Un pédopsychiatre en neuropédiatrie : de l'apprentissage du bilinguisme. Une liaison bien spécifique. Conversion, épilepsie précoce et troubles du comportement complexes.

Lisa Ouss-Ryngaert, pédopsychiatre, Hôpital Necker Enfants Malades.

Ouss, L. (2012). Un pédopsychiatre en neuropédiatrie: de l'apprentissage du bilinguisme. Une liaison bien spécifique. Conversion, épilepsie précoce et troubles du comportement complexes. In *La pédopsychiatrie de liaison* (pp. 181-195). Érès.

Le propos de cet article est particulier au sein de cet ouvrage sur la psychiatrie de liaison, en raison de l'objet très particulier que représente le travail du pédopsychiatre en neuropédiatrie. La séparation des deux spécialités de neurologie et psychiatrie, et à fortiori neuropédiatrie et pédopsychiatrie en 1968, semble avoir gelé pour longtemps la question de l'unité soma psyché. Les récentes avancées en neurosciences ont donné un éclairage nouveau, permettant de réinstaurer les liens entre ces spécialités. Si sur le plan théorique, il devient de plus en plus admis que les troubles psychopathologiques ont un soubassement neurobiologique - un peu moins que les troubles neurologiques ont des expressions psychiatriques-, ces constats sont plus difficiles à appliquer sur le plan pragmatique. D'une part, il existe encore une césure entre les pédopsychiatres dits « cognitivo-comportementalistes », et ceux qui se réfèrent à la psychanalyse, comme s'il était difficile de trouver des champs de rencontre. Par ailleurs, quand les patients avec atteinte neurologique et troubles psychopathologiques sont adressés aux pédopsychiatres, ceux-ci les renvoient souvent aux neuropédiatres, arguant que l'étiologie organique fait sortir les enfants de leur champ; mais les neuropédiatres, ne pouvant gérer ces troubles, les réadressent aux pédopsychiatres. Dès lors, travailler comme psychiatre en neuropédiatrie relève d'une gageure que bien peu ont relevé : quels services de neuropédiatrie ont un psychiatre attaché? Et pourtant, notre propos est assez radical : la spécificité de ce travail implique un praticien spécifiquement attaché au service de neuropédiatrie. Nous proposons, dans cet article, de traiter des modalités de travail et des outils tant pragmatiques que conceptuels, spécifiques ou non, du travail de pédopsychiatre en neuropédiatrie, de décliner cette question à l'aide de quelques exemples cliniques, enfin de proposer des pistes de travail permettant de concilier ces deux approches. Nous verrons en quoi ce travail diffère de celui de la pédopsychiatrie de liaison telle qu'elle est déclinée dans ce livre.

Entre neuropédiatres et pédopsychiatres : des écueils possibles.

- des modalités de travail à priori éloignées, des outils à priori peu compatibles

Il existe un « choc épistémologique » entre les démarches en médecine et en psychopathologie (Sanchez Cardenas, 1991) que connaissent bien ceux qui travaillent en pédopsychiatrie de liaison. Les démarches diagnostique et thérapeutique sont très éloignées (voir tableau 1). En médecine, la démarche diagnostique est axée sur des signes objectifs, avec un raisonnement logique basé sur la réalité objective, autour de savoirs appris, sur le malade et la maladie. Il s'agit d'un modèle d'intervention actif, où l'on pose des actes dont les buts sont précis et délimités. En psychopathologie, la démarche diagnostique est basée sur des signes objectifs, mais aussi et beaucoup sur ce que le patient rapporte de sa subjectivité. Les savoirs appris ne concernent que les maladies, et le psychiatre s'intéresse particulièrement à ce qui échappe à un savoir sur le malade (ce savoir, seul le patient l'a). L'écoute de ce qui

peut sembler illogique (les associations du patient) et l'association des propres pensées du psychiatre sont à la base du raisonnement et du traitement, dont les buts sont globaux et différents selon les praticiens : il ne s'agit pas de faire baisser la fièvre ; il s'agit pour les uns de faire disparaître le symptôme, pour les autres la souffrance morale, dont on sait qu'elle peut difficilement être objectivée. Le modèle d'intervention peut apparaître passif (écouter, penser ensemble, discuter…). Par ailleurs, les temporalités sont totalement différentes : traitement rapide et notion transversale du temps en en médecine, traitement souvent long et notion du temps longitudinale en pédopsychiatrie. Il existe ainsi encore parfois une méfiance réciproque, un manque de culture commune.

