
INNOVATIONS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE QUE RETENIR DE 2015 ?

En 2015, le Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile s'est préparé à répondre aux lignes directrices de la réforme qui concerne la santé mentale, initiée par les autorités fédérales et régionales (mise en place de réseau, d'équipe mobile de crise,...). En interne, épinglons trois initiatives intéressantes. L'équipe SOS-enfants ouvre un espace de « réparation » de la relation parent-enfant lorsque celle-ci a été marquée par des épisodes de maltraitance objectivée et ayant nécessité le placement de l'enfant. Par ailleurs, l'équipe du Kapp propose une stratégie thérapeutique pour répondre à un refus de traitement médicamenteux de la part de parents, là où les observations rendent cette prescription nécessaire aux yeux des professionnels. Enfin, l'équipe du CRA a d'une part développé un outil permettant d'accompagner les parents et l'enfant dans la suite du diagnostic d'autisme et d'autre part a mis sur pied un groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

E. de Becker, N. Chatelle, P. Kinoo, E. Mousset, A. Wintgens

Mots-clés

Santé mentale, réforme, réseau, équipe SOS-enfants, équipe Kapp, équipe CRA, placebo

The child and adolescent psychiatry department: 2015 highlights

In 2015, the child and adolescent psychiatry department initiated measures aimed to comply with the guidelines that have been produced as part of the mental health care reform initiated by the federal and regional authorities (setting up of networks, of a mobile crisis team, etc.). At the Saint-Luc hospital, three interesting initiatives should be worth mentioning. The SOS-CHILDREN team has opened a space pertaining to the "repair" of the parent-child relationship, for the event of documented child abuse instances requiring the child's placement. Besides, the KaPP team has proposed a therapeutic strategy designed to deal with parental refusal of medical treatment deemed necessary by healthcare professionals. Lastly, the CRA team has developed a tool for assisting both parents and child after the diagnosis of autism has been made by setting up a social skills training group."

Key words

mental health care reform, network, SOS-CHILDREN team, KaPP team, CRA team, placebo

AUTEURS

LE SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE: FAITS MARQUANTS EN 2015

Professeur Emmanuel de Becker (1), Madame Nathalie Chatelle (2), Docteur Philippe Kinoo (3), Madame Estelle Mousset (4), Professeur Anne Wintgens (5)

AFFILIATIONS

Université catholique de Louvain, Cliniques universitaires Saint-Luc, Psychiatrie infanto-juvenile, Avenue Hippocrate, 10, B-1200 Bruxelles

- (1) Pédiopsychiatre, Chef de Service
- (2) Psychologue clinicienne
- (3) Pédiopsychiatre, responsable de l'Unité (Le KaPP)
- (4) Psychologue clinicienne
- (5) Pédiopsychiatre, responsable de l'Unité « CRA »

CORRESPONDANCE

Professeur Emmanuel de Becker
emmanuel.debecker@uclouvain.be

LE SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE: FAITS MARQUANTS EN 2015

E. de Becker, N. Chatelle, P. Kinoo, E. Mousset, A. Wintgens

INTRODUCTION : DE MULTIPLES DÉFIS

En 2015, le Service de Psychiatrie Infanto-Juvénile des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) a poursuivi les différentes missions inhérentes aux Unités le constituant. Sur le plan des enjeux externes, il s'est préparé à répondre aux lignes directrices de la réforme qui concerne la santé mentale, initiée par les autorités fédérales et régionales. S'inspirant de la réforme qui a concerné la Psychiatrie Adulte il y a quelques années (« Projet 107 »), nos autorités ont souhaité répondre aux multiples interpellations des professionnels de l'enfance et de l'adolescence en lançant un vaste changement des pratiques principalement dans les domaines des situations de crise et de diagnostics complexes.

Suite au *kickoff* de mai 2015, un comité de réseau unique bicommunautaire s'est mis en place sur Bruxelles regroupant des représentants des secteurs hospitaliers francophones, néerlandophones, bicommunautaires, des structures ambulatoires francophones, néerlandophones, bicommunautaires et des structures alternatives (*outreaching*).

