



Reçu le :
27 avril 2016
Accepté le :
14 février 2017
Disponible en ligne
25 mars 2017



CrossMark

Troubles organiques à expression psychiatrique, quel soin pédopsychiatrique ? Réflexions autour de cas d'encéphalites dysimmunitaires

Organic troubles with psychiatric symptoms:
What is the appropriate childhood and adolescence
psychiatric care? Reflections on disimmune
encephalitis cases

R. Ozelle^a, A. Doudard^b, A.-L. Bodin^c, S. Gueden^d, P. Duverger^c, E. Riquin^{c,*}

^a Centre de santé mentale angevin (CESAME), secteur 4, 27, route de Bouchemaine, 49130 Sainte-Gemmes-sur-Loire, France

^b Epsm Gourmelen, 8, rue du Stade, 29107 Quimper cedex, France

^c Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU, 49933 Angers cedex 9, France

^d Unité de neurologie pédiatrique, CHU, 49933 Angers cedex 9, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Summary

Organic mental disorders are different and further revealed by increasingly advanced research. They are nevertheless misunderstood, without consensus, and raise clinical, diagnostic, and therapeutic questions. These disorders require effective collaboration between practitioners such as pediatricians and child psychiatrists. The subject should not disappear behind the complexity related to the clinical expression of these symptoms. Based on three cases of autoimmune encephalitis, we offer a reflection on the management and assessment of these diseases by a multidisciplinary team with the intention of providing optimal management. The aim of this paper is to override an initial divide posed by a particular clinical presentation. We would like to shed light on the place and legitimacy of child psychiatrists and their clinical expertise. This does not exclude the need for care of the symptoms, considering each subject and her experience. Follow-up is necessary because of the possible, often traumatic, functional and psychological consequences. Finally, the presence of each professional should be specified when the psychiatric symptoms

Résumé

Les troubles organiques à expression psychiatrique sont divers et davantage mis en évidence aujourd'hui du fait des recherches de plus en plus avancées. Certains restent néanmoins mal connus, dépourvus de consensus, posant des questions cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et concernant, du fait de leur présentation, différents intervenants tels que pédiatres et pédopsychiatres. Ces troubles justifient la mise en place par les praticiens d'une collaboration efficace dont les enjeux sont multiples (diagnostique, thérapeutique, pronostique) et dont la complexité clinique ne doit pas faire disparaître le sujet derrière sa symptomatologie. Autour de trois cas d'encéphalite dysimmune, nous proposons une réflexion autour de la prise en charge de ces pathologies et de la collaboration nécessaire entre somaticiens et pédopsychiatres. Il semble essentiel dans ces cas où la frontière entre psychique et organique est difficile à établir qu'une évaluation conjointe puisse s'établir, l'une ne devant pas se substituer à l'autre, dans l'optique d'une prise en charge optimale. Il s'agit de dépasser le clivage initial posé par une clinique singulière en apportant un éclairage sur la place du pédopsychiatre

* Auteur correspondant.

e-mail : elise.riquin@chu-angers.fr (E. Riquin).

appear to be the result of an organic disease in order to better support the subject in his suffering body.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La pédopsychiatrie de liaison est une discipline clinique riche et complexe, relativement récente [1]. Se situant et s'exerçant en service de pédiatrie, elle a toujours à voir avec le corps qui est souvent le lieu de la première rencontre. Un corps souvent bouleversé, maltraité par la maladie, mais également par ses conséquences. De par son identité éminemment psychiatrique, cette discipline se décale aussi du corps, pour permettre une rencontre subjective. Dans le cas des encéphalites dysimmunitaires, ou plus largement de toutes les pathologies organiques dont l'expression principale est psychiatrique, le soin pédopsychiatrique est fréquemment nécessaire, bien qu'il n'en constitue pas le cadre unique. Évaluer la sémiologie clinique du patient et le sens de certains symptômes, afin d'argumenter en faveur ou contre un diagnostic psychiatrique, discuter des examens complémentaires et des traitements, ne sont qu'une partie du soin pédopsychiatrique. Le sujet, touché dans son corps, ne saurait disparaître derrière la complexité médicale et, au-delà du repérage des signes cliniques devant alerter le psychiatre sur une possible cause organique, nous précisons dans cet article les enjeux de notre présence auprès de tels patients.

2. Vignettes cliniques

2.1. Cas n° 1

Cette jeune-fille de 17 ans, sans antécédents médicaux ou psychiatriques personnels, a fait un malaise sans perte de connaissance avec courbatures et céphalées dans un contexte de modification du comportement depuis quinze jours. L'examen clinique initial et les examens complémentaires étaient normaux (électro-encéphalogramme [EEG], scanner et imagerie par résonance magnétique [IRM] cérébrale et sérologie pour le virus herpes [HSV]). Après une ponction lombaire, le diagnostic de méningite virale bénigne a été retenu. Dans les suites, une perplexité anxieuse est survenue avec sensation de déréalisation et propos de culpabilité et de désespoir. Cinq jours plus tard, devant un état anxieux aigu assorti de propos