	Neurologie, et Neurosciences	Psychopathologie
Langage	Concis, technique	Délayé, métaphorique
Objectivation	Images	Représentations, concepts
Sujet d'analyses	Des sujets	Le sujet
Niveau d'analyse	Microscopique	Macroscopique
Variables	Recherche de variables communes	Recherche de variables individuelles, divergentes
Outils d'analyse	Statistiques	Subjectifs
Temporalité	Transversale, synchronique; la milliseconde	Longitudinale, diachronique; l'instant
Épistémologie	Science "dure"	Science "molle", humaine
Modèles	Récents, mouvants, de plus en plus nombreux	Anciens, peu changeants, peu nombreux
Perméabilité aux autres sciences	?	Aux sciences humaines surtout (structuralisme, linguistique) (hormis Freud et neurobiologie?)
Développement	En expansion exponentielle	En régression

Tableau 1- Mise en perspective des modes de fonctionnement des disciplines des neurosciences et de la psychopathologie d'influence psychodynamique.

- Des modèles peu perméables

On peut identifier quatre types de liens entre les modèles. Ils peuvent soit s'englober, voire se superposer : les disciplines sont alors partiellement confondues. Ils peuvent s'interpénétrer, en gardant des zones de fonctionnement spécifiques mais une partie commune ; se juxtaposer, avec des zones de frottement, mais sans recouvrement. Enfin, ils peuvent fonctionner en indépendance totale.
D. Widlöcher (1990) insiste sur le fait qu'il n'existe pas d'équivalences directes entre modèles, et qu'il faut passer par des « opérateurs de commutation », qui transforment une donnée d'un des champs, non directement étudiable dans l'autre, en données de niveau intermédiaire. On ne passe ainsi pas directement de la pensée à la synapse, mais on peut décomposer la première en des données cognitives de complexité différente qui pourront, à leur tour, être étudiées à un niveau compatible avec les outils des neurosciences cognitives.

Différentes situations cliniques, différentes articulations

Nous proposons trois types de situations très différentes, fréquentes en neuropédiatrie, qui posent chacune une question spécifique. La première concerne un trouble d'étiologie psychologique, mais de manifestation neurologique, que nous illustrerons pas un exemple. La seconde, à l'inverse, est la manifestation en termes de handicap et de trouble psychopathologique d'une maladie neurologique grevant le développement. Enfin la troisième, dont la porte d'entrée est comportementale, concerne un trouble complexe dont la lecture doit associer la dimension neurologique, l'histoire du sujet, et une psychopathologie avérée, dont nous donnerons un exemple clinique.

- Un symptôme d'allure neurologique, la conversion : ça chauffe !

