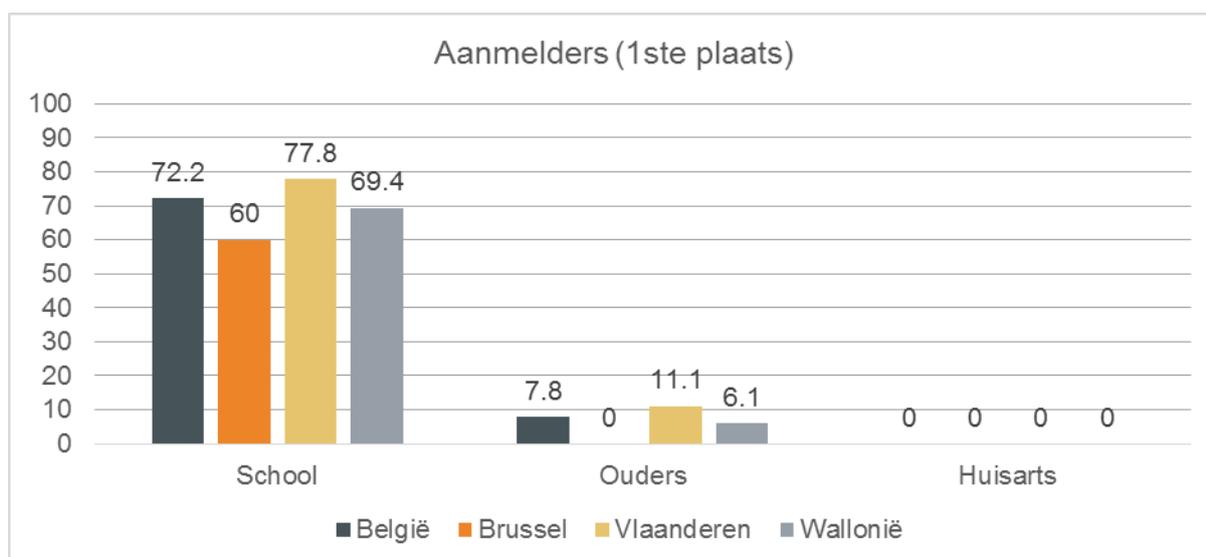
Notons la présence de différences entre les versions francophone et néerlandophone du questionnaire. Par exemple, les questions relatives aux examens complémentaires réalisés n'apparaissent pas dans la version francophone.

3.2 Resultaten bevraging CLB/ Résultats questionnaire PMS/PSE

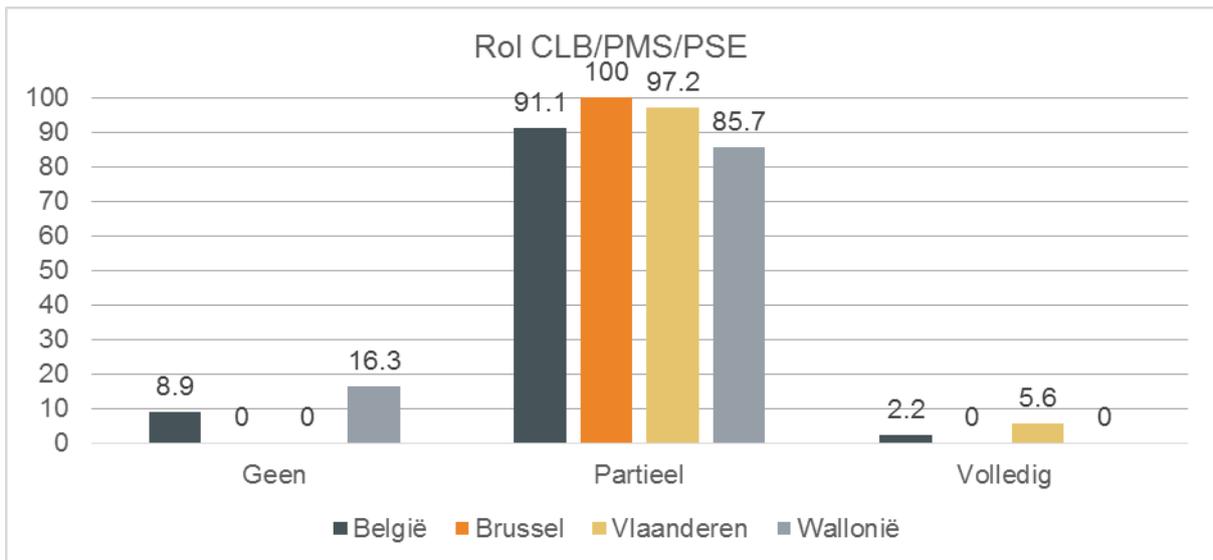
3.2.1 Diagnostiek / Diagnostic

3.2.1.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions

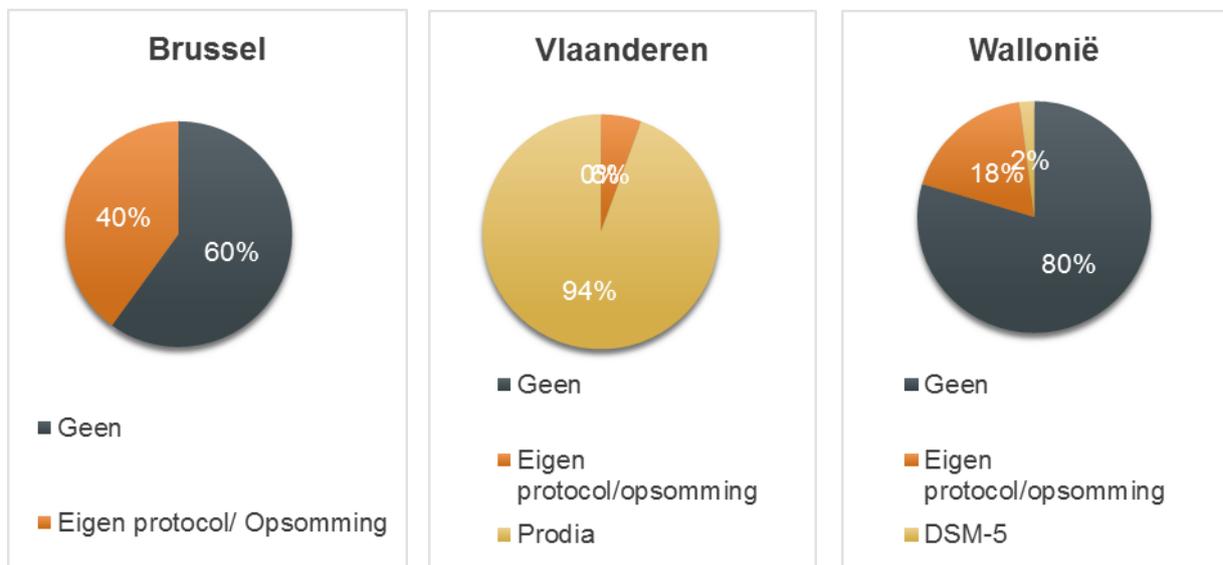
Van alle CLB's/PMS/PSE geeft 81.8% (Br. 100%, Vl. 94.7%, W. 73.1%) aan betrokken te zijn bij diagnostiek m.b.t. ADHD bij kinderen en jongeren. Leerlingen worden bij het CLB/PMS/PSE voornamelijk door de school aangemeld met vragen rond diagnostiek ADHD, (zie figuur 38). De overgrote meerderheid van de centra geven aan een partiële rol te spelen in het diagnostisch onderzoek bij ADHD (zie figuur 39). Daarbij geven alle CLB's in Vlaanderen aan hierbij richtlijnen te gebruiken. In Brussel geeft 40% aan richtlijnen te gebruiken en in Wallonië 20%. In Vlaanderen gaat het voornamelijk over de prodia-protocollen, terwijl in Brussel en Wallonië verwezen wordt naar eigen protocollen (zie figuur 40). Voor verdere diagnostiek verwijzen de centra in Vlaanderen in eerste instantie door naar een multidisciplinair team, terwijl in Brussel en Wallonië in eerste instantie verwezen wordt naar een neuropediater of neuropsycholoog. In Vlaanderen en Brussel maar niet in Wallonië geven de meerderheid van de centra bij doorverwijzing een verslag mee (B. 59%, Br. 75%, Vl. 94%, W. 31%). In alle landsdelen ontvangen de meerderheid van de centra (B. 68%, Br. 75%, Vl. 86%, W. 55%) een verslag na doorverwijzing.



Figuur 38. Overzicht personen/instanties die in de eerste plaats vragen m.b.t. ADHD aanmelden bij CLB/PMS/PSE



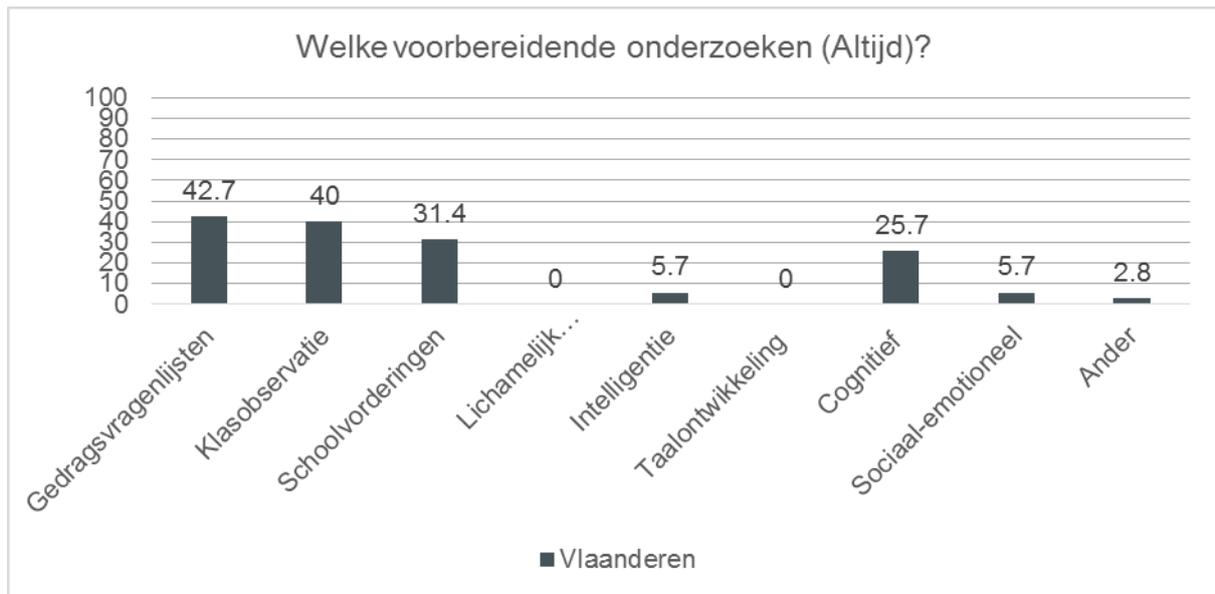
Figuur 39. Rol CLB/PMS/PSE bij diagnostiek ADHD



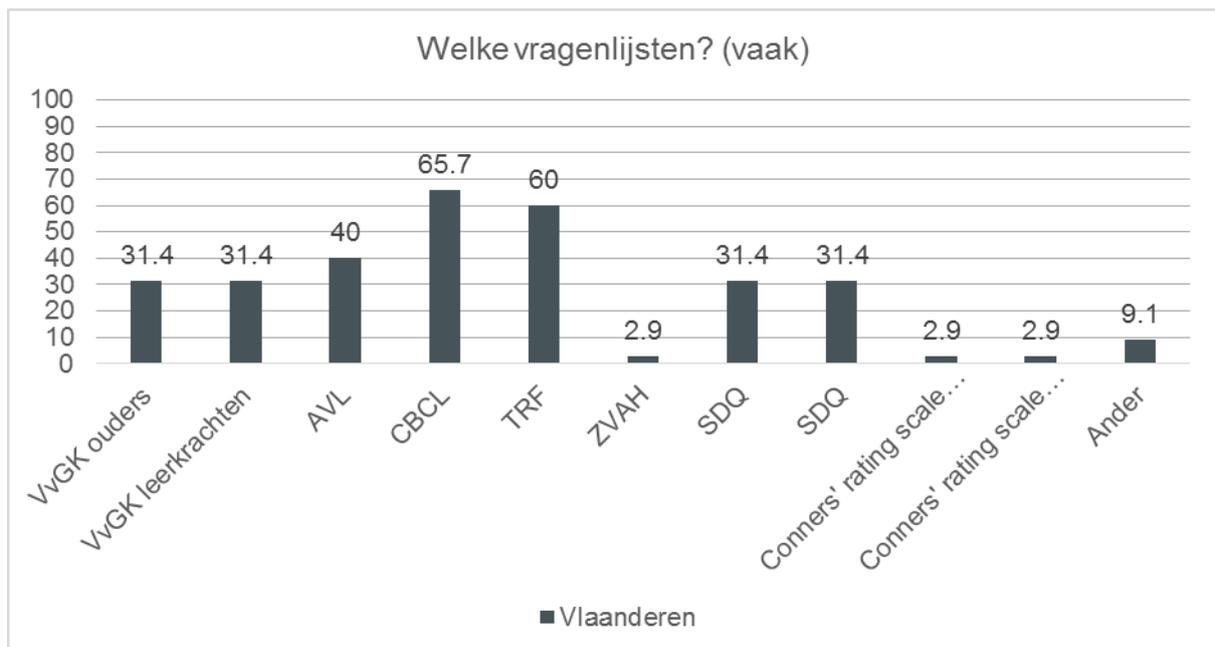
Figuur 40. Gebruik richtlijnen diagnostiek CLB/PMS/PSE per gewest.

Partiële diagnostiek CLB Vlaanderen

Het afnemen van gedragsvragenlijsten, het uitvoeren van een klasobservatie en het onderzoeken van de schoolse vorderingen zijn de meest voorkomende voorbereidende onderzoeken die het CLB uitvoert in kader van vraag rond ADHD (zie figuur 41). De meest gebruikte vragenlijsten hierbij zijn de CBCL en TRF (brede bandscreeningsvragenlijsten) en de AVL en de VvgK (zie figuur 42).



Figuur 41. Overzicht percentage CLB's die aangeven bepaalde onderzoeken altijd uit te voeren ter voorbereiding van doorverwijzing bij vraag diagnostiek ADHD.