Ce comité a comme objectif la mise sur pied d'équipes mobiles répondant aux situations de crise, de diagnostics complexes et ultérieurement de soins dits de longue durée. À côté des moyens supplémentaires alloués à l'équipe mobile, 10% des lits pédopsychiatriques (lits K) devront être libérés pour accueillir les enfants/adolescents devant être hospitalisés un certain temps. Nous nous sommes investis dans ce comité de réseau et participons à la mise sur pied de l'équipe mobile composée de pédopsychiatres et de cliniciens des disciplines associées (environ 35 ETP).

À côté de ce défi externe, le Service a continué à construire ses projets en interne. Nous souhaitons en effet, avec nos collègues de la Psychiatrie Adulte, constituer à terme un Pôle de Psychiatrie Intégré (PPI) regroupant les différentes Unités de nos Services respectifs. Dans cette perspective, pour répondre aux demandes croissantes, nous comptons augmenter notre capacité en lits d'hospitalisation (création de deux unités de 20 lits, une de jour, l'autre jour/nuit) renforçant ainsi notre capacité actuelle des 5 lits jour/nuit et des 15 lits de jour.

D'autres projets sont encore en voie de finalisation et attendent impatiemment la phase de concrétisation comme, par exemple, le Centre des troubles du Développement de l'Enfant et Adolescent constituant une mutualisation de différentes conventions existantes au sein des Cliniques.

SITUATIONS ACTUELLES ET PRÉSENTATION DU SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Existant en tant que tel depuis 2006, le Service de Psychiatrie Infanto-Juvénile est constitué de sept Unités fonctionnelles au sein des CUSL :

Deux structures d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile

1. **La structure d'hospitalisation pédopsychiatrique (le KaPP)** coordonnée par les Pr. D. Charlier et Dr. Ph. Kinoo reçoit des nourrissons et des enfants en souffrance psychiatrique pour des hospitalisations de jour (15 places k1) et de jour/nuit (5 places K) depuis janvier 2002. Une étroite collaboration « intermétiers » est construite avec les Services de Pédiatrie générale et de Neuropédiatrie principalement. Le KaPP fonctionne en relation avec le réseau social, scolaire, culturel et judiciaire environnant. Un MACCS y travaille à mi-temps.
2. **Le Centre Thérapeutique pour Adolescents (CThA)** est une unité hospitalière créée en 1993 destinée à accueillir 12 jeunes en souffrance psychiatrique entre 14 et 20 ans pour une durée variant de 5 à 9 mois. Le CThA fonctionne en relation avec le réseau social, scolaire, culturel et judiciaire environnant et un MACCS y travaille à mi-temps.

Deux structures d'intervention dans les Unités hospitalières de Pédiatrie et de Neuropédiatrie

1. Un travail de **Psychiatrie de Liaison** est réalisé depuis plus de trente ans en collaboration directe avec les unités de soins pédiatriques et la consultation de pédiatrie. Moins fréquemment, il s'effectue aussi au bénéfice d'autres Services et Unités (soins intensifs,...). Il s'agit principalement de l'accompagnement psychologique des enfants/adolescents atteints de maladies ou malformations (cancer, diabète, malformation cardiaque ou hépatique,...).
2. **le Projet Intégré Multidisciplinaire PIM** : afin d'accompagner de manière plus pertinentes les situations des patients à pathologies multiples ou complexes, nous avons obtenu auprès de l'INAMI une extension de la convention « neuropsych », (enfants et adolescents hospitalisés présentant des pathologies mixtes pédiatriques, neuropédiatriques et psychiatriques) pour les enfants et adolescents souffrant de pathologies conjointes pédiatriques, neuropédiatriques avec un impact scolaire et/ou social

majeur. Il est dirigé par le Pr. S. Symann en collaboration avec le Pr. M.C. Nassogne (Neuropédiatrie) et le Dr. D.Hermans (Pédiatrie générale). Un MACCS travaille à mi-temps pour le PIM et la Psychiatrie de Liaison.