La « conversion » de l'enfant et de l'adolescent est une entité complexe par plusieurs points. Sa définition varie selon l'époque et selon les catégories diagnostiques utilisées ; elle est souvent confondue avec les troubles dits « somatisation ». Elle est mal connue en raison de sa faible prévalence en population générale – même si elle est plus fréquente dans les services de neuropédiatrie, en raison de sa clinique d'allure neurologique. La variété des services où consultent les patients (médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, neuropédiatrie, orthopédie….) rend l'harmonisation du recueil des données et des pratiques difficile. Le diagnostic n'est pas toujours facile à faire, et reste encore trop souvent un diagnostic d'exclusion réalisé après de nombreuses investigations médicales. Cette pathologie suscite des attitudes très contrastées de la part du corps soignant, aboutissant parfois à la pérennisation des troubles ou à leur réapparition sous une autre forme. Enfin, les caractéristiques des conversions adultes sont souvent appliquées aux enfants et adolescents, faute de publications spécifiques, alors que cette pathologie semble très différente tant dans ses caractéristiques cliniques que dans sa genèse et son évolution.
Il s'agit donc d'un trouble « non intentionnellement produit ni simulé » (DSM IV), qui « a en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels » (CIM 10), qui « évoque une affection médicale générale ou neurologique mais ne pouvant pas être expliquée entièrement par une telle affection » (DSM IV), où « des facteurs psychologiques sont associés au symptôme dans la mesure où l'on observe que la survenue des troubles est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress » (DSM IV). La définition de ce trouble n'est donc pas univoque, reflétant certainement sa complexité. C'est probablement cette complexité qui se joue au sein des équipes accueillant les enfants et adolescents avec conversion.
Souvent, la plainte est récente, mais elle évolue parfois depuis longtemps et le trouble est alors plus tenace.
La particularité de ces histoires tient dans le fait que les équipes ne savent souvent pas reconnaître cette pathologie, ce qui aboutit soit à un « shopping thérapeutique », avec multiplication de consultations et d'examens complémentaires, soit à une chronicisation du trouble, mal repéré, car le symptôme est mouvant et alimente la recherche médicalisée d'une étiologie. L'intervention du pédopsychiatre est donc très importante, et est d'autant plus efficace qu'elle a été introduite dans l'histoire au premier stade de la maladie, c'est à dire dès la suspicion d'un tel trouble.
L'hospitalisation est fréquemment proposée (70% des cas, avec une moyenne de 10.2 jours, Kozlowska et al., 2007). Le transfert dans un service de pédopsychiatrie est souhaitable si le symptôme est persistant et inchangé dans un service de pédiatrie. Il est important que les

équipes puissent connaître la conversion en évitant les renforcements négatifs et les contre attitudes devant ce symptôme sans cause somatique.
Il est surtout primordial d'assurer une collaboration précoce entre différents praticiens, dès la phase diagnostique : neuropédiatres, pédopsychiatres ou psychologues, kinésithérapeutes (Brazier 1997), patient et famille. Elle est préférable à des traitements de type placebo, qui renforcent la dimension physique du symptôme.
La guidance du patient et de la famille est importante (Campo 2001): informer les patients et les parents sur les caractéristiques de la conversion, pour permettre d'éviter les croyances fausses, en leur expliquant la nature des symptômes sans aller dans le sens d'un dualisme corps esprit ; diminuer l'anxiété ; diminuer les bénéfices secondaires ; éviter un langage trop somatique tout en respectant le symptôme ; opter pour une expression des émotions ; réassurer, sans excès, au risque d'être contre-productif.

J'ai un trouble somatique, donc je suis…

Cette jeune fille de 10 ans et demi est hospitalisée pour des troubles associant vertiges, céphalées et difficultés à la marche. Ces troubles sont brusquement apparus à la rentrée scolaire. Elle vient de déménager à nouveau en région parisienne, après trois ans passés en province. Elle a très mal vécu ce départ en Province, avec la perte de ses amies, les absences fréquentes de son père. Elle a par ailleurs présenté il y a trois ans une pathologie articulaire mal étiquetée, avec un diagnostic final d'algodystrophie. Elle est décrite comme une préadolescente radieuse, ouverte, intelligente, mais prenant parfois trop de place ; les seuls moments où elle semble triste, sont ceux où elle est malade, ce qui lui arrive régulièrement. Elle est la dernière d'une fratrie de trois, la « petite dernière ». Ce dernier statut n'est pas sans lui poser problème : elle n'aime pas être qualifiée de « petite » ; d'ailleurs le fait de commencer sa transformation pubertaire sans avoir grandi en taille, ne lui convient pas.
Assez rapidement, la nature de ses troubles, la négativité des examens complémentaires fait suspecter le diagnostic de conversion, auquel ses parents adhèrent. Il est plus difficile pour cette jeune fille d'accepter à cette hypothèse ; elle montre un accrochage important aux examens médicaux, et qui s'avèrent négatifs. Le pédopsychiatre est donc appelé. La première phase de l'hospitalisation en pédiatrie montre une jeune fille contrôlante, voir tyrannique envers sa mère, refusant avec une pointe d'agressivité les hypothèses de travail qu'on lui propose. A la faveur de l'absence d'étiologie médicale identifiée malgré les investigations, du cadrage des conditions d'hospitalisation (diminution des visites maternelles, interdiction du lit dans la journée, projet d'hospitalisation en pédopsychiatrie), mais surtout des entretiens tant avec elle qu'avec ses parents, elle lâche le contrôle, et peut laisser apparaître des affects plus dépressifs. Apparaît alors une dimension oedipienne franche, qui est intelligemment travaillée avec les parents, et permet à la jeune fille une prise progressive de distance. Les tests projectifs effectués authentifient la structuration de la psyché, la vie intérieure riche marquée par une fuite mes motions agressives. Le contact se modifie, devient plus authentique, au fur et à mesure que les troubles diminuent : les troubles de la marche d'abord, les céphalées et les vertiges persistant dans un premier temps.
On peut mettre en évidence que les moments de décompensation somatique permettent à cette jeune fille d'exprimer une dimension dépressive, en même temps que la reprise du contrôle sur sa mère. La collaboration entre le service de pédiatrie générale, l'interne de liaison, la pédopsychiatre de référence, les kinésithérapeutes, l'espace éducatif, l'école à l'hôpital et les parents, permet une levée progressive, quoique partielle, du symptôme. Son transfert dans un service de pédopsychiatrie s'avère alors nécessaire. La collaboration plus générale entre la pédiatrie, avertie du travail sur les conversions, tolérante sur une patiente atypique, et la