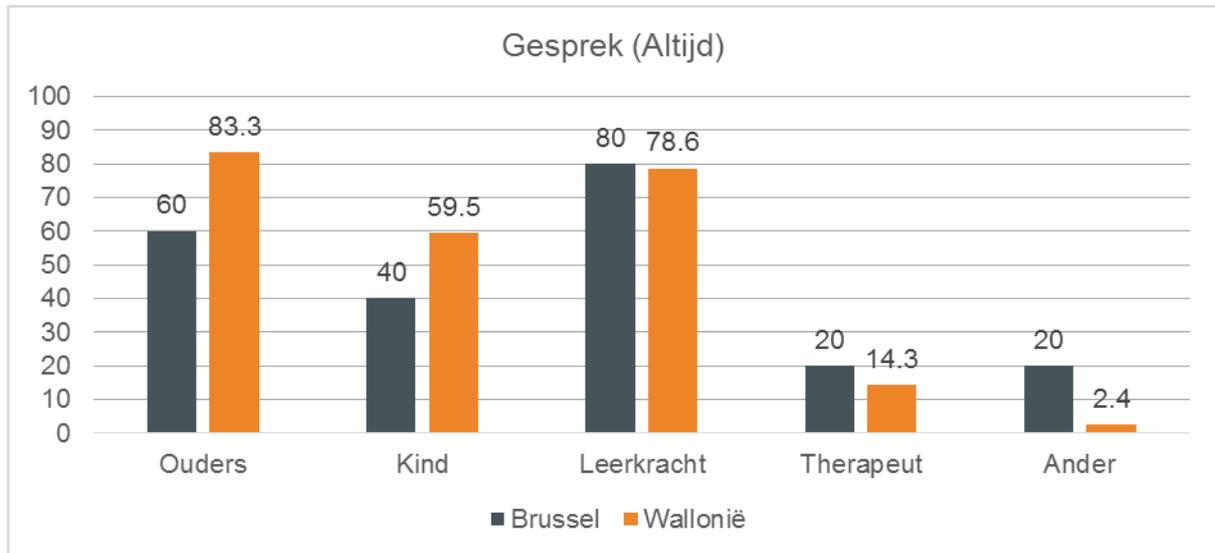


Figuur 42. Overzicht gebruik vragenlijsten in kader van voorbereidende onderzoeken.

Partiële diagnostiek Wallonië en Brussel

De meerderheid van de respondenten in Brussel en Wallonië geven aan altijd in gesprek te gaan met de ouders en de leerkrachten bij een vraag rond ADHD (zie figuur 43), waarbij een minderheid (Br. 40% en W. 29%) gebruik maakt van een hulpmiddel bij deze gesprekken. De voornaamste hulpmiddelen die gebruikt worden zijn de de DSM-V criteria en de CADDRA. In Brussel gebruiken 60% en in Wallonië 48% van de respondenten vragenlijsten bij een diagnostisch vraag rond ADHD, waarbij de meest gebruikte vragenlijst de Conners ratings scales zijn. De observatie van de ouder-kind relatie maakt bij de meerderheid (Br. 80%, W. 98%) ook deel uit van het partiële diagnostische onderzoek bij ADHD. De

meerderheid van de respondenten geeft ook aan altijd extra onderzoeken te doen (Br. 100%, W. 90%). Door een probleem met de vragenlijst is niet duidelijk welke extra onderzoeken precies uitgevoerd worden.



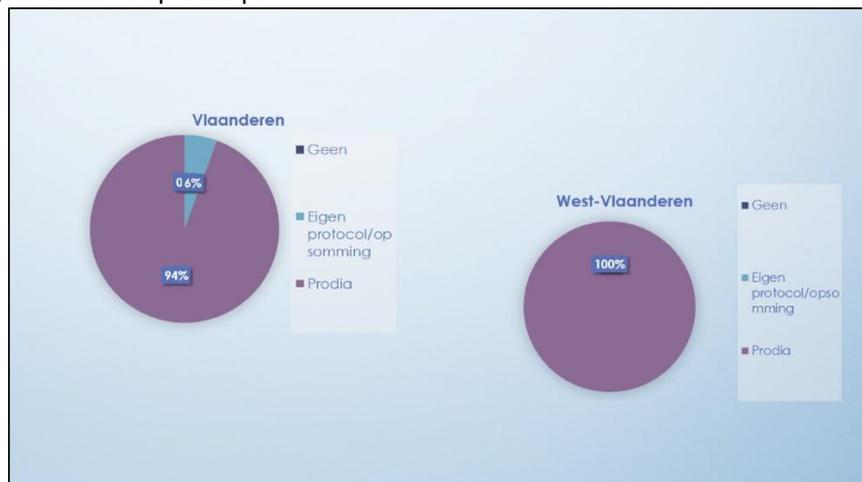
Figuur 43. Overzicht gesprekspartners PMS/PSE bij vraag rond diagnostiek ADHD

3.2.1.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

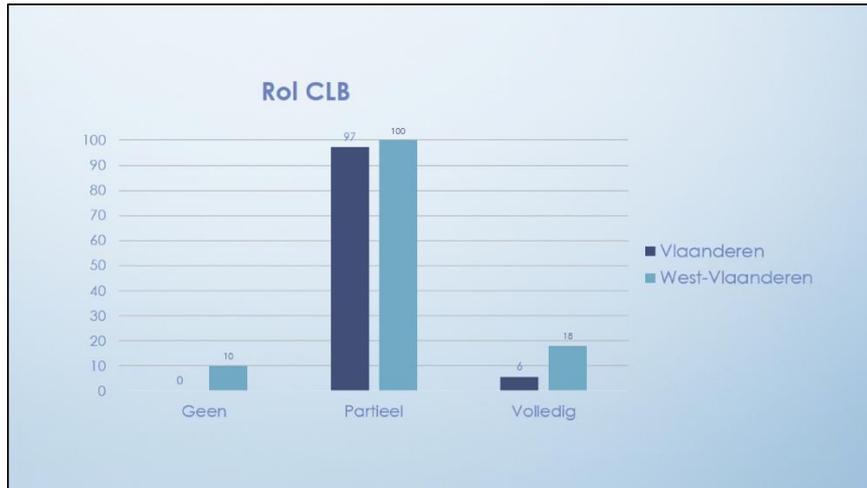
West-Vlaanderen (WINNG) (dit in vergelijking met Vlaanderen)

We wijzen erop dat, gezien de beperkte respons, het erg gevaarlijk is om grootse conclusies te trekken. Voorzichtig geven we volgende elementen weer die opvallen voor West-Vlaanderen.

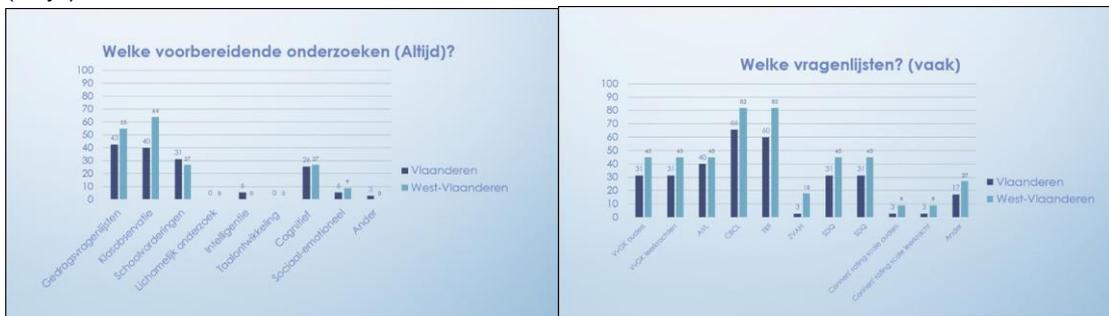
- ALLE CLB's gebruiken het prodia-protocol.



- Het CLB lijkt meer betrokken in West-Vlaanderen dan in andere delen van Vlaanderen.



- Net zoals bij de vragenlijst naar de hulpverleners, blijkt dat ook de CLB-centra méér vragenlijsten (altijd) afnemen.



- **Opvallend** is dat er in West-Vlaanderen meer verwezen wordt naar de medische disciplines. Ook hier weer kan een verklaring te vinden zijn voor ons hogere voorschrijfgedrag.



Limburg (LIGANT)

Slechts 4 CLB's vulden deze vragenlijst in. Dit is te weinig om algemene uitspraken over te doen.

Vlaams-Brabant (YUNECO)

Gezien het beperkte aantal respondenten in Vlaams-Brabant is het niet zinvol om uitspraken te doen op provinciaal niveau.

Antwerpen (PANGG)

Gezien het beperkte aantal respondenten in Antwerpen is het niet zinvol uitspraken te doen op provinciaal niveau.

Namur

Les données pour les CPMS de la province de Namur sont globalement comparables à celles récoltées sur l'ensemble de la Wallonie.

Brabant Wallon et Luxembourg

Etant donné le nombre peu élevé de réponses dans le Brabant Wallon et la province du Luxembourg, une analyse spécifique de ces provinces n'est pas valide.

Hainaut

Pour la province du Hainaut, il y a 15 répondants qui sont concernés par le TDA/H, avec une bonne représentation des services PSE (7 PSE et 8 PMS). La famille est fréquemment citée (en deuxième position, après l'école) pour prendre contact avec le centre PMS ou PSE. Le renvoi d'un élève vers un service clinique ou thérapeute est généralement accompagné d'un rapport, mais n'occasionne généralement pas d'échanges ultérieurs avec les services/thérapeutes.

Région Bruxelloise

Pour la Région Bruxelloise, seulement 8 centres PMS ont répondu au questionnaire. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés. On note que seulement 40% des répondant disent suivre une guideline. Celle-ci comporte une phase d'observation en classe, l'administration de questionnaire, la concertation avec l'enseignant, la rencontre des parents et l'orientation vers un neuropédiatre. Aucune guideline internationale n'est mentionnée. On note également une utilisation plus importante des questionnaires (essentiellement le questionnaire de Conners) en région Bruxelloise (60%) qu'en Wallonie (48%).

Liège

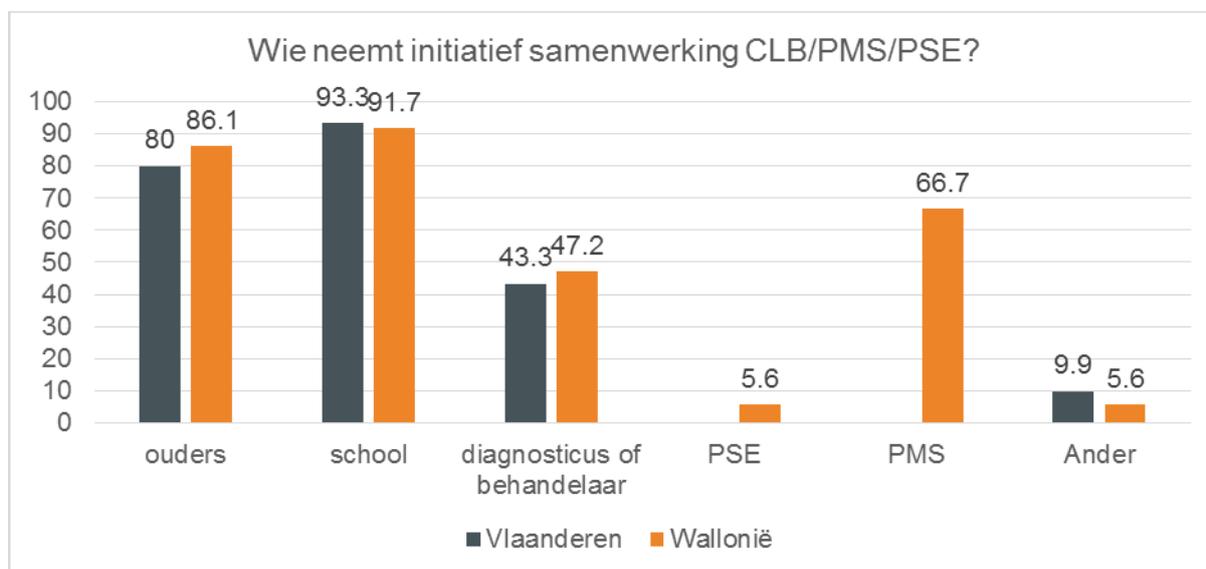
Pour la région de Liège, on note le plus haut taux de répondants pour les CPMS-PSE en comparaison de la Wallonie. La majorité des répondants soulignent toutefois que s'ils ne sont pas impliqués dans le diagnostic du TDA/H, ils sont concernés par la détection des signes cliniques et s'engagent dans la réalisation des évaluations préliminaires au diagnostic (questionnaire, observations, évaluations, etc.).

3.2.2 Behandeling - begeleiding / Prise en charge - orientation

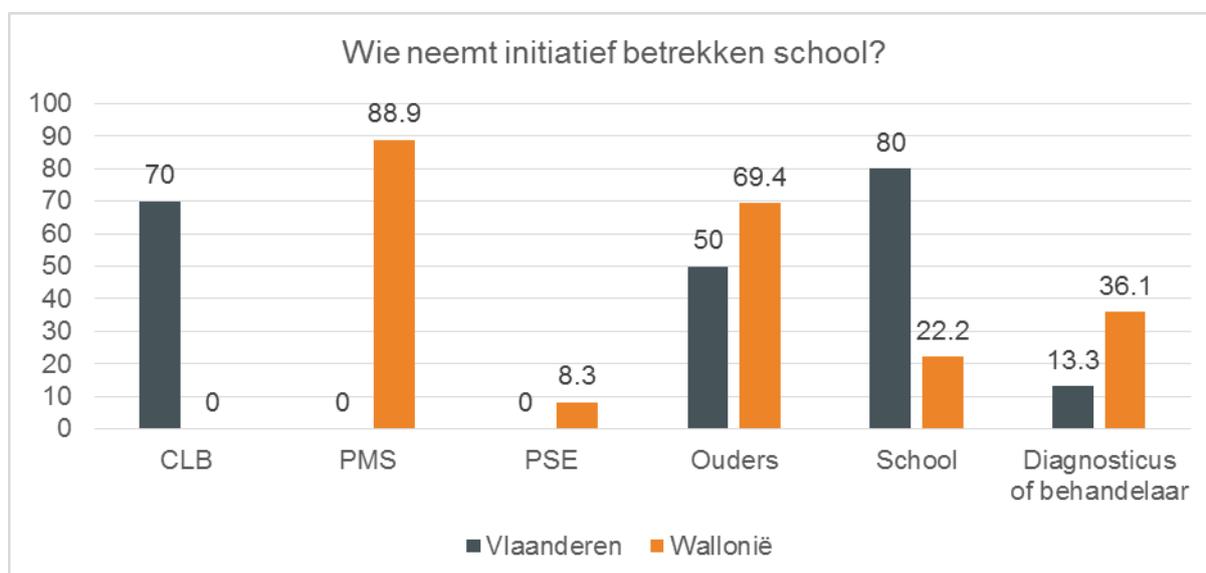
3.2.2.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions

De meerderheid van de centra (B. 69%, Br. 67%, Vl. 86%, W. 62%) geven aan begeleiding aan te bieden in kader van ADHD. Gezien het kleine aantal centra in Brussel worden de resultaten van Brussel hier niet meer apart besproken. Enkel in Vlaanderen gebruikt de meerderheid van de centra richtlijnen bij hun begeleidingen (Vl. 67% en W. 3%). Het is in de eerste plaats de school of de ouders die het initiatief nemen om samen te werken met het CLB/PMS/PSE in kader van de begeleiding rond ADHD (zie figuur 44). In Vlaanderen is het in eerste instantie de school zelf of het CLB die het initiatief neemt

om de school te betrekken bij de begeleiding. In Wallonië gebeurt dit eerder door het PMS of de ouders (zie figuur 45).