et de son expertise clinique l'orientant, ou non, vers une cause psychiatrique. Cela n'exclut pas la nécessité d'une prise en charge du symptôme, au-delà du lieu de soins, de la place du sujet et de son vécu. L'accompagnement est nécessaire du fait des possibles conséquences fonctionnelles mais également psychiques, souvent d'ordre traumatique. Plus largement, il s'agit d'articuler la présence de chacun quand le symptôme psychiatrique vient traduire une affection organique et d'accompagner au mieux le sujet dans son corps en souffrance.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

délirants et d'une agitation majeure, Mlle T. a été transférée en secteur hospitalier psychiatrique. Des traitements neuroleptiques ont été instaurés mais il persistait des troubles du comportement avec absences, attitude figée et catatonique et débit verbal ralenti. Un état régressif s'est installé avec propos et comportements hypersexualisés et désinhibés. Trois semaines plus tard, suite à une embolie pulmonaire imputée à l'alitement prolongé, Mlle T. a été transférée en Centre hospitalier universitaire (CHU). Il existait une catalepsie, une rupture du contact verbal et un négativisme psychomoteur. Des troubles dysautonomiques importants sont apparus cinq jours plus tard. Un EEG et une IRM cérébrale réalisés en réanimation n'ont pas objectivé d'anomalies. Les troubles du comportement ont persisté. La recherche immunologique a révélé la présence d'anticorps antinucléaires (1/100^e). Deux jours plus tard, un EEG-vidéo a authentifié des crises d'épilepsie. Le diagnostic d'encéphalite auto-immune à anticorps anti-NMDA a alors été évoqué, plus d'un mois et demi après les premiers symptômes. De discrets hyper-signaux de localisation caractéristiques ont été visualisés sur les clichés de l'IRM cérébrale. La recherche d'anticorps anti-NMDA dans le sang et le liquide céphalorachidien (LCR) s'est avérée positive, celle d'un cancer primitif négative. Un traitement par corticoïdes et immunoglobulines intraveineuses (IV) n'a pas apporté de réelle amélioration puis trois cures de rituximab et mycophénolate mofétil se sont avérées bénéfiques sur le plan neurologique [2].

2.2. Cas n° 2

Cette patiente de 15 ans a été admise au service d'accueil des urgences (SAU) pédiatriques pour un état de mal-être avec troubles du comportement et hallucinations visuelles. L'examen clinique a objectivé un syndrome confusionnel avec désorientation temporo-spatiale, manque du mot, réponses à côté, temps de latence de réponse augmenté et ralentissement idéo-moteur. Il n'y avait pas d'antécédents, ni de prise de toxique. Il n'existait pas de trouble thymique, pas d'idée auto-agressive ni d'atteinte des fonctions instinctuelles. Les parents décrivaient un changement de comportement depuis un mois avec anorexie initiale puis hyperphagie et hypersomnie. Le bilan à l'admission était normal (scanner cérébral,

bilan biologique). Une hospitalisation en pédiatrie a été décidée avec poursuite du bilan étiologique (ponction lombaire, IRM cérébrale, EEG), surveillance et prise en charge par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison. L'IRM cérébrale s'est avérée non contributive et la ponction lombaire était normale. L'EEG a révélé des ondes lentes postérieures non spécifiques d'encéphalite. L'hospitalisation a permis une restauration clinique lente et progressive et la sortie a été autorisée au onzième jour. La famille a sollicité un rendez-vous en urgence avec le pédopsychiatre au 24^e jour pour une nouvelle dégradation de l'état psychique et neurologique qui a conduit à une ré-hospitalisation permettant de découvrir au 28^e jour la positivité dans le sérum prélevé au 5^e jour des anticorps anti-VGKC (*voltage-gated potassium channel*) signant le diagnostic d'encéphalite dysimmunitaire. L'évolution s'est avérée favorable sous corticothérapie. La patiente a pu sortir au 31^e jour mais a été réhospitalisée une semaine plus tard suite à la réapparition d'un tableau confusionnel. Un traitement par immunoglobulines IV a alors été instauré. L'amélioration du syndrome confusionnel a été lente, progressive et partielle. La patiente est sortie au 48^e jour. Il n'y a pas eu de récurrence de syndrome confusionnel.

2.3. Cas n° 3

Cette fillette de 10 ans était atteinte d'une encéphalite auto-immune dont le diagnostic avait été fait sur des symptômes psychotiques florides sporadiques de type hallucinatoire (visuels et auditifs), avec un vécu d'étrangeté intense et une perte de repère temporo-spatial. Elle présentait alors un délire de filiation avec une tonalité mystique voire satanique, avec une adhésion fluctuante. Le diagnostic avait été établi sur des bases cliniques, neurobiologiques, avec présence d'anticorps antinucléaires et anti-TPO (thyroperoxydase), et radiologiques, une IRM cérébrale ayant mis en évidence des hyper-signaux frontaux et pré-frontaux. Traitée au départ par corticoïdes, elle avait bénéficié par la suite d'une plasmaphérèse avec traitement d'entretien par cures d'immunosuppresseurs. Un traitement psychotrope avait également été prescrit (association d'une benzodiazépine à visée anxiolytique et de mélatonine) pour des troubles du sommeil associés. Nous avons rencontré Mademoiselle A. lors de son hospitalisation en pédiatrie, l'équipe de pédopsychiatrie de liaison étant sollicitée pour des troubles du comportement caractérisés par des moments d'agressivité envers les soignants et les autres patients. Cette agressivité faisait irruption, telle une décharge motrice impulsive, mettant l'équipe médicale en difficulté pour l'accompagner et pour protéger les autres patients.