psychiatrie de liaison, aura permis un travail souple et de qualité, permettant à cette jeune fille de lâcher progressivement son symptôme.

- Une atteinte neurologique majeure : quel développement ?

Deux types de situations sont rencontrées : les enfants présentant des troubles d'allure psychopathologique dont l'étiologie est essentiellement neurologique, et les enfants avec troubles du développement d'origine neurologique, dont les parents, ainsi que les professionnels, se demandent quel sera l'avenir en termes d'autonomie et de psychopathologie : mon enfant sera-t-il heureux ? Handicapé ? Si le champ de la pédopsychiatrie ne concerne pas directement le handicap cognitif, notre pratique nous confronte à des questions où la frontière entre ce qui relève du « pur » développement , et ce qui relève de la psychopathologie, n'est pas si clair.
Dès lors, le travail du pédopsychiatre de liaison nécessite de multiples connaissances : d'une part sur le développement cognitif de l'enfant, d'autre part sur les pathologies neurologiques qui occasionnent le handicap. Enfin, le mode de raisonnement, en termes de causalité, de compréhension du symptôme, d'intervention, est différent, et nécessite d'intégrer une variable de complexité supplémentaire, le trouble cognitif.

Nous suivons électivement à Necker les enfants épileptiques, notamment ceux qui présentent des épilepsies très précoces, comme le syndrome de West. Cette pathologie, caractérisée par la présence de spasmes en flexion, d'un retard de développement et d'une activité électroencéphalographique hypsarythmique, n'a pas d'étiologie univoque. Elle est parfois reliée à une atteinte neurologique identifiée, ce sont les formes symptomatiques. Parfois, aucune cause n'est relevée, ce sont les formes idiopathiques, de meilleur pronostic. Enfin, dans les formes cryptogéniques, une cause est suspectée, non encore identifiée. Ces incertitudes rendent la « prédiction » d'un devenir extrêmement difficile. Un tiers de ces situations évoluent vers un autisme, un tiers vers un retard de développement, et un tiers évolue plutôt bien, dont seulement 10% sans aucun trouble.
Les parents posent donc la question du devenir de leur bébé très précocement atteint, dans la première année de vie : quel est le pronostic, quel sera le développement de leur enfant, ceci dans une période où les parents sont particulièrement sensibles en raison de l'âge de leur enfant, du stigma posé sur l'épilepsie, et de la gravité des troubles.
Si une réponse est impossible à donner, il est primordial de les accompagner, et de proposer un suivi au plus près et au plus juste des besoins de chaque enfant. Ces besoins vont dépendre à la fois de l'origine des troubles, si elle est retrouvée, de leur nature et leur importance, de la réponse au traitement, des ressources du nourrisson, de la capacité des parents à accompagner leur enfant dans ce cheminement long et difficile, et de la ressource créative qu'ils investissent dans la relation. Il s'agit donc de proposer un modèle de compréhension et d'accompagnement qui associe des niveaux multiples, et parfois difficilement compatibles, et d'orienter vers une prise en charge adaptée. Le travail de liaison, à ce niveau, mêle accueil de l'annonce diagnostique, travail pédagogique sur les particularités de la maladie et du développement, caractérisation des points forts et difficultés de l'enfant, appréciation des ressources parentales, accompagnement vers la meilleure prise en charge, et mise en place d'une surveillance et dépistage d'un éventuel trouble autistique. Ce travail nécessite une excellente connaissance de la maladie, un travail moins spécifique d'écoute et d'accompagnement, un réseau solide, et la mise en place d'une surveillance des signes précoces d'autisme, parfois difficiles à dépister en raison du retard de développement associé.