Figuur 44. Overzicht instantie of personen die doorgaans het initiatief nemen om het CLB/PMS/PSE te betrekken bij begeleiding rond ADHD

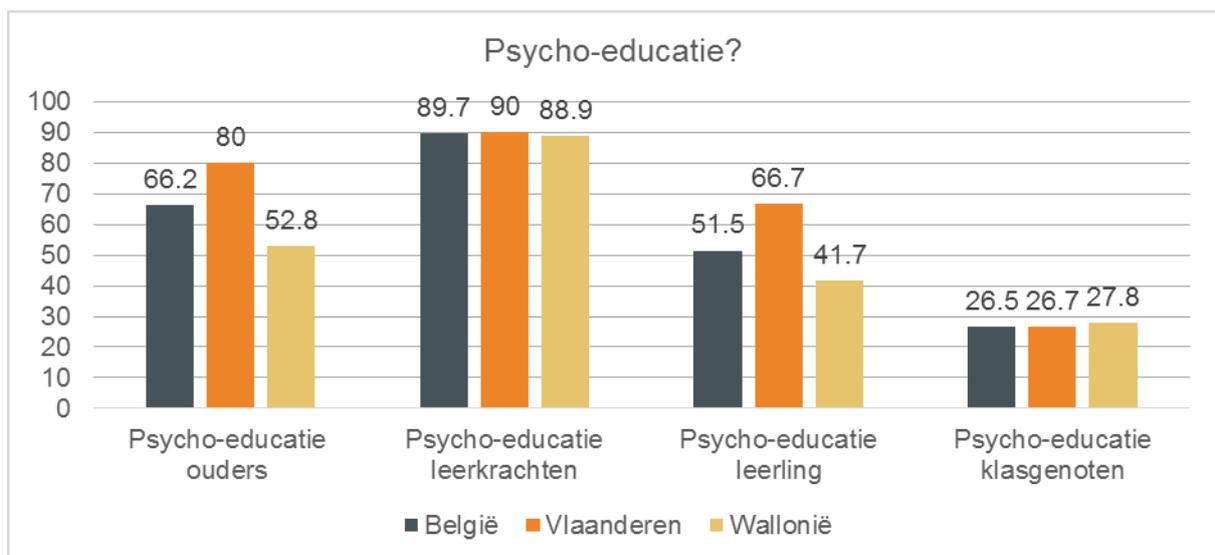


Figuur 45. Overzicht personen/instantie die doorgaans het initiatief nemen om de school te betrekken bij de begeleiding rond ADHD.

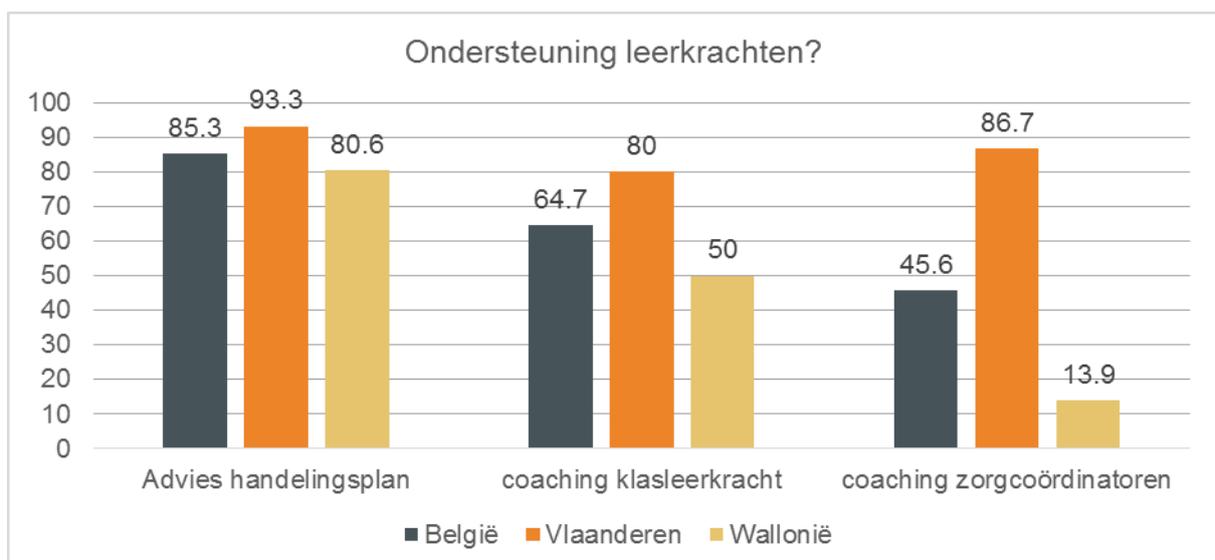
Onderdelen begeleiding

De meerderheid van de centra (B. 91%, VI. 100%, W. 86%) geeft aan de ouders soms of altijd te helpen bij het zorgtraject. In eerste instantie bieden centra psycho-educatie aan aan leerkrachten, gevolgd door ouders en de leerling, en in mindere mate aan de medeleerlingen (zie figuur 46). De ondersteuning die de centra aan leerkrachten biedt, bestaat in Vlaanderen in gelijke mate uit advies handelingsplan, coaching leerkracht en coaching zorgcoördinatoren. In Wallonië bestaat dit vooral uit advies handelingsplan en in mindere mate coaching leerkrachten (zie figuur 47). Centra verwijzen leerlingen

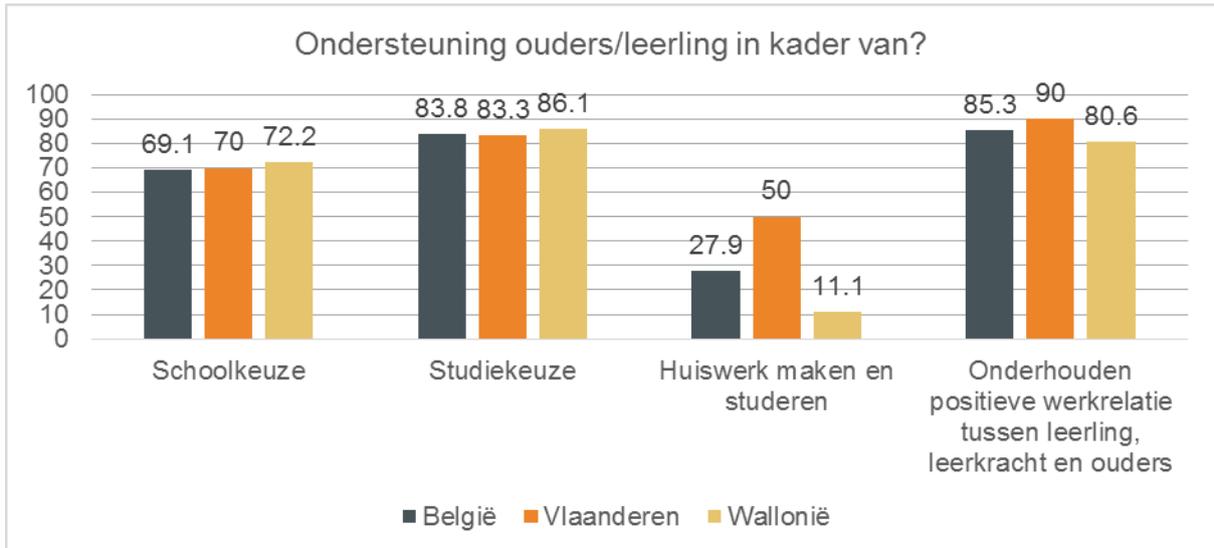
en hun ouders door in kader van extra ondersteuning kind (B. 77%, VI. 81%, W. 77%), extra ondersteuning ouders (B. 77%, VI. 81%, W. 74%) en medicatie (B. 67%, VI. 73%, W. 67%). Verder bieden de meeste centra ondersteuning aan ouders en leerlingen in het kader van schoolkeuze, studiekeuze, en het onderhouden van een positieve werkkrelatie tussen de leerling, leerkracht en ouders (zie figuur 48). De centra in België geven aan vooral zelf overleg aan te sturen in het kader van het evalueren en bijsturen van leer- en gedragsvorderingen en de Pass inclusion in Wallonië (zie figuur 49). Geen enkel centra geeft aan medicatie voor ADHD op te starten en een minderheid van de centra (B. 16%, VI. 23%, W. 11%) geeft aan de opvolging van de medicatie van ADHD op zich te nemen. In Vlaanderen geeft het grootste deel van de centra aan eerder niet akkoord te zijn met de stelling dat ze zelf voldoende de zorg rond ADHD op school kunnen aansturen. In Wallonie is het grootste deel van de centra eerder wel akkoord met de stelling dat ze voldoende de zorg rond ADHD kunnen aansturen (zie figuur 50).



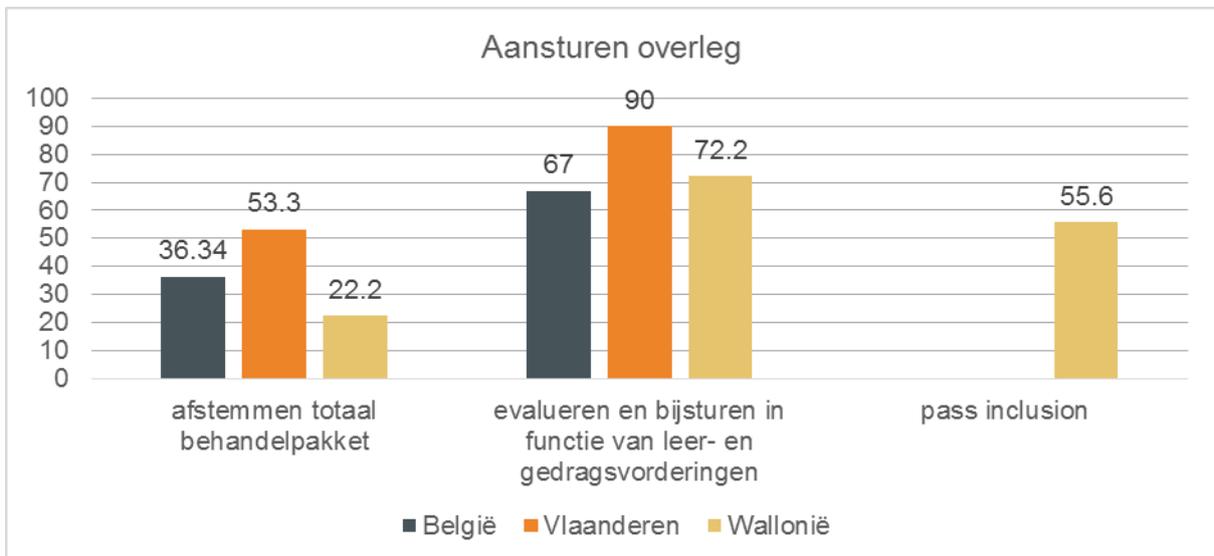
Figuur 46. Overzicht aan wie het CLB/PSM/PSE psycho-educatie m.b.t. ADHD aanbiedt.



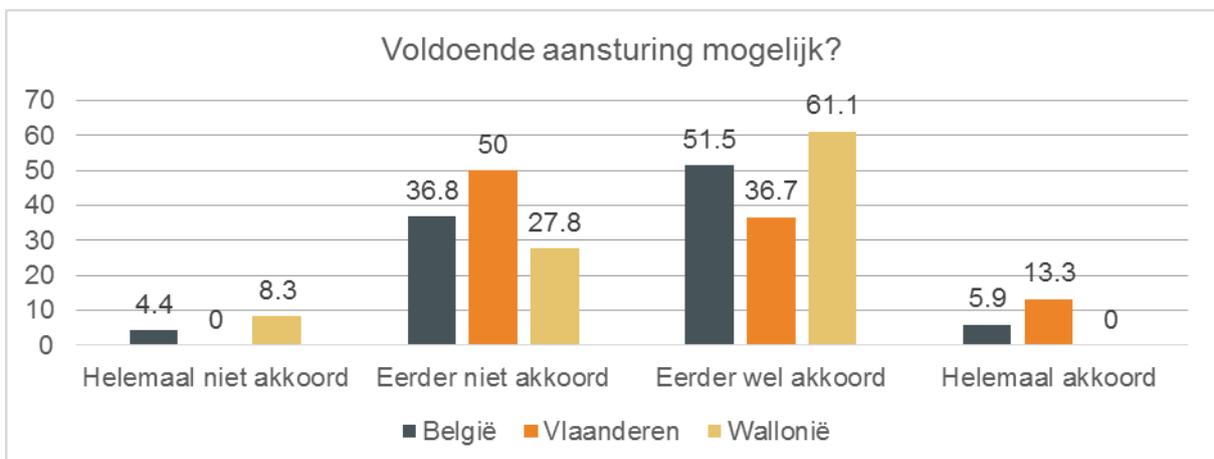
Figuur 47. Overzicht op welke domeinen de centra ondersteuning bieden aan leerkrachten



Figuur 48. Overzicht domeinen waarvoor centra ondersteuning aanbieden aan leerlingen en hun ouders.



Figuur 49. Overzicht in kader waarvan centra overleg aansturen.



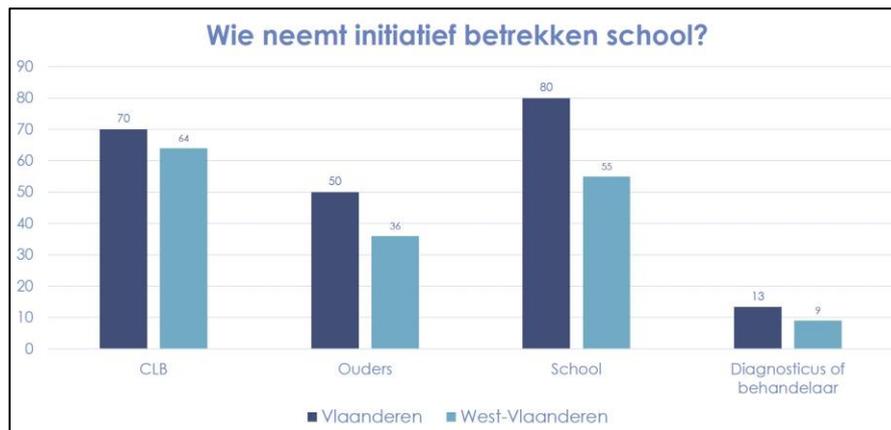
Figuur 50. Mate waarin centra gevoel hebben zelf de zorg rond ADHD aan te kunnen sturen.

3.2.2.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

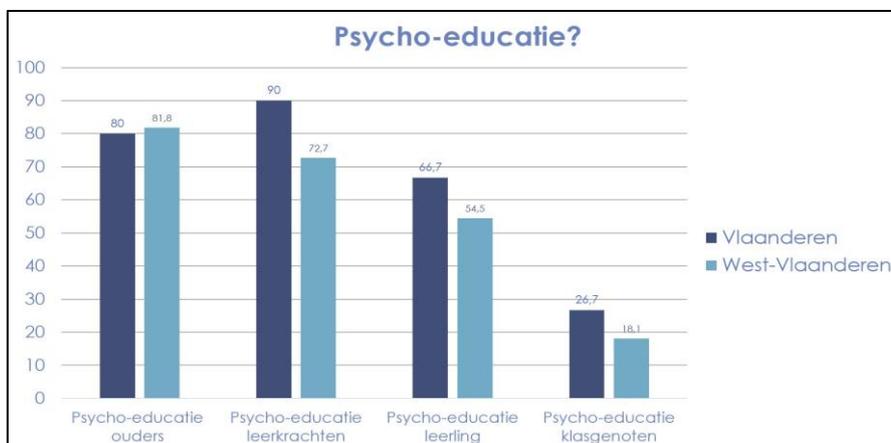
West-Vlaanderen (WINNG) (dit in vergelijking met Vlaanderen)

We wijzen er opnieuw dat, gezien de beperkte respons, het erg gevaarlijk is om grootse conclusies te trekken. Voorzichtig geven we volgende elementen weer die opvallen voor West-Vlaanderen.