Trois structures ambulatoires

1. **Une équipe « SOS-Enfants »**, dirigée par le Pr. E. de Becker, intervient en matière de maltraitances psychologique, physique et sexuelle depuis **1985**, qu'elles soient intra ou extra familiales. Les enfants maltraités devant être hospitalisés le sont soit en pédiatrie, soit en pédopsychiatrie. Un MACCS y travaille à mi-temps.
2. **Le centre de référence pour les troubles du spectre, le CRA**, fonctionne depuis le 1^{er} mai 2005. Il est dirigé par le Pr. A. Wintgens en coopération avec le Pr. M.C. Nassogne (Service de Neuropédiatrie). Les missions de ce centre sont : l'évaluation diagnostique et la coordination multidisciplinaire des troubles du spectre autistique. Le CRA est une des structures qui intégreraient en partie le Centre des troubles du développement. Cette structure travaille déjà en collaboration avec le Service de Neuropédiatrie. Le Centre des troubles du développement permettrait la mutualisation de plusieurs conventions et concerne quatre services : la Neuropédiatrie, la Médecine Physique, la Pédiatrie Générale et la Psychiatrie Infanto-Juvenile.
3. **Les consultations ambulatoires**, coordonnées par le Pr. E. de Becker, sont des consultations « tout-venant ». Nombre de celles-ci nous sont adressées étant donné la position universitaire de notre Service. Un MACCS y travaille à temps plein. Il se pratique aussi des consultations multidisciplinaires avec convention : CMAO (troubles alimentaires), Mucoviscidose, Diabète et des co-consultations avec la neuropédiatrie.

Par ailleurs, le Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile participe activement à l'Unité **d'Urgence et de Crise Psychiatrique** des CUSL. Un MACCS y travaille à mi-temps.

INITIATIVES ET QUESTIONS EN 2015

IIIa. L'équipe SOS-Enfants

Dans le cadre de notre travail clinique avec des familles dans lesquelles il y a eu de la maltraitance, nous observons régulièrement les conséquences désastreuses de ces faits, tant sur les individus que sur leurs relations. Ces interactions maltraitantes, lorsqu'elles s'inscrivent dans cette relation fondatrice de l'individu qu'est la relation filiale, ont un impact majeur sur la construction et le développement de l'enfant-sujet. Les nombreux travaux menés sur l'attachement ont montré combien les interactions précoces sécurisées, stables et adéquates étaient

la base d'un développement « sain » tant sur le plan cognitif, que social et affectif. Le surgissement d'épisodes de violences physiques, sexuelles et psychologiques ainsi que de négligence entrave lourdement ce développement.

La pratique clinique mais aussi certaines études ont heureusement montré qu'il y avait des perspectives de changement et de réparation. Ainsi, on estime que dans environ 30% des cas, un changement du type d'attachement est possible entre l'enfance et l'âge adulte.

S'appuyant sur notre expérience, nous savons que les parents « maltraitants » sont, la plupart du temps, des individus abîmés de multiples façons, depuis l'enfance et qui, n'ayant pas trouvé de moyens de se « restaurer » (résilience, prise de conscience, thérapie, ...), n'échappent pas aux mécanismes de répétition de la maltraitance.

Dès lors, nous sommes confrontés à deux sujets en souffrance dont la prise en charge pourrait être individuelle. Néanmoins, d'un point de vue systémique, on peut estimer que c'est tout le système qui est « en souffrance » et dès lors opter pour un travail sur la relation comme objectif thérapeutique. On peut faire le pari que ce soin à la relation ait des répercussions positives sur chacun des protagonistes.

C'est dans cette perspective que notre équipe de psychologues ouvre un espace de « réparation » de la relation parent-enfant lorsque celle-ci a été marquée par des épisodes de maltraitance objectivée et ayant nécessité le placement de l'enfant. L'essentiel serait de permettre à la dyade parent-enfant d'expérimenter des échanges simples, bienveillants, ludiques et créatifs afin de restaurer (ou d'instaurer) le plaisir d'être ensemble. Pour certains, on pourra espérer que le processus ouvre chez chacun (parent et enfant) la possibilité d'une nouvelle représentation de l'autre et de la relation à celui-ci. Pour d'autres, l'objectif sera plus modeste et visera simplement au partage d'un moment agréable non destructeur.