- Un trouble du comportement d'entrée multiple : par où entrer dans cette histoire ?

L'histoire de cet enfant est assez paradigmatique d'un travail qui n'est possible qu'en équipe pluridisciplinaire. Il est âgé de 7 ans et 10 mois, et nous a été adressé par le neuropédiatre pour faire le point sur ses troubles du comportement. Cet enfant a présenté un an auparavant une unique crise d'épilepsie. La question était posée de l'origine neurologique, ou psychologique, de ses troubles du comportement, caractérisés par une agitation ancienne, des troubles de la concentration et des apprentissages, un isolement. Il a récemment allégué des maltraitances de la part de ses camarades de l'institution qui l'accueille.
Il est possible de résumer son histoire par la conjonction de plusieurs phénomènes. Cet enfant a connu des ruptures répétées, liées à l'histoire de sa famille : décès accidentel de son père pendant la grossesse, séparation à l'âge de 1 mois, en raison de problèmes médicaux de sa mère ; nouvelle séparation brutale à 6 mois, quand la mère se sépare de son compagnon pour violences conjugales ; séparations liées à la répétition de ses troubles du comportement au fil de son développement. Il met en scène de manière répétée des situations où il se fait rejeter et provoque l'exclusion ; ces positions, qu'il redoute autant qu'il les provoque, semblent le mettre dans un grand désarroi. Il existe à l'évidence une angoisse de séparation massive très ancienne.
Il existe par ailleurs un léger décalage dans le développement, noté très précocement par la mère, constaté à l'école mais non exploré, mais authentifié par un premier bilan à 7 ans révolus, marqué dans le langage, ainsi que dans les praxies. Ses difficultés ont mis l'enfant en échec. Ce sentiment d'échec est aggravé par son orientation en Institution de type ITEP après le CP. Ses difficultés d'apprentissage n'ont jamais été explorées, et font évoquer des difficultés plus spécifiques : troubles praxiques et neurovisuels, qui doivent être explorés. La prise en charge généraliste de l'ITEP ne permet pas que ses troubles s'amendent.
Les troubles du comportement, survenant à l'extérieur (à l'école, dans les magasins ou les parcs) mais pas à la maison, apparaissent chez un enfant décrit comme inquiet, affectueux, mais ne différenciant pas les étrangers des proches et pouvant se mettre en danger en partant avec n'importe qui, jouant très peu, racontant peu d'histoires, ayant toujours besoin d'avoir une personne à proximité de lui.

Le bilan effectué dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire a mis en évidence plusieurs difficultés. Il existe un trouble hyperactivité avec déficit de l'attention, marqué surtout par une impulsivité, et un déficit d'attention soutenue. Il existe des éléments dépressifs discrets, marqués surtout pas la dévalorisation, le manque de confiance en soi, qui ne relèvent pas à proprement parler d'une prise en charge médicale, mais plutôt d'une psychothérapie. Il existe enfin une dimension épileptique d'origine inconnue. On peut penser qu'un petit dysfonctionnement cérébral a pu expliquer à la fois les difficultés cognitives électives et la crise d'épilepsie.
Une prise en charge associant différentes modalités prenant en compte toutes ces cibles thérapeutiques, a été proposée : prise en charge médicale de l'épilepsie, de l'hyperactivité par méthylphénidate, institutionnelle (orientation scolaire en CLIS et institution de type SESSAD), psychologique (ajout d'une deuxième séance de psychothérapie), guidance parentale, conseils aux enseignants. Ainsi, les différentes modalités, loin d'être opposées, sont complémentaires : il ne s'agit plus de mettre en tension les différentes approches, mais bien de les concilier, en proposant pour chaque cible thérapeutique, la modalité la plus adaptée.
Le traitement par le méthylphénidate a apporté une amélioration nette. Le contact de cet enfant se modifie, il peut se concentrer à nouveau à l'école, même si son comportement reste

très « usant » à la maison. Mais surtout, la compréhension nouvelle des troubles par la famille permet un investissement bien différent de cet enfant.