3. Clinique/clivage

L'expression symptomatique des encéphalites dysimmunitaires est très variée (Encadré 1) [3]. Les symptômes

ENCADRÉ 1. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES FACE À UNE SUSPICION D'ENCÉPHALITE AUTO-IMMUNE, D'APRÈS GRAUS ET AL., 2016 [3]

Le diagnostic d'encéphalite auto-immune peut être évoqué quand les trois critères suivants sont réunis :

- apparition subaiguë (au cours des trois derniers mois) d'un déficit de la mémoire de travail (perte de la mémoire à court terme), d'une altération de l'état mental (altération de l'état de conscience, léthargie, changement de personnalité) ou de symptômes psychiatriques ;
- et au moins une des anomalies suivantes :
 - symptômes neurologiques focaux d'origine centrale,
 - convulsions non expliquées par une épilepsie antérieure connue,
 - réaction méningée (soit > 5 éléments nucléés/mm³ de LCR),
 - IRM : signes compatibles avec une encéphalite (hyper-signaux en T2 Flair touchant soit une ou les deux régions mésio-temporales, ou une atteinte de la substance blanche ou grise, multifocale, compatible avec une démyélinisation ou une inflammation) ;
- exclusion des autres causes (encéphalites herpétiques, autres infections du SNC...).

LCR : liquide céphalo-rachidien ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; SNC : système nerveux central.

psychiatriques peuvent être une irritabilité, une anxiété, une désinhibition, une aboulie, des éléments de dépression ou encore des hallucinations. Des perturbations du sommeil (hypersomnie ou insomnie, narcolepsie, cataplexie) voire des modifications du poids par un dérèglement de la sensation de satiété peuvent être également observés [4–6]. Concernant les examens paracliniques, les anomalies de l'EEG sont rarement spécifiques et celles de l'IRM peuvent être inexistantes. Ainsi, le diagnostic peut être posé en l'absence de fièvre, d'altération de la conscience, devant une IRM normale ou sans anomalies spécifiques et un LCR normal [3]. Le diagnostic d'encéphalite dysimmunitaire est complexe. Afin de faciliter les décisions thérapeutiques, un score de causalité (CAUS) a été introduit par Ferrafiat et al. [7]. Ces auteurs ont proposé d'utiliser ce score en lien avec la catatonie (symptôme fréquemment associé à une cause organique chez l'enfant) afin de déterminer si une cause organique était probable [8,9]. Associé à des signes biologiques et paracliniques, ce score permet d'aider le clinicien à orienter son diagnostic face à un tableau clinique souvent complexe. Des symptômes psychiatriques atypiques ont été décrits, tels que l'apparition aiguë de symptômes psychotiques, la résistance aux traitements

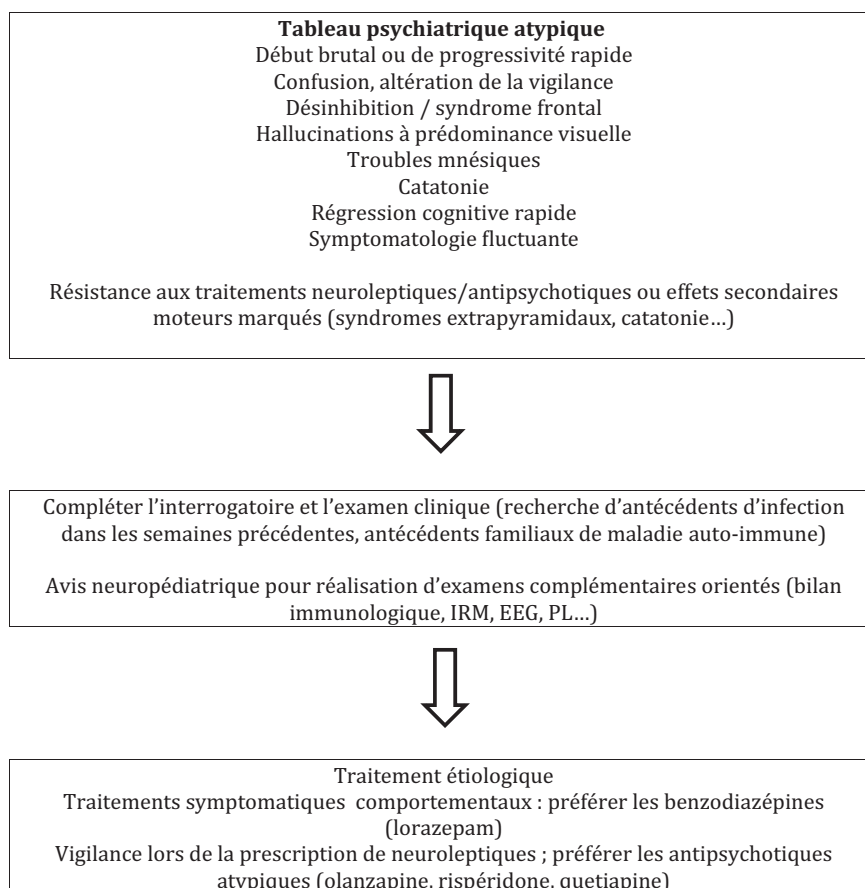


Figure 1. Conduite à tenir simplifiée face à des symptômes atypiques orientant vers une étiologie organique. IRM : imagerie par résonance magnétique ; PL : ponction lombaire ; EEG : électro-encéphalogramme.

habituels, les hallucinations visuelles ou une régression cognitive rapide (Fig. 1) [10].