Les thérapeutes seront présents à la fois pour ouvrir un « espace de potentialités » au travers de médias tout en garantissant une sécurité physique et psychique totale de l'enfant. En effet, il ne s'agit pas de permettre au parent de continuer à agir ses défaillances.

IIIb. « Le KaPP » : l'usage du placebo en « aveugle mixte »

L'équipe du KaPP a été confrontée à un refus de traitement médicamenteux de la part de parents, là où les observations rendaient cette prescription nécessaire aux yeux des professionnels. La stratégie mise en place pour surmonter ce problème mérite qu'on s'y attarde. Le KaPP est un hôpital de jour pédopsychiatrique aux Cliniques Saint-Luc prenant en traitement des enfants présentant des troubles psychopathologiques et/ou des troubles du développement.

Isaac, jeune garçon de huit ans, est atteint d'autisme. Il fréquentait un enseignement spécialisé mais ses troubles

du comportement rendaient sa scolarisation impossible. En effet, non seulement il criait de façon intempestive, mais il pouvait bousculer, frapper, griffer, mordre d'autres enfants ou les adultes. Le Centre de Référence pour l'Autisme (CRA) des Cliniques Saint Luc l'orienta chez nous. Nos collègues espèrent que dans une structure avec des groupes de vie plus réduits qu'une classe, avec un encadrement psycho-éducatif spécialisé, ainsi qu'avec une approche multidisciplinaire interactive¹, Isaac pourra retrouver des comportements socialement plus adéquats.

Les premières semaines sont difficiles. Isaac reproduit ses gestes violents dans l'Unité de façon impulsive. Leur sens n'est pas évident. Parfois c'est une frustration, à d'autres moments c'est une recherche de l'attention de l'adulte. Le côté impulsif et imprévisible reste déroutant.

Le travail psycho-éducatif de l'équipe porte cependant peu à peu ses fruits. Isaac ne parle pas mais sa compréhension du langage est assez importante. Il se familiarise avec son nouvel environnement, avec les espaces, l'horaire, les membres de l'équipe. Nous trouvons des mots, des pictogrammes², des attitudes, des gestes pour être davantage en lien avec lui. Nous prenons des mesures dans l'organisation du quotidien pour protéger les autres enfants et surtout les plus jeunes.

Après deux mois, l'amélioration est réelle mais reste partielle. L'apaisement, par la communication et par la connaissance du contexte – ce qui diminue ses frustrations –, n'empêche pas la persistance de cris et de gestes violents imprévisibles dont le sens continue de nous échapper. Il nous semble qu'ils s'originent dans une impulsivité archaïque, incontrôlable. C'est plus fort que lui. Une émotion le pousse à agir régulièrement de façon brutale et dangereuse. Si les adultes professionnels ont appris à être sur leurs gardes et arrivent à éviter le danger, ce n'est pas le cas des enfants. Des mesures de protection restent à adapter tout au long de la journée.

Un retour à l'école est impensable dans ces conditions. Étant donné cette impulsivité archaïque peu structurée, et qui semble inaccessible à l'effet psycho-éducatif du KaPP, nous proposons aux parents la mise en place d'une médication neuroleptique.

Les parents la refusent avec détermination et même avec véhémence tant leur discours est radicalement anti-médicamenteux. Nous nous trouvons dès lors dans une situation duelle, avec deux convictions opposées. Celle des professionnels de l'équipe, qui ont l'expérience que

dans un certain nombre de situations, un psychotrope donné de façon modérée, permet une avancée dans le travail thérapeutique³. La deuxième, celle des parents, qui sont convaincus (par leur histoire, leur expérience passée d'une médication inefficace et la lecture d'internet) que les neuroleptiques ne sont d'aucun secours et entraînent de nombreux effets secondaires à court et long terme.

À bien y regarder, il s'agit ici de deux *croyances* qui s'affrontent. La croyance médico-scientifique d'un côté, qui croit aux effets thérapeutiques des médicaments allopathiques, quitte à minimiser les effets secondaires, et de l'autre, la croyance qu'il y a un salut hors de la pharmacopée occidentale, avec un usage de produits naturels. Ne lançons pas ce débat mais voyons comment nous avons tenté de sortir de l'impasse où nous étions coincés par la détermination de deux discours violemment contradictoires (la pression de l'équipe pour la médication était aussi forte et résolue que celle des parents pour la refuser).