Des relations complexes entre niveau organique et fonctionnel

Les situations que nous avons décrites posent des questions complexes.
Il existe souvent une spécificité des troubles du développement, mais une non-spécificité des troubles psychopathologiques qui les accompagnent. Un exemple est celui des TED (Troubles Envahissants du Développement) syndromiques : leur clinique est non spécifique, si bien que ces troubles font partie des TED non spécifiés, car il leur manque un des trois critères diagnostiques pour faire partie de l'autisme.
Par ailleurs, les outils nosologiques sont souvent inadaptés aux troubles psychopathologiques accompagnant les troubles neurologiques, ces derniers constituant parfois un critère d'exclusion.
Il existe donc des diagnostics par excès, mais le plus souvent par défaut. La « psychose » du dysfonctionnement cérébral droit n'est souvent qu'un syndrome complexe où les troubles d'allure psychopathologique résultent d'une lecture faussée de troubles neuropsychologiques pourtant congruents au handicap. Relus dans ce contexte, ils deviennent des troubles de l'encodage perceptif, des fonctions cognitives spécifiques, qui ne peuvent être organisés ni par le patient, ni par l'entourage, faute d'identification suffisamment fine : les cliniciens peu aguerris à la lecture cognitive, ou les praticiens n'explorant pas la dimension intrapsychique, n'arrivent pas à les identifier correctement. Les publications de séries de cas, dans les revues anglo-saxonnes, recherchent essentiellement des syndromes connus (troubles des conduites, THADA, dépression, anxiété…), qui caractérisent de manière incomplète les troubles rencontrés. Il devient urgent de pouvoir décrire et catégoriser ces syndromes dont le retentissement en termes fonctionnels est souvent majeur.
L'identification diagnostique n'est que le premier pas. Mieux caractériser, doit permettre de mieux traiter. En effet, les enfants suivis en CMP en psychothérapie pour « psychose infantile » et présentant en fait des troubles complexes du développement d'origine neurologique sont légion ; leurs troubles cognitifs ne sont ni repérés, ni soignés, et l'enfant progresse insuffisamment.

Des exigences théoriques et techniques : une « liaison interne » ?

Nous allons décliner d'une part les exigences théoriques, mais aussi les points techniques qui nous font soutenir cette position : la psychiatrie de liaison, dans un service de neuropédiatrie, ne se décline pas seulement par une équipe extérieure au service. Celle-ci interviendra dans les situations non spécifiques (tentative de suicide, situation psychosociale complexe…) où la dimension psychiatrique est non spécifique à la pathologie initiale. Cette pratique requiert un praticien formé et disponible aux différents aspects théoriques et techniques de cette discipline.

- Une conception intégrative du développement

Ces réflexions nous amènent à proposer, avec d'autres auteurs (De Ajuriaguerra 1980, Gottlieb 2007, Cohen 2008, Ouss-Ryngaert 2009), une conception intégrative du développement. Il s'agit de pouvoir combiner différents niveaux, nécessaires, mais irréductibles l'un à l'autre : les niveaux génotypique, neural, phénotypique (symptômes,

comportement…), et enfin environnemental, dont on sait désormais l'influence majeure sur l'expression génique. Ces influences sont bidirectionnelles : un événement intervenant à l'un des niveaux peut avoir des répercussions à chacun des autres : une mutation génétique peut s'exprimer bien sûr sur le développement neural, modifier le comportement, qui va sélectionner l'environnement ; mais l'environnement peut influer l'expression génique, et le développement neural. Les modèles développementaux ne peuvent donc pas être prédictifs, mais seulement probabilistes (Gottlieb 2007). Ces modèles permettent de concevoir vulnérabilité et résilience comme les deux faces d'un même phénomène : plus un organisme est perméable aux influences délétères de l'environnement, plus il le sera aux influences transformatrices du traitement.