Dans le cas n° 2, des bilans neuropsychologiques avaient été réalisés. Le premier, au cours de la première hospitalisation, n'avait pu être mené à terme du fait des symptômes mais avait permis de mettre en lien les problèmes cognitifs et l'origine neurologique. Le bilan réalisé à distance avait constaté une efficacité intellectuelle très perturbée par l'atteinte cérébrale, avec un effondrement plus spécifique du raisonnement perceptif, de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement. La mémoire de travail auditivo-verbale ainsi que l'encodage en mémoire antérograde verbale étaient déficitaires. La prise de conscience (aléatoire) de ces limitations cognitives arrive parfois de façon soudaine face à une tâche impossible et a des conséquences psychologiquement douloureuses. Un nouveau bilan neuropsychologique réalisé 3 mois plus tard s'était avéré dans la limite basse de la normale. On voit, à travers ce cas, la nécessaire intrication du somatique et du psychique. C'est parce que cette patiente avait une atteinte neurocognitive qu'elle avait un contact dit

« bizarre » et que répondre à une question paraissait insurmontable. Elle répondait d'ailleurs souvent qu'elle ne savait pas (ou ne se souvenait pas ; « si vous le dites, c'est que c'est vrai » avait-elle exprimé à plusieurs reprises lors de l'évaluation au SAU). Ce contact étrange peut faire penser à tort à une cause psychiatrique. La séméiologie psychiatrique montre ici, avec l'atteinte de la mémoire antérograde, le syndrome confusionnel et le manque du mot, sa limite avec la neurologie. En effet, certaines pathologies psychiatriques entraînent une atteinte du langage (néologisme, paralogisme...) ou de l'interaction avec les autres (réticence, opposition, mutisme...). En revanche, des atteintes spécifiques (manque du mot, amnésie antérograde, syndrome confusionnel) alertent le pédopsychiatre vis-à-vis d'une cause organique. Le pédopsychiatre évolue au sein de ses pairs comme un spécialiste des troubles psychiques mais ceux-ci sont parfois étroitement intriqués avec les troubles organiques initiaux (dans le cas n° 2 l'anxiété en lien avec le sentiment d'étrangeté du fait du trouble mnésique et les affects dépressifs en lien avec la conscience aléatoire de son état). Une séméiologie

psychiatrique fine avec un vocabulaire descriptif riche et spécifique permet une analyse des symptômes et une description clinique précise évitant des interprétations hâtives et généralisantes. À notre sens, le pédopsychiatre doit se montrer extrêmement vigilant et rigoureux sur les termes qu'il emploie et les mots qu'il pose sur des symptômes, au risque de desservir son propre propos, en associant, alors même que cela semble être sa fonction, une émotion (erronée car interprétée) à un comportement. « Dès lors que ces faits sont traduits en mots, nous remarquons que chacun d'entre eux est chargé d'un sens sous-jacent » [11]. Ainsi, le vocabulaire doit être choisi et médical. Nous ne parlons pas de tristesse, mais d'un ralentissement psychomoteur. Dans le cas n° 1, il ne s'agissait pas de mimes de scènes sexuelles, mais d'un comportement de désinhibition sévère. Ceci permet d'éviter les amalgames et le doute qui d'emblée s'installe sur l'existence d'un trouble psychique. La psychiatrie a fréquemment pour fonction de relier le neurologique et le psychique dans une dynamique d'intégration, inhérente au fonctionnement psychique de l'individu. Si le trouble est nommé en termes de comportement et non d'emblée d'émotion, on évite l'écueil que le trouble soit « évidemment psychiatrique ». Par-là, nous ne nions pas l'existence de la « psyché », ni ne clivons « soma et psyché », mais tenons à préciser une sémiologie complexe, qui, avant tout autre développement, doit garantir la certitude de ne pas avoir une cause somatique. Cette démarche nous semble capitale en tant que soignant car elle garantit le meilleur soin pour le patient. Loin de cliver, elle permet au contraire une véritable rencontre, en se départissant de l'inquiétude de l'étiologie des troubles.

4. Place du pédopsychiatre de liaison

Les troubles organiques à expression psychiatrique posent de nouveaux enjeux dans la pratique du pédopsychiatre de liaison [12]. Outre les soins et la prise en charge qu'ils nécessitent, il s'agit avant tout d'en établir le diagnostic. S'ils se manifestent par « un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable à type de maladies ou de lésions cérébrales ou d'atteintes responsables de dysfonctionnement du cerveau » (CIM 10, classification internationale des maladies, 10^e révision), l'enjeu principal est d'argumenter de l'étiologie organique au tableau psychiatrique [13]. Il s'agit d'un nouveau défi pour le pédopsychiatre de liaison habituellement amené à l'élaboration d'un diagnostic et d'une prise en charge psychiatrique.