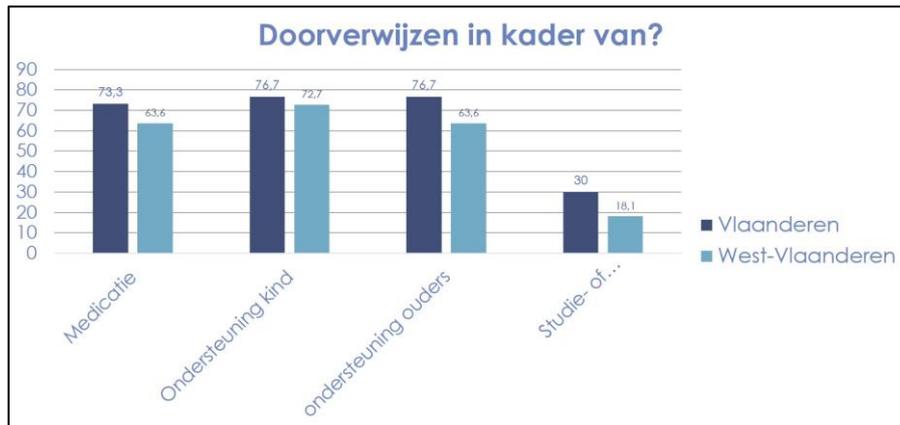
- Om samen te werken met de school komt de vraag veel minder vanuit de school zelf in West-Vlaanderen maar eerder op vraag van het CLB zelf.



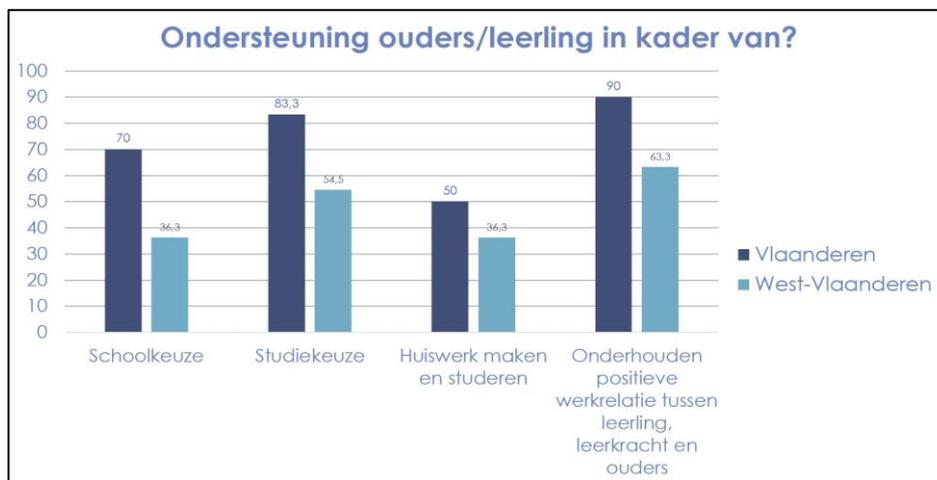
- De West-Vlaamse CLB's zetten verhoudingsgewijs minder in op psycho-educatie, zeker mbt leerkrachten, leerlingen en klasgenoten. Dit is een op te nemen punt.



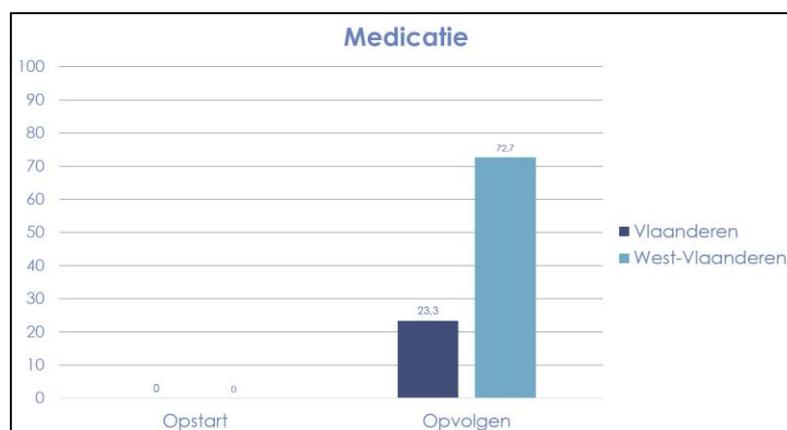
- Er wordt opvallend minder verwezen voor studie-en/of huiswerkbegeleiding in West-Vlaanderen. We merken dat het aanbod op dit vlak ook beperkt is (beperkt gekend is).



- In vergelijking tot Vlaanderen wordt er in het CLB van West-Vlaanderen minder ingezet op ondersteuning van ouders en leerlingen.



- Opmerkelijk is dat de CLB-arts in West-Vlaanderen veel meer instaat voor de opvolging van de medicatie? Bijkomend onderzoek hier rond lijkt ons zinvol.



Limburg (LIGANT)

Slechts 4 CLB's vulden deze vragenlijst in. Dit is te weinig om algemene uitspraken over te doen.

Vlaams-Brabant (YUNECO)

Gezien het beperkte aantal respondenten in Vlaams-Brabant is het niet zinvol om uitspraken te doen op provinciaal niveau.

Brabant Wallon et Luxembourg

Etant donné le nombre peu élevé de réponses dans le Brabant Wallon et la province du Luxembourg, une analyse spécifique de ces provinces n'est pas valide.

Namur

Les données pour les CPMS de la province de Namur sont globalement comparables à celles récoltées sur l'ensemble de la Wallonie

Région Bruxelloise

Les principales difficultés mentionnées par les centre PMS (N =2) sont les difficultés d'aménagement du cadre scolaire et le refus des parents par rapport à la médication. Le nombre important d'enfants en difficultés d'apprentissage au sein d'une même classe est également souligné. Celui-ci entravant fortement la mise en place d'aménagements scolaires.

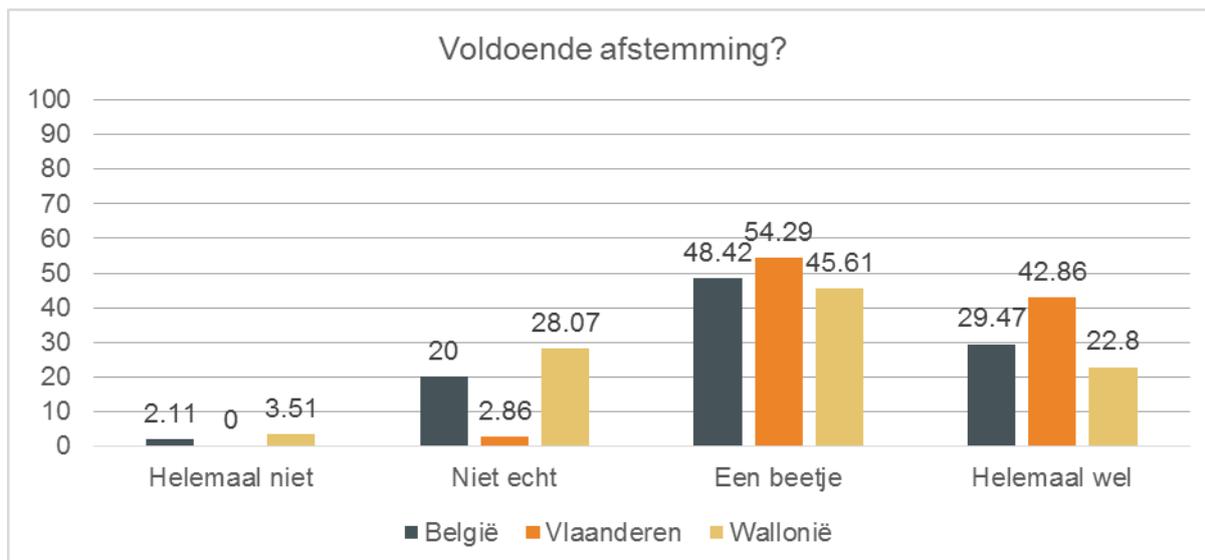
Liège et Hainaut

A l'instar des autres provinces francophones, les CPMS ne sont pas concernés par le suivi de la médication mais sont, en revanche, impliqués dans l'accompagnement (notamment scolaire) des élèves avec TDA/H.

3.2.3 Netwerk / réseau

3.2.3.1. Resultaten België – regio's / Résultats Belgique - régions

De grote meerderheid van de centra geven aan de partners m.b.t. ADHD een beetje (B. 50%, VI. 57%, W. 44%) tot helemaal wel (B. 28%, VI. 31%, W. 28%) te kennen. De meerderheid van de centra gaan een beetje (B. 55%, VI. 69%, W. 48%) tot helemaal akkoord (B. 14%, VI. 14%, W. 14%) met de stelling dat ze voldoende info krijgen van deze partners, net als ze hun eigen werking afstemmen op die van de partners (zie figuur 51). Slechts een beperkt aantal centra (B. 5%, VI. 3%, W. 7%) informeert de huisarts systematisch bij de begeleiding die het CLB en de school aanbieden aan hun leerlingen met ADHD. In Vlaanderen informeert 46% systematisch de niet-medische zorgpartners, terwijl in Wallonië 63% systematisch de andere zorgpartners informeert.

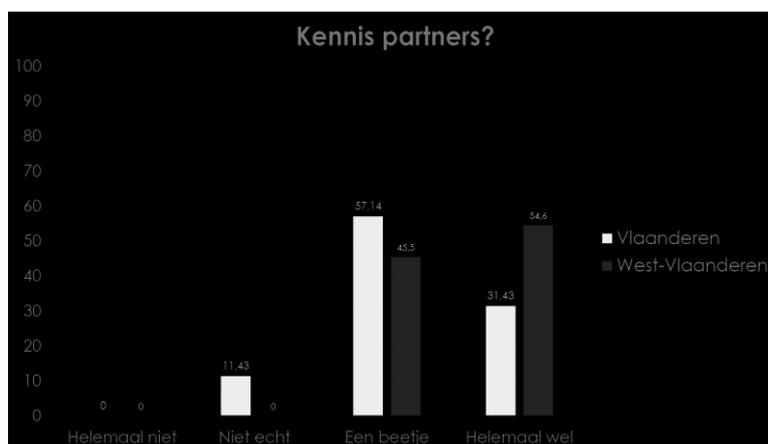


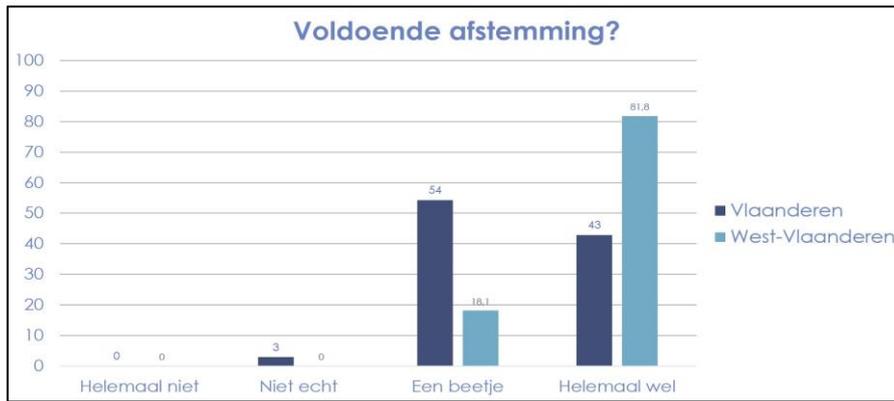
Figuur 51. Overzicht van de mate waarin de centra vinden hun werking voldoende af te stemmen op de werking van de partners.

3.2.3.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

West-Vlaanderen (WINNG) (dit in vergelijking met Vlaanderen)

- Meer dan in de andere Vlaamse provincies geven de CLB-medewerkers van West-Vlaanderen aan de netwerkpartners erg goed te kennen. Wellicht heeft dit opnieuw te maken met het reeds uitgebouwde zorgnet in Vlaanderen rond deze problematiek.
- Parallel hiermee geven ze aan dat er ook voldoende afstemming bestaat tussen deze partners onderling.





Limburg (LIGANT)

Slechts 4 CLB's vulden deze vragenlijst in. Dit is te weinig om algemene uitspraken over te doen.

Vlaams-Brabant (YUNECO)

Gezien het beperkte aantal respondenten in Vlaams-Brabant is het niet zinvol om uitspraken te doen op provinciaal niveau.

Namur / Hainaut

La connaissance du réseau et la diffusion des informations des CPMS namurois et hainuyers ne divergent pas de manière significative des CPMS en Région Wallonne.

Liège

Les résultats sont tout à fait similaires à ceux observés pour la Wallonie. Notons toutefois qu'il apparaît que les CPMS liégeois informent de façon plus systématique le médecin généraliste ainsi que les autres partenaires de soin.

Brabant Wallon, Luxembourg, Région Bruxelloise

Etant donné le nombre peu élevé de réponses dans le Brabant Wallon, dans la province du Luxembourg et dans la Région Bruxelloise une analyse spécifique de ces provinces/région n'est pas valide.

- En Wallonie

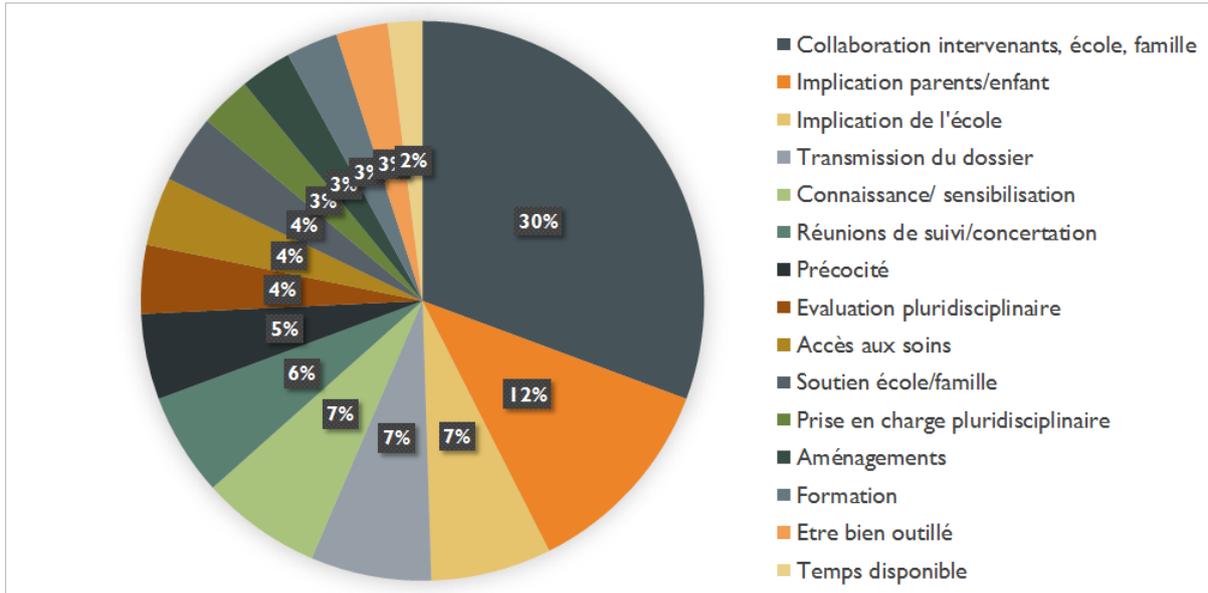


Figure 53. Facteurs de succès (PMS/PSE) en Wallonie.