Les conceptions de Julian De Ajuriaguerra (1980), et sa méthode de la « neuropsychologie du développement », sont particulièrement pertinentes dans leurs applications cliniques. De Ajuriaguerra préconise de faire une analyse sémiologique fine des fonctionnements, de préciser la chronologie de leurs différentes formes, de situer ces fonctionnements dans le cadre du développement neuro-moteur, affectif, cognitif et linguistique du nourrisson, et d'étudier l'ensemble des conditions dans lesquelles ces fonctionnements apparaissent : conditions maturatives, équipement de base, et sensibilité aux influences environnementales. On peut ainsi résumer cette démarche : il s'agit de prêter une attention à trois niveaux : l'étude de l'équipement (déficit), l'étude de la fonction, et l'étude du fonctionnement de la fonction. Une telle lecture permet ainsi de mieux comprendre le trouble, mais surtout de mieux cibler la réponse thérapeutique.

	Equipement	Fonction	Fonctionnement de la fonction
Trouble princeps	Déficit	Lié à la mise en place de compétences annexes	Angoisse par défaut de traitement de l'information
Symptôme signe une:	Impossibilité, par défaut génétique ou neuronal	Stratégie palliative de compensation (coûteuse)	défense
Réponse thérapeutique	rééducation	Adaptation de l'environnement	psychothérapie

Tableau 2- Caractérisation du niveau des troubles et des interventions proposées, d'après De Ajuriaguerra.

- Un dialogue soutenu entre spécialités

La clef réside peut-être dans la qualité du dialogue entre les deux spécialités de neuropédiatrie et pédopsychiatrie, et, en liaison, entre les spécialités en général. Ce dialogue implique plusieurs conditions.
La première est une volonté commune de trouver une zone de partage, qui appartienne à la fois aux deux spécialités, mais laisse une certaine liberté à chacune. Cette volonté doit être portée institutionnellement par le chef de service. Elle implique d'avoir suffisamment de considération et de respect pour la pratique de l'autre. Si la psychiatrie n'est pas considérée au sein d'un service, elle n'y trouvera jamais sa place, et encore moins des zones de partage.

La seconde est la possibilité de partager une langue commune, ce que nous avons déjà développé plus haut.
La troisième est la présence de personnes identifiées comme « les articulateurs du lien ». Ce dialogue soutenu ne peut se faire qu'avec des cliniciens aguerris à cette gymnastique. Des changements trop nombreux de praticiens n'autorisent pas ce dialogue, même si c'est la fonction qui prime sur la personne.
Enfin, il est nécessaire que chaque spécialité puisse être familiarisée avec les concepts théoriques de l'autre ; il ne s'agit pas de tout maîtriser, mais de comprendre non seulement le vocabulaire de l'autre, mais aussi ses références. Le langage abscons est donc à bannir, qui dissimule souvent une difficulté à transmettre des concepts complexes de manière simple.

- Une spécificité du pédopsychiatre à deux niveaux : la technique, et l'objet

Une question importante est de savoir si le travail dans un service de médecine hautement spécialisé requiert des compétences hautement spécifiques. La technique est-elle tributaire de l'objet ? Suffit-il d'être pédopsychiatre habitué aux situations en liaison, ou faut-il avoir des connaissances théoriques et techniques plus spécifiques ?
Il nous semble que ce travail requiert deux particularités ; la première est de posséder les outils de la liaison, s'ils existent : la spécificité de la liaison elle-même tiendrait plus dans la nature de la collaboration, les modalités d'intervention, la capacité à inscrire le soin dans un cadre technique qui n'est pas celui de la psychiatrie, et où celle-ci n'est ni le point d'appel, ni la problématique prévalente. En ce sens, n'importe quel pédopsychiatre aguerri à la liaison est capable de travailler dans un service de médecine hautement spécialisé.
Mais il existe un second niveau de spécificité : celui de l'objet. L'objet pédopsychiatrique qui émane d'un service de neuropédiatrie n'est ni anodin, ni superposable aux autres services de médecine. En effet, un même organe, le cerveau, est le support des troubles neurologiques, et psychopathologiques. Dès lors, le pédopsychiatre endosse un rôle spécifique. Il n'est plus seulement un spécialiste de la liaison, mais aussi un spécialiste de la discipline au sein de laquelle il travaille. Il doit donc être familiarisé non seulement avec les pathologies, leurs caractéristiques, mais aussi avec les concepts et les connaissances neuropédiatriques. Il doit, à défaut de connaître les maladies neuropédiatriques, en connaître l'expression sur le développement et la cognition, et être sensibilisé à l'effet des traitements. En ce sens, le travail de liaison en neuropédiatrie est différent de celui des autres spécialités.