4.1. Enjeux de l'évaluation psychiatrique

L'évaluation psychiatrique en pratique courante est diagnostique, psychopathologique, pronostique et thérapeutique. Cette évaluation présente certaines particularités vis-à-vis des autres spécialités médicales. En effet, la psychiatrie est

une « médecine de la personne » [14], il s'agit d'une clinique de la relation induisant une double subjectivité, celle du malade, mais également celle du psychiatre. Ce dernier se retrouve en effet confronté à des symptômes en lien avec le vécu du patient et également soumis à une interprétation personnelle de celui-ci. Ces éléments sont communs avec la médecine dite somatique, mais le pédopsychiatre doit faire face à certaines singularités de la clinique psychiatrique. D'abord, aucun examen complémentaire ne peut être prescrit pour affirmer de manière objective un élément de réalité. La clinique est décrite davantage en termes de processus que de faits et la guérison n'apparaît pas comme une finalité, mais constitue plutôt un retour à un état de santé satisfaisant selon une dynamique qui n'est pas un retour à l'état initial. Tout ceci concourt à rendre les décisions psychiatriques apparemment plus subjectives et empiriques.

Pour autant la clinique psychiatrique et notamment l'évaluation diagnostique s'appuie sur des éléments précis, un savoir et des connaissances cliniques objectives, connus des psychiatres qui y font référence [15]. L'avis psychiatrique doit être considéré comme un avis d'expert et doit bénéficier d'une écoute en tant que tel de la part des autres professionnels. Il nous semble à cet effet que la formation clinique des psychiatres doit être toujours plus approfondie, et qu'ils doivent devenir de véritables experts des pathologies somatiques à expression psychiatrique, pathologies qui, bien qu'aux confins de multiples spécialités, se rassemblent autour d'une clinique psychiatrique commune. Le diagnostic psychiatrique ne doit pas représenter un diagnostic d'exclusion, mais bien un diagnostic à part entière.

Dans le cas n° 1, de multiples symptômes cliniques avaient été recensés : certains évoquaient un état crépusculaire avec une déréalisation, d'autres des troubles thymiques de type maniaque, d'autres encore des éléments mélancoliques. Le psychiatre doit toujours se montrer extrêmement vigilant vis-à-vis d'une atypicité symptomatique [16]. L'évaluation diagnostique doit être précise, avec analyse sémiologique fine d'autant plus nécessaire que la précocité du diagnostic garantit un rétablissement rapide, et possiblement sans séquelles fonctionnelles [4]. En effet, dans la situation de cette patiente, nous constatons que le retard diagnostique avait induit de nombreuses séquelles fonctionnelles et cognitives, dont certaines, bien que s'améliorant avec le temps, peuvent persister durant la vie. La fonction du pédopsychiatre est alors multiple : répondre à la demande du somaticien dans l'attente d'un diagnostic (et d'une prise en charge) psychiatrique, défendre sa position et guider ses confrères lorsque tel n'est pas le cas, aller à la rencontre à la fois du patient et de sa famille dans une démarche clinique mais également de l'équipe soignante en assurant un soutien et un accompagnement [1].

L'absence de diagnostic psychiatrique, pouvant expliquer à lui seul les symptômes, ne balaye pas la question psychique et

l'évaluation psychopathologique. En effet, toute pathologie survient chez un sujet avec une histoire singulière, une subjectivité, dont l'existence ne saurait être niée derrière le symptôme et la maladie. Le sujet peut présenter un trouble, des traits pathologiques psychiatriques, mais en aucun cas ceux-ci ne doivent être rendus entièrement responsables des troubles en lien avec l'encéphalite dysimmunitaire. Ce point nous semble capital, d'autant que certains pédopsychiatres peuvent se montrer parfois rétifs à l'idée de questionner l'état psychique de l'adolescent et sa structure familiale tant est grande la tentation de considérer cette observation comme explicative des troubles par les neurologues, souvent dépassés par des symptômes envahissants et inexplicables. En effet, dans certains tableaux très évocateurs d'encéphalite dysimmunitaire il n'y a pas d'éléments biologiques ou d'imagerie venant confirmer le diagnostic, laissant de ce fait planer le doute quant à une étiologie psychiatrique, d'autant plus que les symptômes sont atypiques. Il s'agirait de convenir d'un équilibre entre l'intervention des différents praticiens, l'un n'excluant pas l'autre. Enfin, il semble important, dans ces situations où les discussions cliniques peuvent être complexes, de s'assurer d'une collaboration efficace entre les différents intervenants. Il n'est pas rare que la discussion de l'indication d'examen complémentaires ne trouve pas réponse. Il s'agit là d'arguer de l'absence de diagnostic psychiatrique malgré l'absence de signes spécifiques orientant vers une pathologie organique.