D'abord, nous avons reconnu aux parents que nous ne pouvions en effet pas être sûrs de l'effet positif de la médication. Ensuite, qu'eux-mêmes devaient reconnaître que l'évolution d'Isaac dans son nouveau contexte était déjà fort positive, et que dès lors il n'était pas certain, comme ils le clamaient, que les neuroleptiques, autrefois inopérants, ne puissent avoir cette fois un effet thérapeutique. Enfin, qu'il s'agissait d'un conflit de deux croyances donc de deux points de vue *au moins partiellement subjectifs* et qu'il fallait donc tenter d'y voir plus clair *objectivement* .

Concrètement, nous avons proposé aux parents ainsi qu'à l'équipe, une période de cinq semaines de traitement expérimental pendant laquelle seuls le médecin et l'infirmière auraient connaissance du traitement donné. Durant cette période, il y aurait des temps de médication et des temps de placebo. L'équipe et les parents seraient donc à égalité dans l'ignorance. Tous les jours, il y aurait des observations prises par l'équipe pour chaque temps d'atelier, de repos, de récré, ainsi qu'une brève concertation famille/KaPP sur le comportement à la maison. La médication serait donnée en semaine au centre de jour et pour le week-end, l'infirmière mettrait dans deux gobelets la potion quotidienne à donner à Isaac.

Au bout des cinq semaines, le résultat était clair. Les observations des deux premières semaines n'ont pas montré de changement particulier. Il y avait quelques bons jours mais régulièrement des jours de cris et de comportements violents. Lors des trois dernières semaines, Isaac s'est montré beaucoup plus paisible. Restaient des cris intempestifs mais nettement moins fréquents. Tous les comportements violents avaient disparu. Et surtout des attitudes positives d'ouverture à l'autre étaient apparues (la première, ce fut quand Isaac prit spontanément un

1 Voir Philippe Kinoo, « Le paradigme multifonctionnel interactif », dans Muriel Meynckens, Christine Vander Borghet et Philippe Kinoo (Ed), *Eduquer et soigner en équipe. Manuel de pratiques institutionnelles*. Coll. Carrefour des psychothérapies, Editions De Boeck, 2011 ainsi que Ph. Kinoo (Ed), *Psychothérapie institutionnelle d'enfants. L'expérience du KaPP*. Coll. Empan. Ed. Erès, 2012.

2 Les pictogrammes sont des images ou des photos utilisées pour faciliter la communication avec des enfants présentant de l'autisme (ou d'autres troubles graves de la communication).

3 Au KaPP, nous ne donnons jamais de médication en début de traitement. Nous attendons d'abord les effets du traitement relationnel et psychoéducatif. Puis, en fonction de nos observations, nous mettons éventuellement en place la médication.

mouchoir pour essuyer le nez d'un des petits de son groupe).

L'analyse des résultats fut faite avec les parents au Centre de Référence, choisi comme lieu tiers afin de diminuer encore plus les aspects duels du conflit. En fait, l'expérience avait été commencée par une semaine de Risperdal 0,25 mg/j puis prolongée par une semaine de placebo, puis par trois semaines de Risperdal 0,5 mg/j.

Le lecteur aura deviné que les relations avec les parents n'auront pas changé du tout au tout et que les stratégies relationnelles thérapeutiques devront encore être mises en place par la suite. Cependant, l'usage du placebo versus médication, non pas en double aveugle mais en *aveugle mixte* pour les parents et pour l'équipe, a permis de sortir d'un conflit de croyances pour tenter d'approcher un maximum l'objectivité.

Cela a été possible parce qu'il y avait déjà un certain capital confiance construit préalablement avec les parents grâce au travail relationnel et psycho-éducatif. Mais aussi parce que l'équipe a eu la maturité de ne pas vouloir rester en position « dominante » et « de savoir » par rapport à la famille, en acceptant d'être soumise à la règle de l'ignorance, sur le même plan que les parents.