En Wallonie, le facteur de succès le plus fréquemment évoqué par les PMS/PSE est :

- La collaboration entre les intervenants, l'école et la famille via une bonne communication et des échanges.

Les facteurs de succès suivants sont un peu moins fréquemment évoqués par les PMS/PSE :

- L'implication des parents et de l'enfant : motivation compréhension et conscience du trouble, et donc l'importance de l'accompagnement de l'enfant et de la famille, du soutien à la parentalité.
- L'implication de l'école et le soutien des enseignants :
- La transmission du dossier et des informations ;
- Les connaissances du trouble et donc l'importance de la sensibilisation ;
- L'organisation de réunions de suivi et de concertation.

- Région Bruxelloise

Pour la région Bruxelloise, seulement 2 centres PMS ont répondu à la question relative aux facteurs de succès. Ils mentionnent tous les deux l'importance de l'implication des parents et de l'enfant. Un des deux mentionne également l'implication de l'école (créativité de l'enseignant) et l'autre mentionne l'accès aux soins (non saturation du réseau).

Les **difficultés** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillées ci-dessous.

- En Flandre

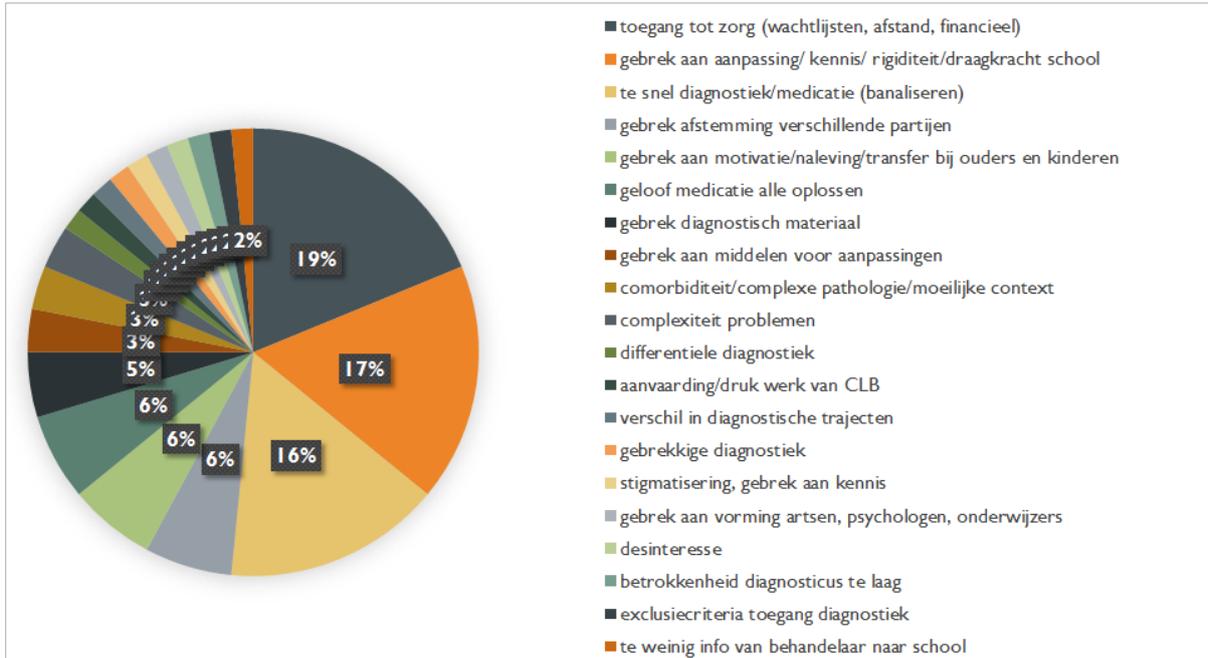


Figure 54. Difficultés (CLB) en Flandre.

En Flandre, les difficultés principalement rapportées par les CLB sont :

- L'accès aux soins ;
- Rigidité, manque de connaissances et d'adaptation, de l'école ;
- Diagnostic et médication trop rapide (banalisation).

Les difficultés suivantes sont moins fréquemment rapportées :

- Manque de coordination des intervenants ;
- Manque de motivation, compréhension, compliance des parents et de l'enfant ;
- Croyance que la médication va tout solutionner ;
- Manque de matériel de diagnostic.

- En Wallonie

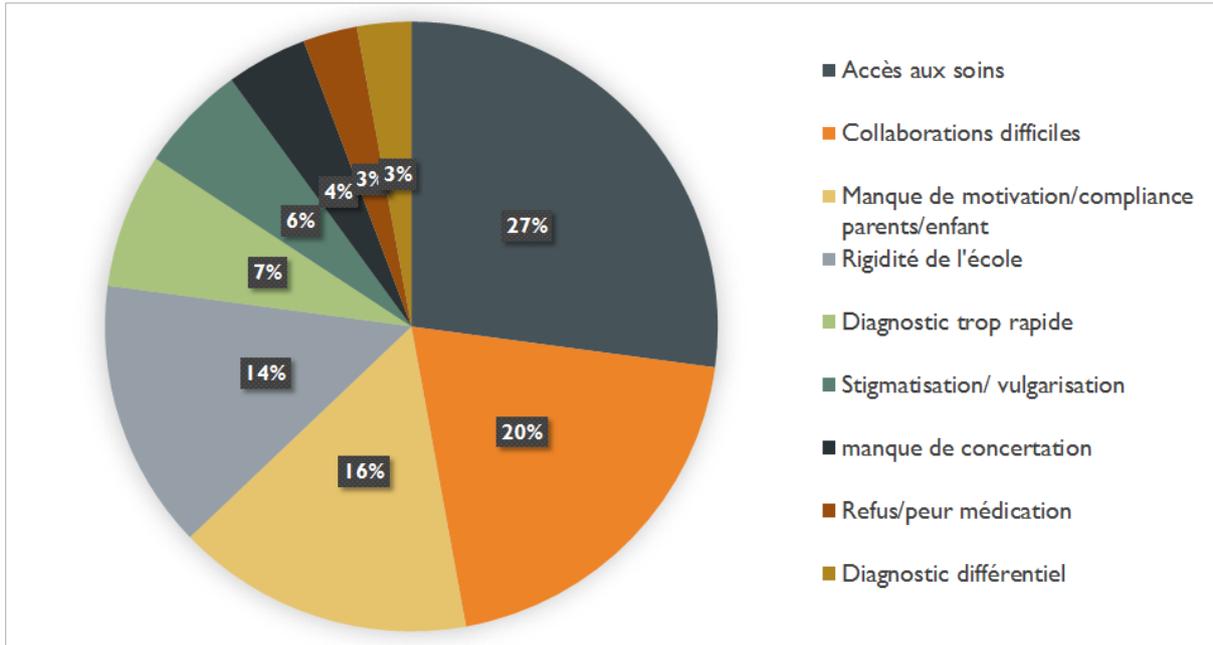


Figure 55. Difficultés (PMS/PSE) en Wallonie.

En Wallonie, les difficultés les plus fréquemment évoquées par les PMS/PSE sont :

- L'accès aux soins : délai, non remboursement de certaines prises en charge, distance.
- La difficulté des collaborations entre intervenants : communication difficile avec les spécialistes (disponibilité, compréhension des rapports).
- Le manque de motivation ou de compliance des parents ou de l'enfant ;
- La rigidité de l'école : manque d'adaptation et de connaissances.

- Région Bruxelloise

Pour la région Bruxelloise, seulement deux centre PMS ont répondu à la questions des difficultés par rapport à l'évaluation et à la prise en charge du TDA/H. Ils mentionnent : le manque de motivation/compliance parents/enfant, la difficulté d'accès aux soins (notamment les prises en charge non médicamenteuses) et la précarisation des familles.

Les **besoins** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillés ci-dessous.

- En Flandre

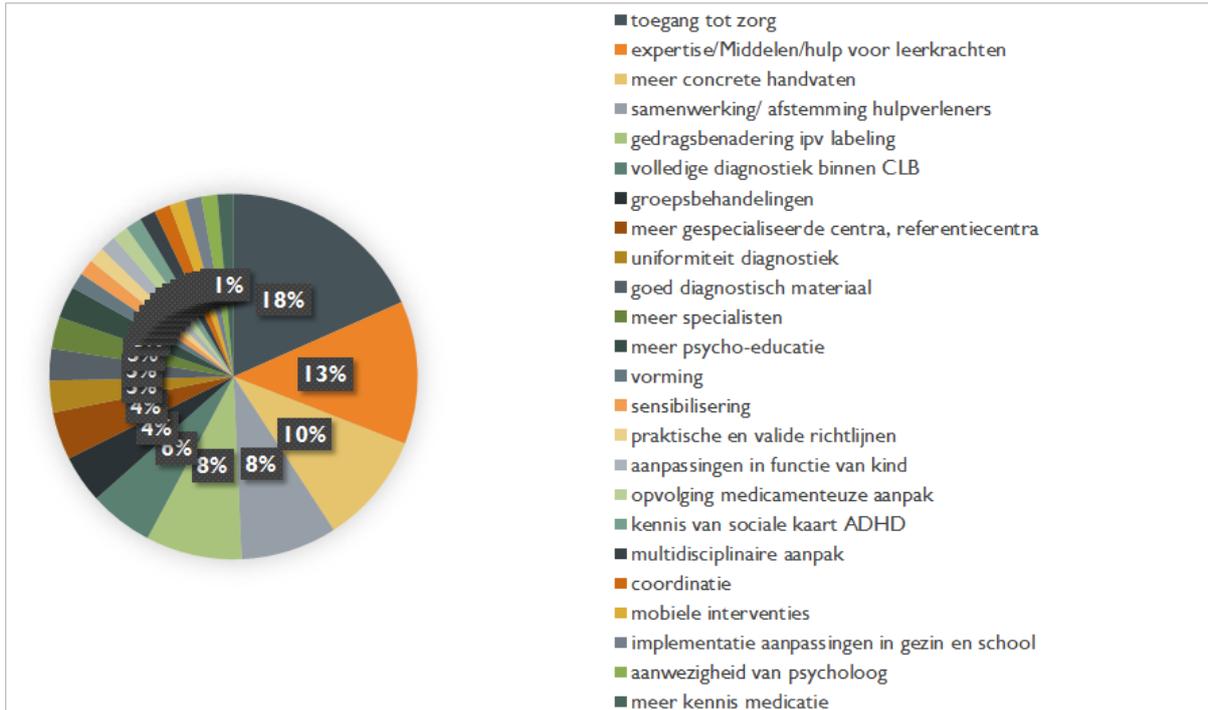


Figure 56. Besoins (CLB) en Flandre.

En Flandre, les besoins principalement rapportés par les CLB sont :

- L'accès aux soins ;
- De l'aide et des outils pour les enseignants ;
- Plus d'outils concrets ;
- Collaboration et coordination entre les intervenants ;
- Approche comportementale ;
- Diagnostic complet dans le CLB.

- En Wallonie

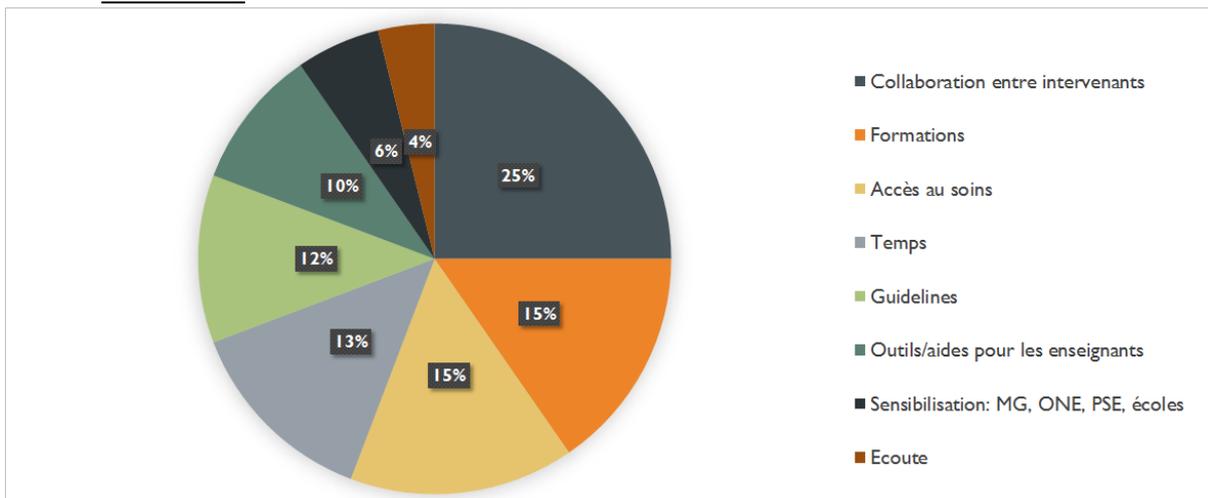


Figure 57. Besoins (PMS/PSE) en Wallonie.

En Wallonie, les besoins les plus fréquemment évoqués par les PMS/PSE sont :

- La collaboration entre intervenants avec des possibilités de concertation et un transfert des informations.
- La formation.

- L'accès aux soins : diminution des délais (spécialistes), meilleurs remboursements, davantage de structures.
- Du temps.
- Des guidelines pratiques pour guider le diagnostic et la prise en charge.
- Des outils et un accompagnement pour les enseignants.

- Région Bruxelloise

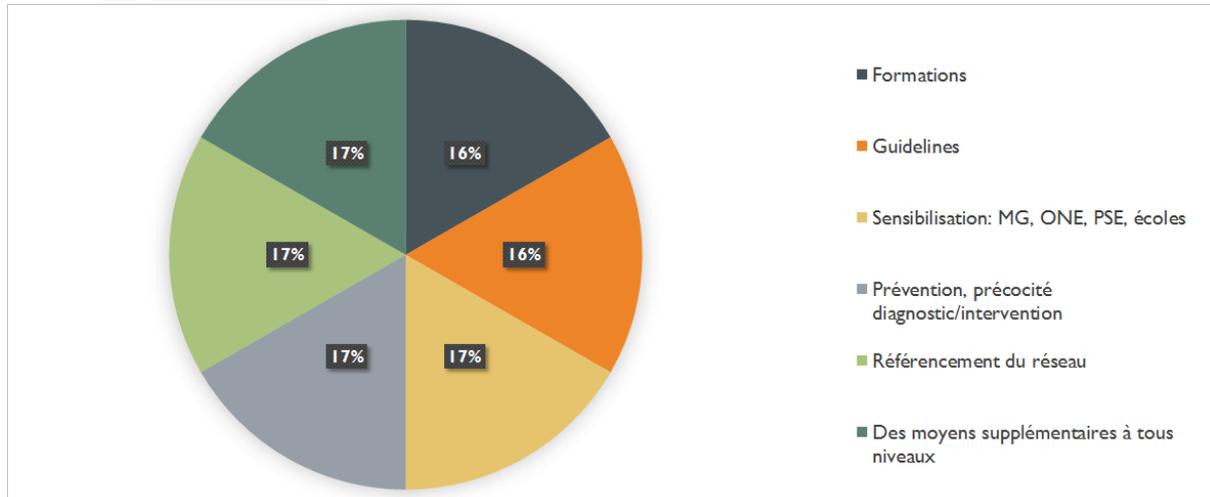


Figure 58. Besoins (PMS/PSE) en Région Bruxelloise.