- Un travail pluridisciplinaire

Nous soutenons donc l'importance d'avoir des référents repérés dans le service de neuropédiatrie d'une part (un même praticien intervenant préférentiellement dans un service au sein d'une discipline), mais aussi des référents connaissant bien les pathologies qu'ils rencontrent. Il ne s'agit donc pas seulement d'avertir les intervenants d'une spécialité au travail qu'ils pourraient avoir, mais véritablement de les former. En ce sens, un enseignement de la psychiatrie, ou de la psychiatrie de liaison, doit comporter des modules spécifiques. Comme il ne saurait y avoir autant d'enseignements que de spécialités, il serait important de détailler quelles disciplines méritent spécifiquement une formation ; pas tellement par spécialité, mais par fonction ? La fonction cérébrale est une de celles qui méritent un enseignement propre afin d'avoir une formation initiale de base suffisamment solide. La familiarisation avec certaines pathologies neuropédiatriques pourra se faire au fur et à mesure que l'expérience du clinicien psychiatre s'accroît. C'est bien l'ambition d'un Diplôme

d'Université pluridisciplinaire, « psychopathologie des troubles neurodéveloppementaux », qui devrait prochainement voir le jour à Necker.

- Psychiatre, ou psychologue ?

La question de la formation initiale du praticien de liaison est importante : psychologue, ou psychiatre ?
La réponse se fait souvent en fonction de critères pragmatiques : qui est disponible ? Cette réponse ne saurait être celle qui est préconisée, mais elle a du moins le mérite de répondre à une réalité : il n'existe pas toujours les moyens d'un travail optimal.
Il est cependant important de dégager la spécificité de chacun : au psychologue la compétence de l'évaluation (du développement cognitif de l'enfant notamment, que le psychiatre n'a pas toujours (pas souvent) ; du fonctionnement psychique), même s'il existe encore nombre de services où les psychologues ne pratiquent pas de bilans. Au psychiatre la compétence médicale, et souvent le crédit accordé par les confrères médecins... Le psychologue n'est en effet pas toujours considéré à la juste valeur de ses compétences dans les services de médecine ultra spécialisés. Le reste des compétences se partage en fonction des demandes, et des disponibilités. Psychiatre et psychologue peuvent donc partager l'évaluation psychopathologique, le travail d'équipe, la dimension de recherche.

- Place à la créativité !
Une chose est importante : la définition des champs, limites et compétences, ne doit pas masquer la nécessaire créativité que requiert ce travail : inventer, improviser, au sens noble du terme, c'est à dire savoir allier expérience, savoir, compétence, mais surtout se laisser guider par la clinique de ces patients, la demande des services, la réalité du terrain, et la disponibilité de l'équipe, doit être notre exigence.

Bibliographie

Ajuriaguerra J. de - Manuel de Psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris, 2e éd. entièrement refondue, 1 vol., 1 090 p., Masson, Paris. 1980, 2e éd., 3e tirage.

Brazier DK, Venning HE. Conversion disorders in adolescents: a practical approach to rehabilitation. Br J Rheumatol. 1997 May;36(5):594-8.

Campo JV, Fritz G . A management model for pediatric somatization. Psychosomatics. 2001 Nov-Dec;42(6):467-76.

Cohen, D. (2008). Vers un modèle développemental d'épigenèse probabiliste du trouble des conduites et des troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 56, 237-244.

Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. *Dev Sci.* 2007 ; 10(1) : 1-11.

Kozlowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Jan;46(1):68-75.

Ouss L. Golse B., Georgieff N., Widlöcher D. Vers une neuropsychanalyse ? Paris, Odile Jacob, 2009.

Sanchez-Cardenas M., Digeon B., Jouot J., Ferrari P. Pédopsychiatrie de liaison travail du pédiatre en pédopsychiatrie; interrogations actuelles. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1991, 39 (2-3), 78-82.