IIIc. Le CRA

Notre centre de référence des troubles du spectre autistique accueille les enfants ayant une suspicion de ce type de trouble. Ces enfants sont référés par les pédiatres, les neuropédiatres, les crèches, les écoles ou sont envoyés à l'initiative des parents, qui s'inquiètent du développement atypique de leur enfant.

Notre équipe est composée de trois pédopsychiatres, une neuropédiatre, deux psychologues, une neuropsychologue, une logopède, une psychomotricienne, une assistante sociale et une secrétaire.

Nous proposons un bilan multidisciplinaire, afin de comprendre l'enfant et sa famille, d'évaluer ses forces et ses faiblesses, et de poser un diagnostic, s'il y a lieu. Le diagnostic est une aide à la compréhension de l'enfant et à la mise en place des soins nécessaires.

Nous avons également une mission de coordination pour les enfants présentant un trouble du spectre autistique, qui consiste à coordonner les prises en charge, suivre l'évolution des troubles et informer l'entourage.

Depuis la publication du DSM 5, les troubles autistiques font partie des troubles du spectre autistique. Cette notion de spectre vient insister sur la grande hétérogénéité des tableaux cliniques (1).

Le trouble du spectre autistique est un trouble neuro-développemental dont les signes cliniques apparaissent tôt dans la vie de l'enfant, soit dès sa naissance, soit entre la première et la seconde année de vie. Souvent les parents adressent tôt leurs inquiétudes aux professionnels par rapport au développement de leur enfant. Ils perçoivent de manière précoce les particularités de leurs enfants et

ont besoin d'être entendus, guidés et mettre en place des prises en charge.

La prévalence pour l'ensemble des troubles a augmenté ces dernières années et varie autour de 1% chez les enfants scolarisés, en fonction des études (2,3), avec un sex-ratio de 4 garçons pour une fille.

À l'heure actuelle, le diagnostic reste un diagnostic clinique qui repose sur la présence d'un ensemble de symptômes dans le domaine de la communication et des interactions sociales et dans le domaine des comportements stéréotypés et intérêts restreints. S'ajoute dans cette nouvelle classification, la notion de sévérité des symptômes et la nécessité de soutien, d'intensité variable.

Les réalisations durant l'année 2015

D'une part, nous avons voulu développer un outil nous permettant d'accompagner les parents et l'enfant dans la suite du diagnostic. Pour cela, nous avons créé une farde avec des fiches de conseils, simples et pratiques, pouvant guider les parents dans leur quotidien avec l'enfant.

D'autre part, nous avons souhaité étoffer l'offre de soins, en créant un outil peu développé en Belgique et destiné en priorité à nos patients. Nous avons ainsi mis sur pied un groupe d'entraînement aux habiletés sociales.

Ces projets ont pu être réalisés grâce au soutien de la Fondation Saint-Luc.

III c1. « Au fil des jours,... »

« Au fil des jours,... » est une farde pouvant contenir jusqu'à une centaine de fiches de conseils et d'adresses utiles. Elle comporte trois parties : les conseils pratiques pour les parents, les adresses et les liens (livres, sites internet,...). Cet outil est l'œuvre de toute l'équipe et le résultat de 10 ans de réflexion autour de l'accompagnement des familles. Nous avons transcrit les petits conseils souvent transmis aux parents oralement lors des consultations, sous forme de fiches à assembler dans un classeur, au fil du temps. L'objectif est de donner aux parents des pistes pour mieux comprendre les particularités de leur enfant et de pouvoir y faire face. Ainsi, les parents pourront trouver de nouvelles façons de jouer avec leur enfant et des petits gestes quotidiens pour soutenir le développement de celui-ci.

Ces fiches n'ont pas pour but d'offrir une manière de mettre en place une rééducation à la maison. C'est un support pour la réflexion des parents qui s'adaptent en permanence à cet enfant un peu étrange.

La création de « Au fil des jours,... » s'appuie sur deux lignes conductrices : la nécessité de donner aux parents des pistes pour avancer avec leur enfant et l'impact de l'écrit par rapport à l'oral.