Pour la Région Bruxelloise, un seul centre a répondu et mentionne des besoins à tous les niveaux.

Les **difficultés en matière de coordination** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillées ci-dessous.

- En Flandre

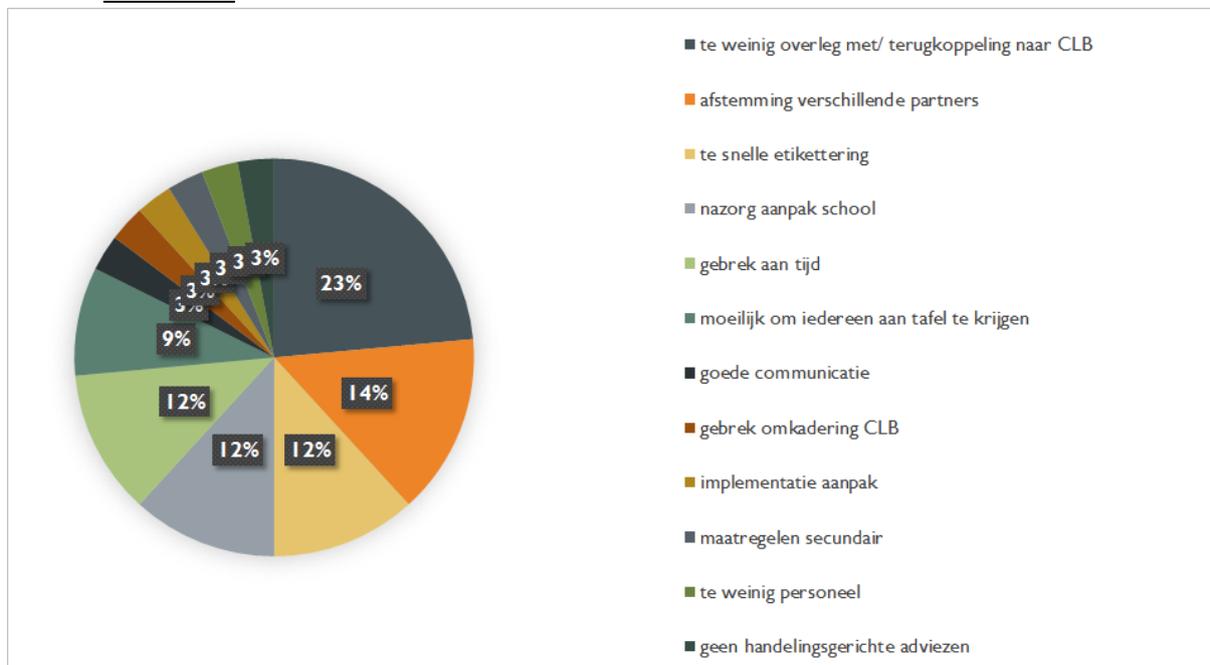


Figure 59. Difficultés en matière de coordination (CLB) en Flandre.

En Flandre, les difficultés de coordination principalement rapportées sont :

- Trop peu de consultations/ de feedback au CLB ;

- Coordination des différents partenaires ;
- Étiquetage trop rapide ;
- Suivi des démarches à l'école ;
- Manque de temps ;
- Difficile de réunir tout le monde autour de la table.

- En Wallonie

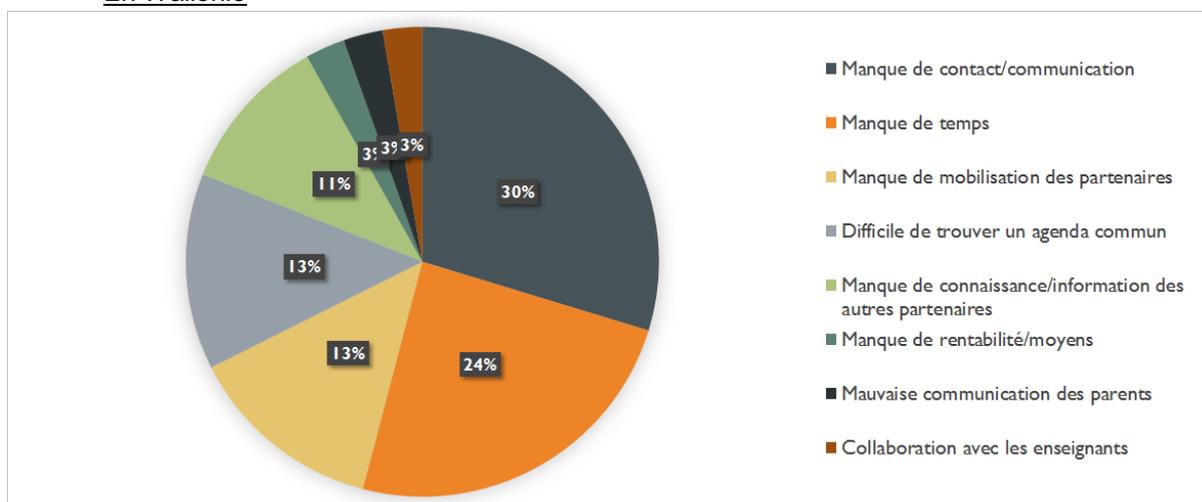


Figure 60. Difficultés en matière de coordination (PMS/PSE) en Wallonie.

En Wallonie, les difficultés en matière de coordination les plus fréquemment évoquées par les PMS/PSE sont :

- Le manque de communication et de coordination : la multiplicité des intervenants rend difficile de trouver un planning commun.
- Le manque de temps.
- Le manque de mobilisation des partenaires.
- La difficulté de trouver un agenda commun.
- Le manque de connaissance des autres partenaires.

- Région Bruxelloise

Seul le manque de temps est rapporté par un participant.

Les **besoins en matière de coordination** pour le diagnostic et la prise en charge du TDA/H sont détaillés ci-dessous.

- En Flandre

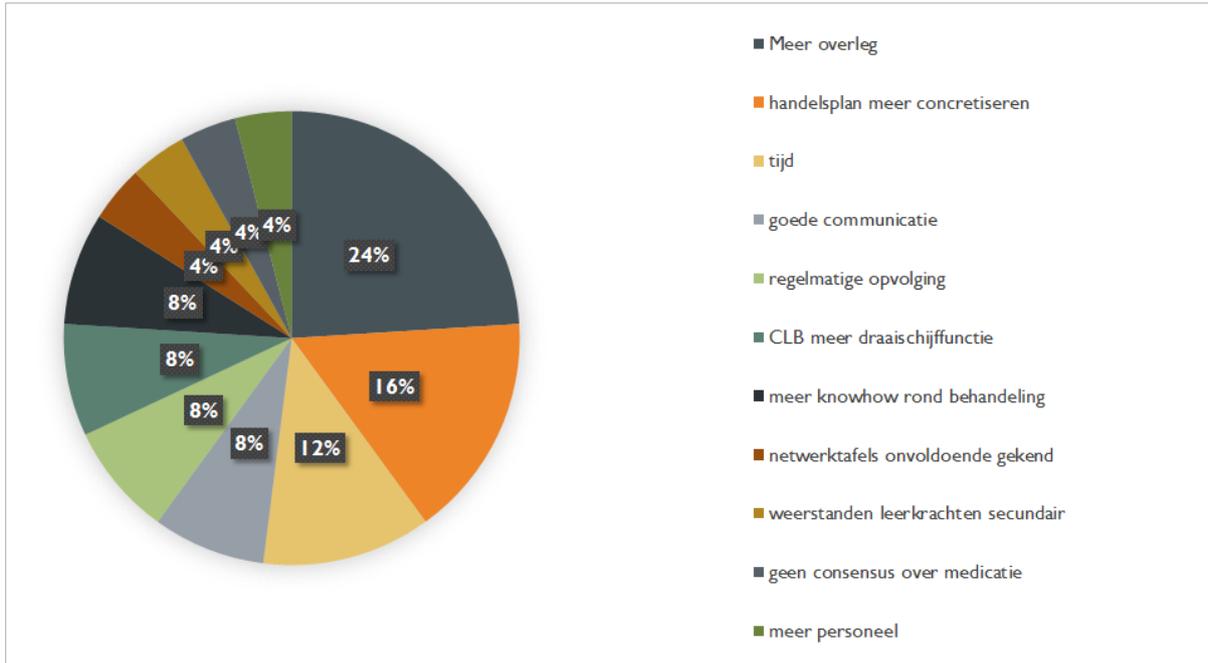


Figure 61. Besoins en matière de coordination (CLB) en Flandre.

En Flandre, les besoins de coordination principalement rapportés par les CLB sont :

- Plus de concertation ;
- Plan de traitement plus concret ;
- Temps ;
- Bonne communication ;
- Contrôle régulier ;
- CLB plus flexible ;
- Meilleure connaissance des prises en charge.

- En Wallonie

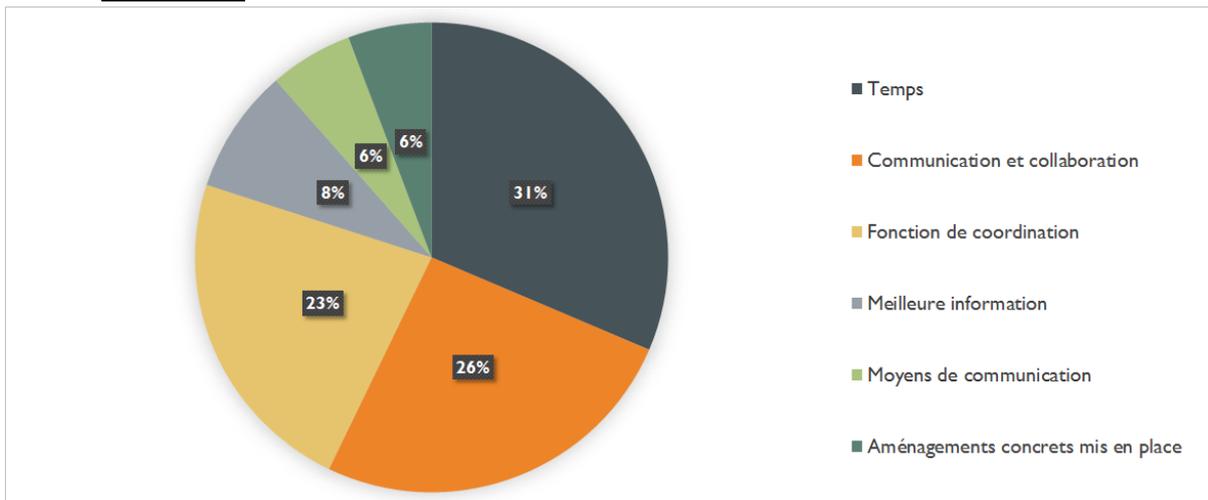


Figure 62. Besoins en matière de coordination (PMS/PSE) en Wallonie.

En wallonie, les besoins en matière de coordination principalement évoqués par les PMS/PSE sont :

- Du temps dégagé pour la fonction de coordination ;
- Une meilleure communication entre partenaires avec des réunions plus régulières ;
- La création d'une fonction de coordination.

- A Bruxelles

Seul un participant mentionne du temps dégagé pour la fonction de coordination.

Les **difficultés rencontrées avec les écoles** sont détaillées ci-dessous.

- En Flandre

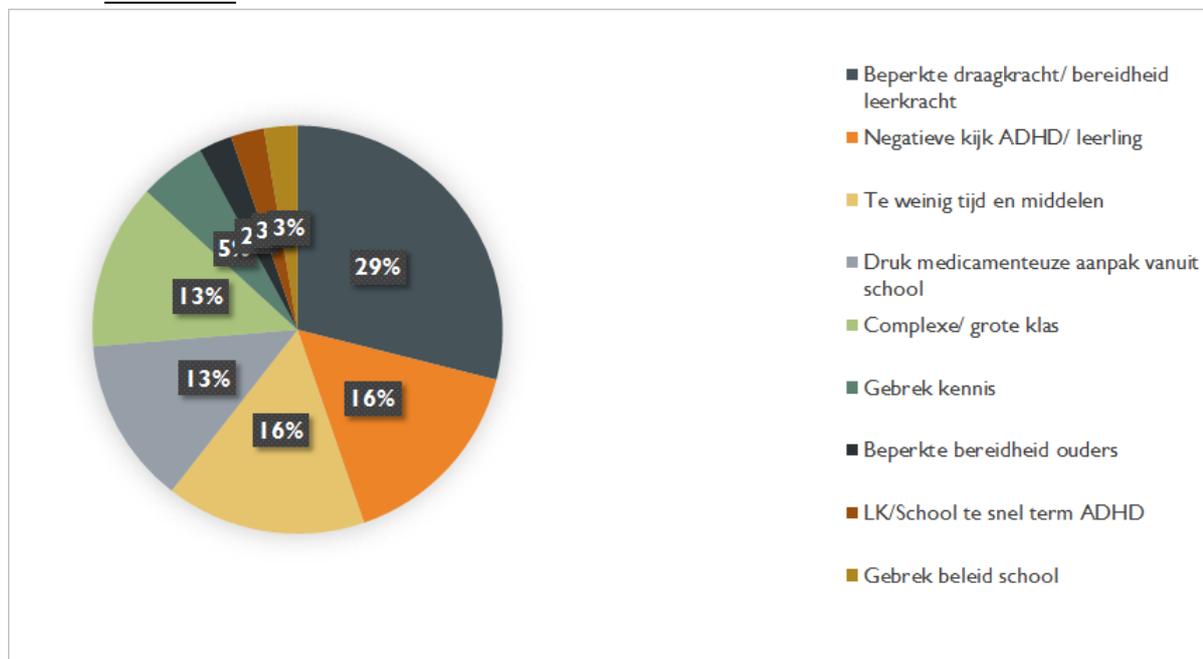


Figure 63. Difficultés rencontrées dans les écoles en Flandre.

En Flandre, les difficultés principalement rapportées sont :

- Disponibilité et motivation des enseignants ;
- Vision négative du TDA/H, de l'élève ;
- Trop peu de temps et de moyens ;
- Pression à la médicalisation par l'école ;
- Classes grandes, complexes.