L'intervention et l'évaluation du psychiatre dans ce genre de situation semblent essentielles. Il s'agit de laisser une place à une clinique parfois mal connue conduisant à une réponse de l'ordre de l'absence de diagnostic. Aussi, face à des troubles dont l'étiologie reste inexplicée, il nous apparaît capital que le pédopsychiatre de liaison, ne soit pas sollicité exclusivement en vue d'amener une réponse diagnostique et thérapeutique psychiatrique. Il convient au contraire de réaliser une évaluation conjointe afin de discuter de la cause la plus probable et des démarches thérapeutiques à instaurer dans une démarche limitant les risques de clivage entre les deux spécialités. La présence ou l'absence d'un diagnostic somatique ne remettent pas en cause une prise en charge et un accompagnement pédopsychiatrique se situant au niveau du symptôme. Aussi, cette orientation vers la psychiatrie ne doit pas pour autant éloigner les somaticiens de la prise en charge.

4.2. Soins et prise en charge pédopsychiatriques

Concernant le traitement étiologique et symptomatique des encéphalites dysimmunitaires : en présence d'arguments clinique et paraclinique suffisants pour envisager le diagnostic d'encéphalites dysimmunitaires, la mise en place d'un traitement par hautes doses de corticoïdes est recommandée. Le traitement étiologique devra être mis en place le plus précocement possible afin de limiter les séquelles

fonctionnelles [17,18]. En association, un traitement symptomatique immédiat, notamment en cas de catatonie est recommandé par hautes doses de benzodiazépines (lorazepam). Les traitements de type neuroleptiques ou antipsychotiques atypiques doivent être évités ou utilisés avec grande précaution en cas de symptômes moteurs, en raison du risque d'aggravation de la symptomatologie [7,12]. Nous centrerons la suite de notre réflexion sur la question du soin psychique tant sur le plan psychothérapique individuel, familial qu'institutionnel. En effet, nous ne saurions nier les enjeux pour le pédopsychiatre de liaison de l'accompagnement des symptômes et l'aide à la réhabilitation. Ainsi, concernant l'évaluation thérapeutique psychiatrique, il convient de préciser ce qui est attendu du psychiatre d'enfant et d'adolescent dans ce type de situation. Plus que l'apaisement des symptômes, le psychiatre d'enfant et d'adolescent veille davantage à l'apaisement du vécu des symptômes par un travail d'écoute, de déculpabilisation et de compréhension.

La clinique nous apprend que malgré une prise en charge précoce et adaptée avec des traitements ajustés tels que l'immunothérapie, les symptômes ne cèdent parfois pas dans leur totalité et il persiste très fréquemment des troubles du comportement importants dits « résiduels ». Ainsi, dans le cas n° 3, les traitements préconisés n'avaient pas amélioré la totalité des symptômes et semblaient présenter un effet d'épuisement dans le temps malgré le traitement d'entretien. Une approche pluridimensionnelle, prenant également en compte le vécu de la patiente et l'histoire familiale, était indiquée. Cette patiente présentait en effet une avidité relationnelle, sensible à l'attention qu'on lui portait. Il était d'ailleurs difficile de mettre un terme à nos rencontres ; elle cherchait à les poursuivre nous indiquant une séparation insupportable, à tel point que le corps lâchait avec des effondrements au sol. Nous avons alors évoqué en équipe le vécu d'une hospitalisation pédiatrique qui s'était prolongée, une perte de repères et une présence parentale sporadique, des liens qui s'étiolaient, mis à mal à la fois par le cadre hospitalier et par les symptômes délirants. Ont alors été mises en place différentes prises en charge structurées avec un emploi du temps partagé sur le plan pédopsychiatrique, psychomoteur, éducatif et scolaire. Des rencontres avec les parents ont également été instaurées de manière régulière. Les troubles du comportement sont alors devenus moins fréquents et la contenance de l'équipe a permis la patiente. Les symptômes positifs ont été moins bruyants avec persistance à minima d'idées délirantes de filiation. Cette jeune-fille pouvait par moment être convaincue que ses parents étaient restés dans son ancienne maison, idées qui pouvaient amener à des conduites de fugue. Sa famille avait en effet déménagé au cours de son hospitalisation, déménagement ayant certainement majoré le vécu d'insécurité et la perte de repère. Les parents y étaient sensibles, l'accompagnant lors de permissions à retrouver une certaine stabilité et une reprise des liens.

Lors des entretiens pédopsychiatriques, des liens ont également été évoqués avec l'histoire familiale. Le père de la patiente avait en effet été adopté, et la patiente demandait, dans des persévérations verbales, à apprendre la langue natale de son père. Cette mise en lien et en sens a permis une reprise des liens affectifs. Cet exemple met en exergue le lien immuable entre les symptômes psychiatriques d'origine neurologique, la psyché et l'histoire, le récit familial. Ainsi il importe, du côté pédopsychiatrique, de s'interroger certes sur la forme, mais également sur le contenu du discours, témoin d'une subjectivité préservée, malgré la pathologie.