Premièrement, nous avons bien perçu l'importance de l'implication des parents auprès de leur enfant pour son épanouissement. Nous avons aussi été témoin des bouleversements qu'engendre un tel diagnostic et les questions qu'il soulève. La littérature met en avant une meilleure portée des soins si la famille peut collaborer avec

les intervenants (4,5). Ces données sont soutenues par le rapport de l'HAS (Haute Autorité de la Santé) en France (6) et ceux du CSS (Conseil Supérieur de la Santé) et du KCE (Centre Fédéral d'expertise des soins de santé) en Belgique (7,8).

Deuxièmement, les parents sont souvent déstabilisés par le diagnostic, qui vient bouleverser tous les repères mis en place autour de l'enfant. Dans ce moment de choc ou d'ébranlement, les pistes présentées oralement sont parfois difficiles à retenir et à mettre en pratique au quotidien. Nous avons donc voulu donner aux parents une trace écrite des conseils partagés avec eux.

La farde dotée d'illustrations est offerte aux familles qui fréquentent notre centre et dont l'enfant a reçu un diagnostic de trouble du spectre autistique. « Au fil des jours... » est disponible à la vente pour les autres personnes intéressées.

Pour réaliser ce projet, nous avons pu compter sur le soutien indéfectible des projets d'Eléonore-Fondation Saint-Luc.

III c2. Le groupe d'habiletés sociales

Ce groupe s'adresse aux jeunes avec un trouble du spectre autistique (TSA) sans déficience cognitive. Ces jeunes ont accès au langage et peuvent généralement être scolarisés en enseignement ordinaire, s'ils sont soutenus par des suivis particuliers (institutrice à l'école, cours privés, rééducations en logopédie, neuropsychologie ou graphomotricité). Mais leur mode de pensée est très particulier et peut paraître étrange, ce qui entraîne un décalage énorme au niveau social et contribue à une difficulté majeure d'intégration.

Les habiletés sociales recouvrent l'ensemble des compétences permettant de s'adapter au monde social. Ce sont les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement. Il s'agit donc d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale, comme l'expliquent Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011 (9).

Les patients ont la possibilité de communiquer mais le font avec maladresse. Ils ne savent pas initier et maintenir une conversation. Ils ont tendance à diriger les conversations sur leurs propres intérêts et ne pas tenir compte des autres. Ils s'expriment avec des mots recherchés, sont pointilleux sur le vocabulaire. De ce fait, ils sont souvent perçus comme pédants et ennuyeux. Ils n'ont souvent pas accès au double sens, ni à l'implicite, ce qui les pénalise dans leurs relations sociales.

Ces jeunes ne maîtrisent pas les habiletés sociales, n'intègrent pas les codes sociaux. Ils ne savent pas comment établir une relation avec autrui. Ils sont souvent isolés, sans pour autant avoir envie d'être seuls. Ils éprouvent le besoin d'être entourés, de nouer des amitiés mais ne savent pas comment faire.

Ils peuvent compenser cette incompréhension du monde social par l'apprentissage des habiletés sociales qu'ils mémorisent grâce à leurs excellentes compétences mnésiques. Ils peuvent apprendre ce qu'ils ne comprennent pas intuitivement.

Il est donc essentiel de pouvoir leur enseigner les codes sociaux, afin d'améliorer leur intégration dans la société et de prévenir des comorbidités psychiatriques, telles que le trouble anxieux ou la dépression, ((10,11,12).

Le groupe d'entraînement aux habiletés sociales vise à apprendre aux jeunes à établir une relation, à décoder les émotions et à initier et maintenir une conversation.

Les personnes avec un TSA ont besoin de vivre, d'expérimenter les apprentissages des codes sociaux plusieurs fois dans différents milieux de vie avant de pouvoir les acquérir et de les généraliser. De là découle l'importance de l'expérimentation en groupe. Les jeunes peuvent mettre en pratique les apprentissages au sein d'un petit groupe, en confiance. Ils sont guidés, corrigés, encadrés, tout en pouvant être en relation avec des jeunes de leur âge. De plus, une dynamique de groupe se crée, ce qui permet aux jeunes de développer des liens interpersonnels. Ils apprennent les modes d'emploi et acquièrent de la confiance en eux. Ils sont dès lors à même de tester leurs apprentissages dans d'autres lieux. Des exercices sont à réaliser entre les séances, dans les différents milieux de vie afin de favoriser la généralisation et l'acquisition de ces apprentissages.

Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales sont encore très peu développés en Belgique. Pourtant, leur utilité est reconnue et leur mise sur pied est recommandée dans les rapports de la Haute Autorité de Santé française (HAS) depuis 2012 et approuvée par le rapport du Conseil Supérieur de la Santé, en 2013. Ces groupes sont bien implantés dans les pays anglo-saxons et commencent à apparaître en France

Des recherches sont en cours sur l'efficacité des groupes. Cependant, les données sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer des conclusions définitives (12,13). Les recommandations de l'HAS et du CSS sont basées sur des accords d'experts. Les professionnels ont établi un consensus entre eux quant à l'efficacité thérapeutique de ces groupes.

Nous avons décidé de créer un premier groupe aux Cliniques universitaires Saint-Luc, grâce à un don ponctuel de Mr Haegelsteen, via la Fondation Saint-Luc. Nous avons mis sur pied avec notre collègue logopède un premier groupe expérimental, pour des jeunes de 11 à 14 ans, de mars à décembre 2015. Les séances se sont déroulées toutes les deux semaines, pendant une heure et trente minutes, avec 4 participants et 2 animatrices (une logopède et une psychologue). L'animation est pluridisciplinaire afin de pouvoir aborder différents apprentissages.

Nous n'avons pas encore fini d'analyser les effets sur les jeunes. Cependant, nous avons recueilli quelques témoignages et fait des observations. Ces jeunes montrent leur intérêt et leur plaisir à participer aux séances. Une

dynamique de groupe positive s'est créée, débouchant sur le respect, l'écoute de l'autre et l'établissement de liens interpersonnels. Les parents et les accompagnants scolaires des jeunes témoignent d'une amélioration de l'adaptation sociale et de meilleures habiletés conversationnelles, sans que rien d'autre n'ait été ajouté dans la prise en charge.

Nous souhaitons poursuivre cette expérience et sans doute l'étendre à d'autres tranches d'âge. De plus, nous avons fait passer des questionnaires portant sur la communication, les habiletés conversationnelles et les habiletés sociales aux participants et à leur famille (14,15,16). Nous allons analyser ces résultats et observer s'il y a ou non des différences significatives dans les domaines ciblés par ce type de thérapie (compréhension des émotions, communication à autrui, relations sociales).

RÉFÉRENCES

1. Dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html» DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association, Coordination générale de la traduction française : Marc-Antoine Crocq et Julien-Daniel Guelfi, Elsevier-Masson, 2015.
2. Ashwood KL, Buitelaar J., Murphy D, Spooren W, Charman T. European clinical network: autism spectrum disorder assessments and patient characterisation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24:958-995.
3. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* 2009; 65 (6):591-8.
4. Peeters Th. *L'autisme : de la compréhension à l'intervention*. Dunod, 2014.
5. Bonnet-Brilhault F, Barthélémy C. *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Lavoisier, 2012.
6. Haute Autorité de Santé. *Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques chez l'enfant et l'adolescent*. Fédération française de psychiatrie, HAS, 2012.
7. Conseil Supérieur de la Santé. *Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille*. CSS, 2013.
8. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents: un guide de pratique clinique*, 2014.
9. Baghdadli A, Brisot-Dubois J. *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme*. Elsevier Masson SAS, 2011.
10. Vasa R, Mazurek M.O. An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28(2): 83-90.
11. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, et al. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 2006; 36 (7): 849-61.
12. Kuusikko S, Pollock-Wurman R, Jussila K, et al. Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2008; 38(9): 1697-709.
13. Williams White S, Keonig K, Scahill L. Social skills development in children with autism spectrum disorders: a review of the intervention research. *J Autism Dev Disord* 2007; 37 (10): 1858-68.
14. Bishop D. *Children's communication checklist*, 2003.
15. Bowers L, Huisingh R, Lo Giudice C. *Test of problem solving*, 2005.
16. Baker J. *Habili TED inventaire des habiletés sociales*, 2005.