- En Wallonie:

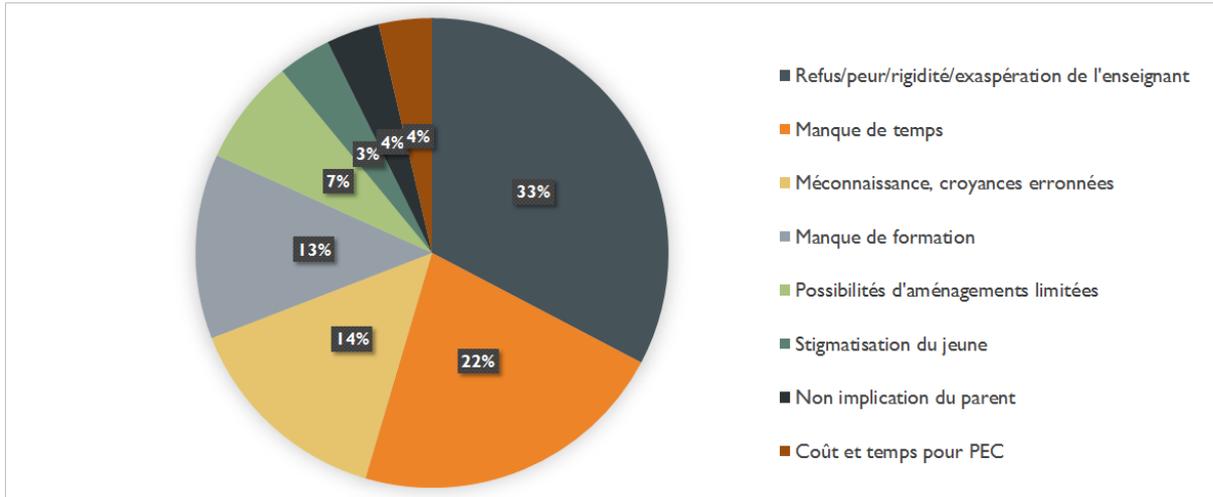


Figure 64. Difficultés rencontrées dans les écoles en Wallonie.

En Wallonie, les principales difficultés avec les écoles évoquées par les PMS/PSE sont :

- La rigidité, la peur et l'exaspération des enseignants, associés au manque de reconnaissance et de valorisation de l'enseignant ;
- Le manque de temps pour encadrer les enseignants ;
- Les croyances erronées sur le trouble ;
- Le manque de formation et d'outils pour la mise en place d'aménagements en classe (ex : valise TDA/H).

- Région Bruxelloise

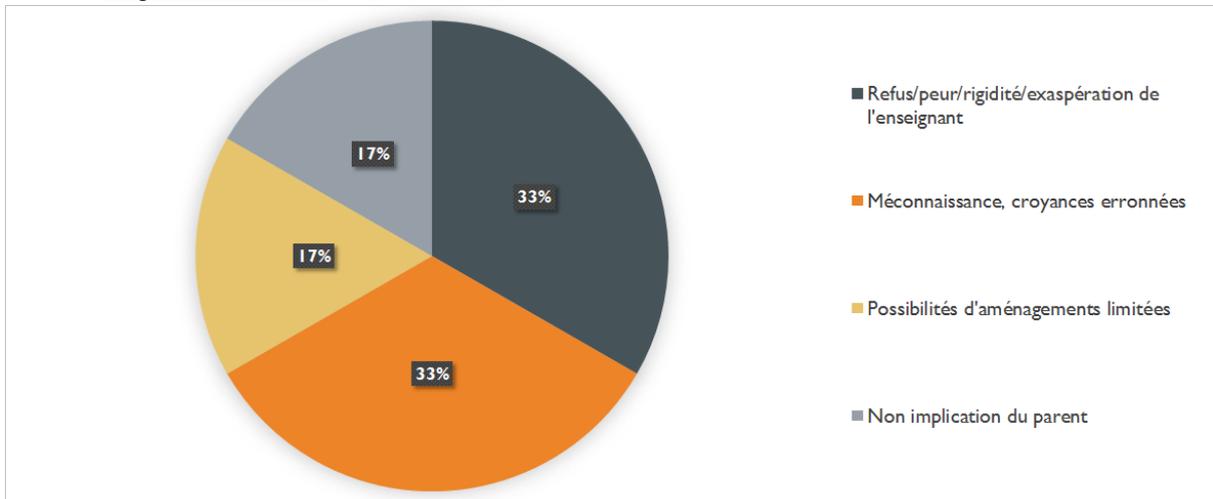


Figure 65. Difficultés rencontrées dans les écoles en Région Bruxelloise.

Les principales difficultés mentionnées par les deux centres PMS sont les difficultés d'aménagement du cadre scolaire et le refus des parents par rapport à la médication. Le nombre important d'enfants en difficultés d'apprentissage au sein d'une même classe est également souligné. Celui-ci entravant fortement la mise en place d'aménagements scolaires.

Les **facteurs en faveur du diagnostic** du TDA/H sont détaillés ci-dessous. Cette question n'était pas présente dans le questionnaire pour la Flandre.

- En Wallonie

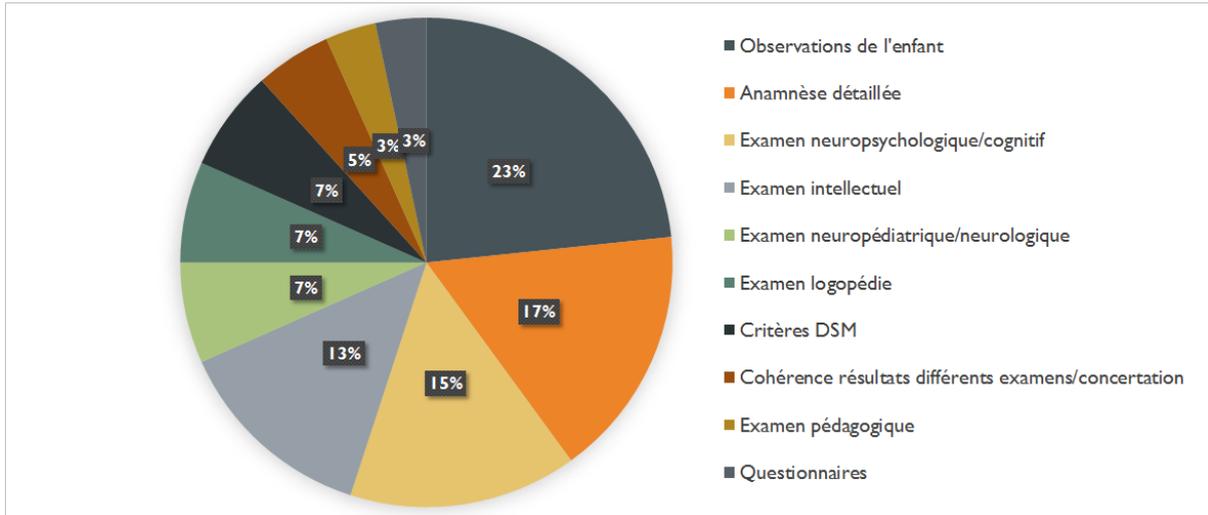


Figure 66. Facteurs en faveur du diagnostic (PMS/PSE) en Wallonie.

Il n'y a pas de réponse pour les participants du Brabant-Wallon.

Les éléments en faveur du diagnostic principalement cités par les PMS/PSE sont :

- La réalisation d'observations de l'enfant, notamment en classe (ex : observations faites par le professeur) ;
- Une anamnèse détaillée, incluant un entretien avec les parents ;
- Un examen neuropsychologique.

- Région Bruxelloise

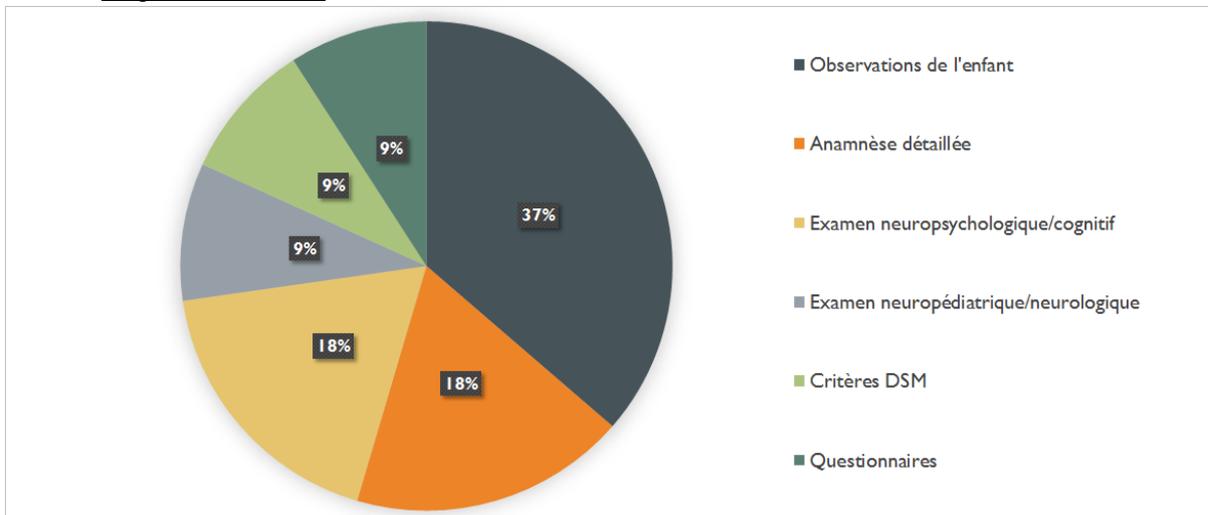


Figure 67. Facteurs en faveur du diagnostic (PMS/PSE) en Région Bruxelloise.

Les éléments en faveur du diagnostic principalement cités par les PMS/PSE sont :

- La réalisation d'observations de l'enfant, notamment en classe (ex : observations du professeur)
- Une anamnèse détaillée, incluant un entretien avec les parents ;
- Un examen neuropsychologique.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus en Wallonie. Il faut cependant noter que les résultats des questionnaires sont davantage mentionnés (9% en Région Bruxelloise contre 3% pour la Wallonie).

Les **facteurs à l'encontre du diagnostic** du TDA/H sont détaillés ci-dessous. Cette question n'était pas présente dans le questionnaire pour la Flandre.

- En Wallonie

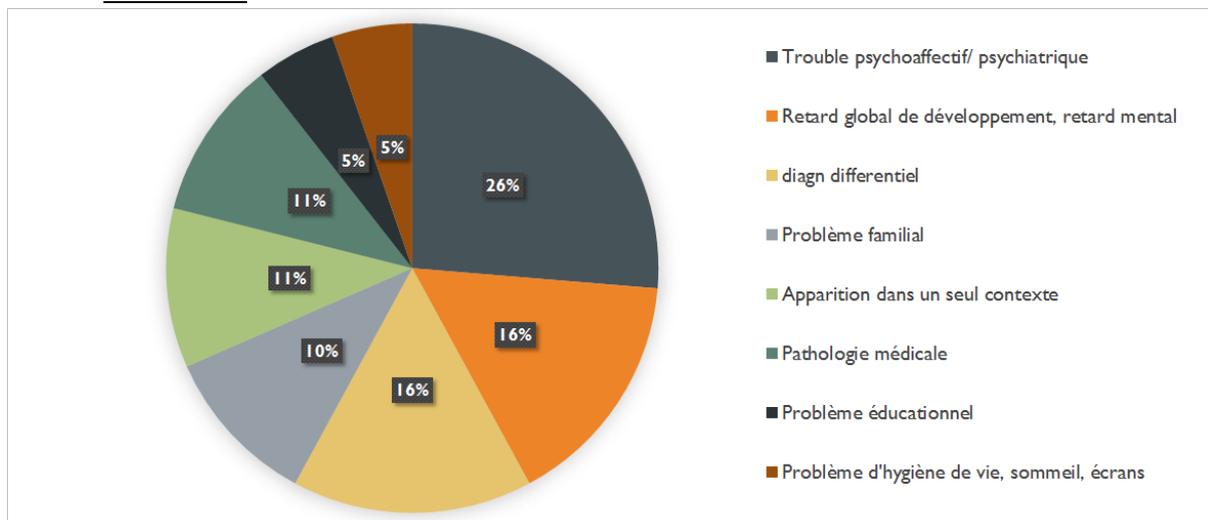


Figure 68. Facteurs à l'encontre du diagnostic (PMS/PSE) en Wallonie.

En Wallonie, les facteurs contre le diagnostic principalement cités par les PMS/PSE concernent la présence de diagnostics différentiels.

- Région Bruxelloise

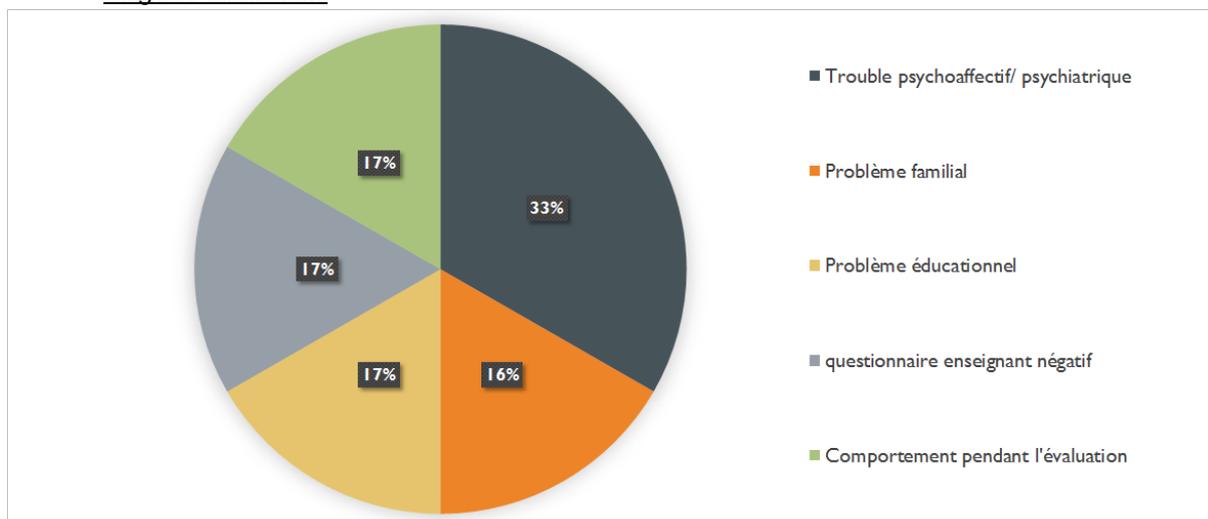


Figure 69. Facteurs à l'encontre du diagnostic (PMS/PSE) en Région Bruxelloise.

Pour la Région Bruxelloise, le principal facteur évoqué à l'encontre du diagnostic est la présence d'un trouble émotionnel/psychiatrique (33%). La présence d'un problème familial ou d'éducation est ensuite évoquée. La présence d'un questionnaire de Conners complété par l'enseignant qui serait négatif est également évoquée.

3.2.4.2. Afwijkende resultaten provincies / Résultats provinciaux divergents

Hainaut

Les facteurs de succès, les difficultés, les besoins pour le diagnostic et la prise en charge, ainsi que les difficultés et besoins pour la coordination ou les facteurs pour et contre le diagnostic de TDA/H, sont similaires aux résultats pour la Région Wallonne. Cependant, l'ordre d'importance varie parfois quelque peu.

- Pour les facteurs de succès : l'accès aux soins et le temps disponible sont plus fréquemment cités ; l'implication de l'école, la transmission du dossier, les réunions de concertation, la précocité et les facteurs suivants ne sont pas cités.
- Pour les difficultés : le manque d'implication (compréhension, motivation) de l'enfant et des parents, ainsi qu'un diagnostic trop rapide et banalisé, sont plus fréquemment cités. La collaboration difficile ou la rigidité de l'école sont moins évoqués.
- Pour les besoins : les outils et aides pour les enseignants sont plus fréquemment évoqués. De nouvelles propositions sont également évoquées : des programmes profitables à tous les élèves dans le contexte classe, le développement de l'intégration, et la diminution du recours à la médication. Enfin, le temps, des guidelines pratiques, la sensibilisation et l'écoute ne sont pas évoqués.
- Pour les difficultés liées à la coordination : seuls le manque de communication et de contact, le manque de temps et la mauvaise communication des parents sont évoqués.
- Pour les besoins de coordination : seuls du temps pour la fonction de coordination, une meilleure communication et des moyens de communication sont évoqués.
- Pour les facteurs contre le diagnostic : l'absence de trouble cognitif est également évoquée.