Ensuite, le tableau clinique de nombre d'encéphalites dysimmunitaires peut également apparaître déconcertant aux yeux de médecins somaticiens. S'il convient d'accompagner le jeune dans le vécu de ces symptômes, il s'agit aussi d'y sensibiliser les équipes soignantes afin d'éviter des réactions de contre transfert négatives. Il peut parfois être difficile de travailler avec des symptômes dits neurologiques, dont les manifestations apparaissent psychiatriques (hallucinations, délire). Le rôle du pédopsychiatre de liaison nous semble permettre également une meilleure compréhension de ces symptômes, tout d'abord en les nommant. Nous insistons sur ce point. En effet, nommer un symptôme, c'est déjà le soumettre à un jugement, à une subjectivité, certes médicale, mais qui correspond à ce que le médecin connaît des codes de sa culture, de ce qui est admis ou non, mais également des symboles, et enfin du langage, ce qui lui permet d'associer un signifiant à quelque chose qu'il observe. Nommer, c'est signifier, c'est-à-dire, métaboliser quelque chose de ce qu'on observe. Il convient donc d'être vigilant afin d'éviter l'écueil de nommer le symptôme en mettant un sens qui n'existe que pour celui qui l'observe. Le pédopsychiatre de liaison assure ainsi une continuité dans les soins à la fois avec les patients et avec l'équipe soignante. Le partage de ses connaissances sur les symptômes et leur vécu en permet une meilleure compréhension pour tous. Nous ne pouvons qu'encourager les rencontres multidisciplinaires dans ces situations où les échanges tant sur les moyens thérapeutiques (pharmacologiques ou non) et la sensibilisation aux symptômes et à leur vécu sont nécessaires.

Enfin, il est parfois complexe de trouver le dispositif de soins le plus adapté devant une encéphalite dysimmune, où il existe certes des anomalies biologiques et neuroradiologiques, mais où les symptômes sont d'expression psychiatrique, induisant parfois des troubles du comportement graves remettant en cause les capacités contenantes des services de pédiatrie, et compromettant la sécurité de l'enfant mais également des autres patients. Dans les situations où l'isolement ou la contention pourraient s'avérer nécessaires, il s'agit pour le pédopsychiatre de liaison de pouvoir superviser leur mise en œuvre, tant auprès du patient et de sa famille que des équipes pour éviter l'écueil d'un vécu traumatique.

Ainsi, le lieu de soin, notamment vis-à-vis de ses capacités contenantes est fréquemment discuté dans ce type de pathologies. Pour le cas n° 3, un transfert en service de pédopsychiatrie a ainsi été envisagé, mais des réticences existaient du côté des pédopsychiatres devant la prise en charge d'une pathologie neurologique. Cette difficulté à organiser des soins dans un milieu qui soit à la fois contenant et soignant, tant psychiquement que physiquement, a des effets sur l'alliance avec les patients et les parents, pouvant vivre un transfert de pédiatrie vers la pédopsychiatrie comme annonçant un échec thérapeutique, une chronicisation ou une aggravation des troubles. Ainsi, dans le cas n° 3, les parents ont exprimé à plusieurs reprises la crainte que leur fille soit « un cobaye », se résignant au fait « qu'au moins cela servira aux autres » dans un contexte d'incertitudes médicales face à une maladie encore peu connue.

4.3. Suivi et aide à la réhabilitation

La question du devenir des enfants nous questionne en tant que pédopsychiatre. En effet, l'enfant restera impacté, par cet épisode. Il nous semble important que le pédopsychiatre reste présent afin de l'accompagner à la fois dans une réappropriation de soi et de son devenir. Le symptôme somatique apparaît si intimement lié à la « psyché », que les enfants peuvent évoquer une honte, une culpabilité vis-à-vis de certains symptômes lorsqu'un accès à la parole existe. Il nous semble important que l'enfant puisse avoir un lieu où verbaliser le vécu de cet épisode et des soins, parfois longs. Pouvoir retracer avec lui l'histoire de la maladie et les différentes phases traversées permet d'éviter des reconstructions fantasmatiques et anxiogènes. Le retour à domicile, à la scolarité est fréquemment marqué par des angoisses parfois massives, avec des deuils des compétences antérieures. Ainsi, dans le cas n° 1, le projet professionnel a été totalement remanié, passant à un projet plus adapté à ses capacités. Aussi, il est fréquent que d'importants symptômes persistent [19]. Dans le cas n° 3, il a persisté une impulsivité avec des décharges motrices et des persévérations verbales. Outre l'orientation vers certains spécialistes prenant en charge ces déficits (orthophonistes, psychomotricien, ergothérapeutes...), un co-suivi ambulatoire pédopsychiatrique et neuropédiatrique permet d'apaiser l'enfant et de rassurer les familles à la sortie de l'hôpital. Cet accompagnement dans le suivi et la réhabilitation est un nouvel enjeu pour le pédopsychiatre de liaison qui y trouve toute sa place tant il était présent dès le début de la prise en charge.