Comme en Wallonie, les difficultés rencontrées dans les écoles sont principalement la rigidité, l'exaspération ou la peur des enseignants, ainsi que le manque de connaissances ou les croyances erronées, et le manque de temps et de formation.

Liège

Les résultats obtenus pour la Province de Liège sont tout à fait comparables à ceux observés pour la Wallonie. Certaines très légères différences ont été constatées et concernent, en général, une implication plus active des CPMS dans la réalisation des évaluations préliminaires (grille de comportement, observation...) au diagnostic.

- Si les CPMS de Liège ne proposent pas une grande diversité d'outils standardisés pour l'évaluation comportementale (essentiellement, le Conners) et qu'un rapport d'évaluation n'est pas systématiquement communiqué, certains CPMS de la Province de Liège informent de façon plus régulière les autres partenaires de soin et s'impliquent dans l'accompagnement et/ou la prise en charge des élèves TDA/H, dans la concertation avec les enseignants (aménagements scolaires ; coaching des professeurs principaux et des éducateurs) ainsi que dans une certaine mesure, dans la guidance parentale.
- Les facteurs de succès, les difficultés, etc. sont tout à fait superposables à ce qui est obtenu au niveau de la Région Wallonne. Notons qu'au niveau des besoins, les agents CPMS-PSE identifient la nécessité de dégager des « moyens humains » pour la mise en place d'une fonction de coordination.

Namur

La collaboration et la communication entre les différents intervenants (partenaires, familles, école) sont tout autant soulignées comme facteurs de succès, de difficulté et de besoin que dans la Région Wallonne. Toutefois, les CPMS de la province de Namur ne relèvent pas de façon significative un manque d'implication, de compliance et/ou de motivation des parents.

Au niveau des besoins, outre un désir d'une meilleure collaboration pluridisciplinaire, les CPMS namurois ont le souhait d'être mieux outillés afin de les aider dans leur travail "pré-diagnostic".

Région Bruxelloise

Au niveau des facteurs de succès, les résultats sont tout à fait superposables à ce qui est obtenu au niveau de la Région Wallonne. Au niveau des difficultés, les centres PMS mentionnent le manque de motivation/compliance parents/enfant, la difficulté d'accès aux soins (notamment les prise en charge non médicamenteuses) et la précarisation des familles.

Notons qu'au niveau des besoins, les agents CPMS-PSE identifient la nécessité de bénéficier de davantage de temps pour la réalisation de leurs différentes missions mais également de formations pratiques.

Les éléments en faveur du diagnostic principalement cités par les centres PMS de la région Bruxelloise sont similaires à ceux observés en Wallonie à savoir : la réalisation d'observations de l'enfant, une anamnèse détaillée, incluant un entretien avec les parents et une évaluation neuropsychologique.

Il faut cependant noter que les résultats des questionnaires sont davantage mentionnés (9% en Région Bruxelloise contre 3% pour la Wallonie). Les principaux facteurs à l'encontre du diagnostic la présence d'un trouble émotionnel/psychiatrique, d'un problème familial ou éducationnel ou un questionnaire de Connors complété par l'enseignant qui serait négatif sont également des facteurs évoqués.

West-Vlaanderen (WINGG)

We zien opnieuw dezelfde factoren terugkeren als bij de algemene vragenlijst aan alle hulpverleners. De volgorde lijkt opnieuw wat te variëren binnen Vlaanderen.

Hieronder de top 5 van West-Vlaanderen. Deze volgorde zal inspirerend zijn voor de verdere aanpak binnen de CLB-centra in West-Vlaanderen.

Top 5 succesfactoren van goede diagnostiek en behandeling	Top 5 Moeilijkheden binnen diagnostiek en behandeling
1. Samenwerking hulpverlening/school/ouders	1. Toegang tot zorg (kostprijs, wachtlijst, afstand)
2. Goede en uitgebreide diagnostiek over alle levensdomeinen	2. Geloof in medicatie als oplossing, te snelle diagnose
3. Multidisciplinair overleg en betrokkenheid	3. Gebrek aan kennis/aanpassingen/rigiditeit/draagkracht school
4. Werken in netwerk	4. Gebrek aan middelen voor aanpassingen
5. Aandacht positieve elementen	5. Comorbiditeit en complexiteit van de problemen

Top 5 Noden

mbt diagnostiek en behandeling

1. Gedragsbenadering ipv labeling
2. Samenwerking/afstemming tussen hulpverleners
3. Expertise/hulp voor leerkrachten: concrete handvatten
4. Meer psycho-educatie (ouders, kind, klas, leerkracht)
5. groepsbehandelingen

Top 3 Moeilijkheden binnen samenwerking

1. Te snelle etikettering
2. Te weinig overleg met/terugkoppeling naar CLB
3. Nazorg aanpak op school

Top 3 Noden binnen samenwerking

1. Regelmatige opvolging
2. Tijd
3. Concretisering handelingsplan

Limburg (LIGANT)

Slechts 4 CLB's vulden deze vragenlijst in. Dit is te weinig om algemene uitspraken over te doen.

Vlaams-Brabant (YUNECO)

Gezien het beperkte aantal respondenten in Vlaams-Brabant is het niet zinvol om uitspraken te doen op provinciaal niveau.

Brabant Wallon et Luxembourg

Etant donné le nombre peu élevé de réponses dans le Brabant Wallon et dans la province du Luxembourg, une analyse spécifique de ces provinces n'est pas valide.

3.3. Conclusie CLB / Conclusion PMS

De afname, analyse en interpretatie van de vragenlijsten voor CLB/PMS verlopen duidelijk moeilijker dan bij de vragenlijsten gericht aan de hulpverleners.

In bepaalde provincies is de respons erg laag en daardoor moeilijk te interpreteren. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat de werking van de Vlaamse CLB-centra grondig verschillend is van de Waalse PMS/PSE-centra.

- **Diagnostiek**

Meer dan 80% van de ondervraagde centra geeft aan diagnostiek te doen bij kinderen en jongeren met ADHD.

Binnen Vlaanderen hanteren alle (100%) CLB-centra hiervoor richtlijnen (vooral PRODIA-protocol), dit in tegenstelling tot 40% in Brussel en 20% in Wallonië.

We wijzen er wel op dat zowel Vlaanderen als Wallonië een eigen maar verschillend protocol hebben. Van daaruit zijn ook een aantal acties (bv verwijzingen voor verdere diagnostiek) verschillend.

Voor verdere diagnostiek wordt binnen Vlaanderen vooral verwezen naar een multidisciplinair team, in Wallonië vooral naar een neuropediater.

- **Behandeling**

De meerderheid geeft ook aan een of andere vorm van begeleiding te bieden voor kinderen en jongeren met ADHD. Hieronder valt bijna altijd het bieden van hulp bij het zorgtraject en psycho-educatie bij leerkrachten, ouders, kinderen. Daarnaast wordt vooral hulp geboden bij school- en studiekeuze.

Centra in Wallonië zijn algemeen meer tevreden over hun mogelijkheden tot aansturing van de zorg bij ouders en school dan in Vlaanderen.

- **Netwerk**

De meeste centra geven aan de netwerkpartners vrij goed te kennen.

Opvallend is dat zowel in Vlaanderen als in Wallonië de huisarts weinig geïnformeerd of betrokken wordt.

- **Kwalitatief onderzoek**

Zowel in Wallonië als in Vlaanderen is de belangrijkste succesfactor de samenwerking tussen en goede communicatie met alle betrokken partijen (ouders, school, CLB/PMS-PSE-centra).

De grootste moeilijkheid doet zich overal voor op vlak van toegankelijkheid van de zorg (diagnostiek). Daarnaast blijkt vooral een grote nood aan hulpmiddelen en concrete handvatten voor leerkrachten.

Overal is er vraag naar meer en betere communicatie en een goede coördinatie binnen de zorg aan deze kinderen en jongeren.

De centra ondervinden moeilijkheden op school. Hierbij verwijzen ze naar de beperkte draagkracht of bereidheid van leerkrachten, de rigiditeit in het onderwijs en gebrek aan tijd.

4. Algemene conclusie / Conclusion générale

In het kader van het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid hebben de provinciale netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren o.a. als opdracht een beleid rond de diagnostiek en behandeling van ADHD uit te werken.

In dit kader namen ze samen het initiatief om een online bevraging te organiseren. De vragenlijsten hebben als doel om:

1. een algemeen zicht te krijgen op de huidige praktijken betreffende diagnostiek en behandeling van ADHD in België en per regio;
2. een hulp te zijn bij het opstellen van de sociale kaart per regio;
3. de noden en tekorten die de huidige zorgverstrekkers ervaren in het werken met deze doelgroep, in kaart te brengen en zodoende hulp te bieden bij de verdere uitbouw van het beleid rond ADHD, zowel federaal als provinciaal.

Een vrij gelijkaardige online-vragenlijst werd verstuurd naar hulpverleners en CLB-PMS-centra: 754 hulpverleners en 110 respondenten uit CLB/PMS/PSE-centra vulden de vragenlijst in.

De resultaten werden zowel federaal als provinciaal geanalyseerd. De gedetailleerde resultaten zijn in dit rapport verwerkt per vragenlijst, federaal en provinciaal, zowel kwantitatief als kwalitatief. Per onderdeel wordt in het besluit de meest opvallende elementen weergegeven.

Met deze systematische verkenning verkregen we een algemeen zicht op de huidige praktijk rond diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met ADHD, met daarbij een beter inzicht in overeenkomsten en verschillen binnen België, de aangegeven sterktes en zwaktes.

Ainsi, l'analyse des résultats révèle que la majorité des répondants adhèrent à certains principes essentiels au diagnostic et à la prise en charge du TDA/H quelle que soit la région : l'importance d'une évaluation et d'une prise en charge pluridisciplinaire, le besoin de concertation entre les partenaires, l'implication du patient et de la famille, l'importance du diagnostic différentiel, etc. Cependant, le questionnaire n'interroge pas la conception même du trouble ou la définition des termes relatifs à l'évaluation et la prise en charge. Or nous constatons sur le terrain des divergences par rapport à la conception du trouble qui pourraient expliquer des différences de pratique concernant l'évaluation et la prise en charge du TDA/H. Il sera donc important de travailler les représentations du TDA/H.

Les résultats mettent en évidence certaines pratiques qui diffèrent sur le terrain, comme par exemple : plus de recours à l'évaluation neuropsychologique et neuropédiatrique ainsi qu'à la rééducation cognitive en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre, plus d'implication des médecins généralistes en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles, plus d'orientation vers des équipes pluridisciplinaires en Flandre et à Bruxelles qu'en Wallonie, plus de recours à des outils standardisés (ex : questionnaires) en Flandre. Cela peut témoigner de différences entre les régions au niveau de la formation (ex: formation des neuropsychologues), des actions initiées (ex: sensibilisation des médecins généralistes), des pratiques ou du paysage institutionnel. Ces constats mettent également en évidence l'importance du partenariat entre les approches neurologiques, cognitives et psycho-affectives. La vision pluridisciplinaire issue de cette collaboration permet d'orienter au mieux la prise en charge en envisageant les différentes options de traitement.

Nous constatons également un manque de connaissance des recommandations belges en matière de TDA/H (CSS, 2013) chez la plupart des praticiens. Une meilleure diffusion de celles-ci permettra de développer une vision commune et d'améliorer la cohérence des pratiques sur l'ensemble du territoire national.

Enfin les difficultés et besoins rapportés témoignent de la nécessité d'envisager différents axes de travail, qui peuvent être mis en lien avec les objectifs de la nouvelle politique de santé mentale infanto-juvénile:

- L'accès aux soins : remboursement des prises en charge psychosociales et neuropsychologiques, réduction des délais, développement de l'offre de soin, etc ;
- La concertation : repenser les méthodes de concertation et moyens de communication ; envisager la création d'un poste de coordinateur et/ou une valorisation financière pour les réunions de concertation ;
- La formation des praticiens et des enseignants ;
- La sensibilisation et l'implication de l'usagers.

Dit inzicht leidde alvast tot belangrijke acties op federaal niveau:

1. Het uitwerken van de Europese richtlijnen voor diagnostiek van ADHD. Deze richtlijnen én aanbevelingen werden door de **werkgroep 'diagnostiek'** uitgeschreven en zullen via een website ter beschikking gesteld worden. De verdere oppuntstelling van deze website zal gebeuren in Deel II van het project. Zowel 1e, 2e als 3e lijnshulpverlening zal hierop (voor hen meer specifieke) wetenschappelijke en praktijkgerichte informatie kunnen terugvinden.
2. Richtlijnen en adviezen mbt de behandeling van ADHD werden opgesteld binnen de **werkgroep 'behandeling'**. Ook deze informatie zal op dezelfde website te raadplegen zijn. Hierin zullen adviezen staan naar 1e, 2e en 3e lijn hulpverlening.
3. De bevraging leert ons dat de groep 'huisartsen' nog erg ontbreekt binnen het ganse proces van diagnostiek en behandeling van ADHD. De vragenlijst werd ook opvallend weinig ingevuld door deze groep. Binnen de **werkgroep 'sensibilisering van artsen'** wordt daarom extra ingezet op het bereiken van (huis)artsen, op het informeren over zowel de problematiek op zich als over hun erg belangrijke rol binnen de diagnostiek en behandeling van deze kinderen, jongeren en hun gezin. Zowel via voordrachten, publicaties, en folders wordt getracht deze groep extra te bereiken. Alle artsenverenigingen worden hierin sterk betrokken. Vanzelfsprekend zal ook de bekendmaking van de website binnen deze groep van ontzettend groot belang zijn.
4. Vele ondervraagden geven aan dat er heel wat noden leven (en moeilijkheden ondervonden worden) binnen het onderwijs. Willen we binnen België een beleid voeren dat meer conform de Europese richtlijnen is, dan zal er heel wat geïnvesteerd moeten worden in de sensibilisering van ouders en leerkrachten. Binnen de **werkgroep 'sensibilisering CLB/PMS/PSE'** worden deze noden verder onderzocht en ontstaan de eerste acties om ook binnen het onderwijs (en gezinnen) meer kennis te verspreiden rond de richtlijnen mbt diagnostiek en behandeling.
5. **Inventarisatie van het zorgaanbod.** Elke provincie gaf mee vorm aan een sociale kaart mbt diagnostiek en behandeling van ADHD. Een goed beleid start met het kennen van en een goede communicatie tussen alle partners die betrokken zijn.

In deel II van dit project (mei-dec 2017) zullen deze acties verder verfijnd en vervolgens geïmplementeerd worden (in eerste instantie het online maken van de website). Daarnaast zal elke provinciale expert met zijn/haar netwerk pogen zo goed mogelijk in te spelen op de specifieke noden. Op het einde van dit project zal er een uitgebreide informatieoverdracht plaatsvinden binnen elk netwerk zodat dit project een verder verloop kan krijgen.