Nous percevons alors les différents enjeux de ces tableaux pour le pédopsychiatre de liaison (Tableau 1). Si la question diagnostique reste la pierre angulaire de ces situations, nous ne saurions nier l'importance de l'accompagnement du symptôme et à la réhabilitation des jeunes patients. Le pédopsychiatre de liaison assure un rôle de continuité dans ces prises

Tableau 1**Place du pédopsychiatre de liaison et enjeux aux différents temps de prise en charge.**

Temps de prise en charge	Enjeux
<i>Évaluation initiale</i>	
Analyse sémiologique fine, vigilance sur des signes d'atypicité	Démarche diagnostique conjointe, éviter le clivage, les retards diagnostiques
Discussion pluridisciplinaire d'examen complémentaires	Permettre une rencontre subjective, rencontre des familles
Évaluation psychiatrique et psychologique globale	
<i>Soins et prise en charge</i>	
Prise en charge des symptômes	Guidance pharmacologique
Accompagnement du vécu des symptômes	Approche comportementale, apaisement, prise en charge des familles
Supervision de l'équipe soignante	Vécu des soins, éviter des attitudes négatives, discuter du lieu de soins
<i>Suivi</i>	
Accompagnement du vécu des soins et de la maladie	Prévenir et traiter les manifestations anxieuses ou traumatiques
Aide à la réhabilitation	Projet de vie adapté, travail de deuil

en charge multidisciplinaires tant sa présence est requise du début à la fin des soins.

5. Conclusion

Les troubles organiques à expression psychiatrique tels que les encéphalites dysimmunitaires sont mal connus. Leur présentation initiale, souvent d'ordre psychiatrique et précoce, convoque pédiatres et pédopsychiatres. L'enjeu diagnostique, facteur pronostique essentiel, se joue sur des signes cliniques atypiques source de clivages entre ces deux spécialités qu'il convient de dépasser. Il s'agit d'établir une collaboration efficace autour d'un sujet, et de sa famille, dont la souffrance physique se manifeste par une symptomatologie bruyante, au vécu difficile ; avec des conséquences physiques, psychiques et fonctionnelles à prendre en compte. Le soin pédopsychiatrique est alors nécessaire et n'en est pas moins indissociable de la prise en charge pédiatrique.

Remerciements

M. le Dr Jean Malka et M. le Pr Régis Coutant pour leurs réflexions partagées.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Duverger P, Malka J, Ninus A. Psychopathologie en service de pédiatrie : pédopsychiatrie de liaison. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012, 660 pp.
- [2] Riquin E, Malka J, Dubas F, et al. Encéphalite limbique à expression psychiatrique chez une adolescente. Quelle place pour le sujet ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2013;61:125-30.
- [3] Graus F, Titulaer MJ, Balu R, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. Lancet Neurol 2016;15:391-404.
- [4] De Broucker T, Henry C, Martinez-Almoyna L. Encéphalites auto-immunes. Neurologies 2010;13.
- [5] Henry C, Husson H, de Broucker T. Encéphalite limbique auto-immune avec anticorps antirécepteur NMDA associée à un tératome de l'ovaire : une forme curable d'encéphalite limbique paranéoplasique. Rev Neurol 2009;165:70-5.
- [6] Aupy J, Collongues N, Blanc F, et al. Encéphalites dysimmunitaires, données cliniques, radiologiques et immunologiques. Rev Neurol 2013;169:142-53.
- [7] Ferrafiat V, Raffin M, Deiva K, et al. Catatonia and autoimmune conditions in children and adolescents: should we consider a therapeutic challenge? J Child Adolesc Psychopharmacol 2016 [Epub ahead of print].
- [8] Lahutte B, Cornic F, Bonnot O, et al. Multidisciplinary approach of organic catatonia in children and adolescents may improve treatment decision making. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008;32:1393-8.
- [9] Consoli A, Raffin M, Laurent C, et al. Medical and developmental risk factors of catatonia in children and adolescents: a prospective case-control study. Schizophr Res 2012;137:151-8.
- [10] Bonnot O, Cohen D. Troubles psychiatriques et cognitifs associées aux maladies neurométaboliques. Rev Neurol 2011;167:881-5.
- [11] Bick E. Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique, 1963. In: Williams MH, editor. Les écrits de Martha Harris et Esther Bick. Larmor-Plage (Morbihan): Trad. J. d. du Hublot; 1998. p. 291-2.
- [12] Maccaferri G, Rossetti A, Dalmau J, et al. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: a new challenging entity for consultation-liaison psychiatrists. Brain Disord Ther 2016;5:215.
- [13] CIM 10 - ICD 10 [Internet]. Disponible sur : <http://www.cim10.ch/index.asp?lang=FR&consulter=oui>.
- [14] Kipman SD. Manifeste pour une psychiatrie de la personne [Internet]. Disponible sur : http://www.unitheque.com/Livre/doin/Thematiques_en_sante_mentale/Manifeste_pour_une_psychiatrie_de_la_personne-30052.html [cited 2016 Jan 29].
- [15] Lanteri-Laura G, Khaiat E. Psychiatrie et connaissance - Paris, Sciences en situation, 1991 (Analyse sous le titre « Psychiatrie et Psychanalyse »). Evol Psychiatr 1994;59:127-51.
- [16] Airagnes G, Consoli SM. États délirants organiques. Rev Prat 2015;65:241-3.

- [17] Byrne S, Walsh C, Hacohen Y, et al. Earlier treatment of NMDAR antibody encephalitis in children results in a better outcome. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation* 2015;2:e130.
- [18] Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-N-Methyl-D-Aspartate (NMDA) receptor encephalitis: a cohort study. *Lancet Neurol* 2013;12:157–65.
- [19] Finke C, Kopp UA, Prüss H, et al. Cognitive deficits following anti-NMDA receptor encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012;83:195–8.